



HAL
open science

Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population

Marc-Olivier Déplaude

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Déplaude. Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population. Claude Gilbert; Emmanuel Henry. Comment se construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, pp.255-272, 2009. hal-01800524

HAL Id: hal-01800524

<https://hal.science/hal-01800524>

Submitted on 26 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Une fiction d'institution : les « besoins de santé de la population »

Marc-Olivier Déplaude (INRA, équipe RITME)

Les décisions publiques en matière de santé sont souvent présentées comme prises en fonction d'une connaissance des « besoins de santé de la population ». Les hommes politiques sont généralement amenés à s'y référer lorsqu'ils doivent justifier une décision prise dans ce domaine ou lorsqu'ils s'affrontent à son sujet. De nombreux textes législatifs et réglementaires y font également expressément mention et obligent les administrations de l'État à mettre en place divers dispositifs (bureaux d'études, commissions consultatives, observatoires, etc.) chargés de les informer dans ce domaine. Un nombre croissant d'agents (médecins de santé publique, épidémiologistes, statisticiens, etc.) sont chargés, au niveau du ministère de la Santé, des caisses d'assurance maladie ou de divers organismes d'études de mener des enquêtes et des études visant à définir, quantifier et hiérarchiser les besoins de santé de la population. L'invocation de ces « besoins » semble ainsi constituer une composante essentielle de la grammaire propre au secteur de la santé : ils constituent l'un des principaux critères en fonction desquels les décisions en matière de santé sont supposées être prises.

Il ne serait pas très difficile de montrer que les décisions prises dans le domaine de la santé sont loin d'être déterminées par une analyse « objective » des besoins de santé de la population et que la référence à ces besoins n'est, au fond, rien d'autre qu'une manière d'habiller des décisions prises suivant bien d'autres considérations. De manière plus intrigante, de nombreux agents de l'État ou experts proches de l'administration ont déjà souligné, de manière répétée et convergente, qu'il est très difficile d'identifier et de quantifier les besoins de santé de la population et les moyens à mettre en œuvre pour les satisfaire. Mais il ne cessent pas pour autant de s'y référer. Comment rendre compte de cette ambivalence ? Comment expliquer les usages administratifs et politiques d'une notion apparemment si problématique ? Et comment ces usages tendent-ils, en retour, à la consolider ?

Pour répondre à ces questions, nous nous intéresserons plus particulièrement aux difficultés que pose la régulation démographique du corps médical en France. En effet, les médecins sont supposés être formés en fonction des besoins de santé futurs de la population. Ainsi, le *numerus clausus* de médecine, qui détermine chaque année le nombre d'étudiants autorisés à passer en deuxième année de médecine, est officiellement fixé en fonction des capacités de formation des hôpitaux et des besoins de la population. Il en va de même du nombre de postes offerts chaque année au concours de l'internat (remplacé en 2005 par des « épreuves classantes nationales »), qui conditionne l'accès aux formations spécialisées, des commissions ayant été instituées, au niveau régional et au niveau national, pour identifier les besoins de formation en spécialistes, toujours suivant les besoins supposés de la population. Nous montrerons tout d'abord en quoi la prise en compte des « besoins de santé de la population » constitue, aux yeux de nombreux agents du secteur de la santé, un impératif problématique. Nous verrons ensuite comment les difficultés que pose l'identification,

la quantification et la conversion de ces besoins en besoins en médecins sont résolus dans la pratique. Nous expliquerons enfin pourquoi les responsables politiques et les agents de l'État continuent, malgré tout, à se référer une notion et à des savoirs si incertains. Cela est principalement dû à deux raisons : à la plasticité de cette notion et aux usages stratégiques qu'elles permet, d'une part, et aux logiques administratives qui concourent à la production des savoirs statistiques, de l'autre¹.

Un impératif problématique

Bien que les acteurs les plus divers du secteur de la santé reconnaissent qu'une politique de santé « rationnelle » ou « cohérente » se doit d'être ordonnée « en fonction des besoins de santé réels de la population »² et admettent que des études doivent être conduites afin de les connaître, la plupart soulignent dans le même temps la difficulté, voire l'impossibilité d'identifier les besoins de santé de la population et d'en déduire, par exemple, le nombre de médecins (et des autres professionnels de santé) nécessaires pour les satisfaire. Un inspecteur général des finances souligne ainsi dans un rapport qui lui a été commandé en 1996 :

« Les instruments existent (*numerus clausus*, concours de l'internat). Au prix d'adaptations mineures, ils permettraient un contrôle fin du nombre de médecins, par exemple par région ou par spécialité. Le seul problème, c'est qu'on ne connaît pas l'objectif à atteindre. Les "besoins" médicaux, c'est-à-dire le nombre de médecins nécessaires à la santé et au bien-être de la population, sont extrêmement mal connus, actuellement et, *a fortiori*, dans trente ans » (Malabouche, 1996, p. 1).

Un tel point de vue n'est pas spécifique aux agents de la Direction du Budget, dont on pourrait penser qu'ils sont enclins à disqualifier la référence aux besoins de santé de la population en matière de politique de santé pour mieux défendre la prise en compte des impératifs budgétaires. Ainsi, en 2001, un important rapport de la Direction générale de la santé souligne également les difficultés que présente une régulation démographique des médecins en fonction des besoins « objectifs » de la population :

« Adapter la démographie médicale en réponse aux besoins apparaît [...] comme un objectif séduisant pour définir une démographie médicale optimale, séduisant... mais en grande partie utopique à court terme. La définition des besoins revient pratiquement à fonder la politique de santé publique. De plus, dans l'hypothèse où l'on disposerait déjà d'une évaluation des besoins, la déduction de la démographie nécessaire ne relève pas d'une relation simple » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, p. 4).

1. Les données utilisées dans cet article sont extraites d'une recherche de thèse sur la régulation démographique du corps médical en France des années 1960 aux années 2000 (Déplaud, 2007). Quatre types de données ont été recueillies : des archives publiques et privées ; des sources publiées (presse d'information générale, presse professionnelle, revues publiées par les ministères, rapports officiels, essais et témoignages) ; des données sociographiques, biographiques et statistiques ; et, enfin, des entretiens avec des porte-parole du corps médical et des agents de l'État.

2. D'après des termes employés par le ministre de l'Éducation nationale lors de sa présentation du projet de loi sur les études médicales à l'Assemblée nationale en octobre 1982 (archives du cabinet d'Edmond Hervé, secrétaire d'État chargé de la Santé de 1983 à 1986, CAC 19860540, art. 11).

En effet, sur un plan purement théorique, la possibilité d'une régulation démographique des médecins en fonction des besoins sanitaires de la population suppose que soient satisfaits trois postulats : 1° qu'il soit possible de définir et de quantifier ces besoins de manière objective, notamment grâce à certains indicateurs (statistiques de mortalité, de morbidité, etc.) ; 2° que l'on puisse convertir ces « besoins de santé » en besoins en médecins ; 3° et enfin que les besoins de santé de la population et ses besoins en médecins puissent être connus non seulement à court terme, mais également à moyen ou long terme, étant donné la durée de formation des médecins (ou, pour ce qui est des équipements sanitaires, de l'importance des investissements à consentir).

Ces trois postulats sont régulièrement contestés par les acteurs du secteur de la santé. Ainsi, le premier d'entre eux apparaît difficile à soutenir, ne serait-ce qu'en raison de « l'incertitude qui s'attache à la notion de santé », comme le note en 1996 l'ancien directeur du Budget Jean Choussat³ :

« La définition de l'OMS [Organisation mondiale de la santé] — la santé, c'est "l'état de bien-être, physique, mental et social, sans maladies ni infirmités" — va très au-delà du geste strictement médical, en situant la santé au cœur des comportements sociaux. Placée au sommet de la hiérarchie des préoccupations, voire des angoisses individuelles, la santé ne cesse de secréter des besoins qui épousent et souvent devancent les progrès de la société. Besoins de proximité [...]. Besoins de disponibilité [...]. Besoins de sécurité [...]. Besoins de confort [...]. Besoins de performances [...]. Besoins, enfin, et peut-être surtout, d'écoute : la frontière entre la demande sociale et la demande médicale est de plus en plus floue ; sans insister sur l'image traditionnelle du médecin faisant office de curé, on observera simplement le développement des maladies psychosomatiques, la fréquence des urgences "ressenties", la forte demande médicale des chômeurs, l'importante consommation — trois fois supérieure à la moyenne — des patients atteints de dépression. Comment trier, parmi tous ces besoins, ceux qui seraient "objectifs", dignes d'être pris en compte, et ceux qui ne le seraient pas ? » (Choussat, 1996, p. 7-8).

Au fond, comme le soulignent une statisticienne et économiste de la santé et un médecin inspecteur de santé publique du ministère chargé de la Santé, « la quantification des besoins de santé "ne va pas de soi" et n'est pas uniquement de nature technique et scientifique. [...] Finalement, énoncer les besoins de santé relève de choix politiques, éthiques et philosophiques » (Cases et Baubeau, 2004, p. 17). C'est également ce qu'expliquent régulièrement les rapports du Haut comité de la santé publique (HCSP), assemblée de « sages » créée en 1991 et placée auprès de la Direction générale de la santé. Bien que son rapport de 1994 appelle à la mise en place d'une politique de santé orientée « en fonction d'une appréciation éclairée des besoins de la population » (HCSP, 1994, p. 316), celui de 1998 précise :

« Il n'y a évidemment pas de situation d'absolue référence qui permettrait d'asseoir une définition du concept de "besoins". Tout au plus pouvons-nous parler

3. Directeur du Budget de 1982 à 1986, Jean Choussat a également été nommé à la tête de la Direction générale de la santé et des hôpitaux de 1980 à 1981 et a dirigé l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris de 1986 à 1989.

d'un processus, ou d'un cheminement qui, à partir de constatations sur l'état de santé actuel dans toutes ses dimensions conduirait, par comparaisons dans le temps et dans l'espace, à la formulation de "problèmes de santé". Si l'on imagine que le processus démocratique puisse se poursuivre par la mise en évidence de problèmes prioritaires pour lesquels des objectifs seraient fixés, on s'aperçoit que définir les besoins de santé de la population équivaut à construire une politique de santé » (HCSP, 1998, p. 8).

Si la possibilité d'une détermination objective des besoins de santé de la population est régulièrement contestée par des agents appartenant aux administrations centrales de l'État ou qui en sont proches (comme les membres du Haut comité de la santé publique), il en va de même du second postulat, suivant lequel on pourrait déduire des besoins en santé de la population ses besoins en médecins. La critique la plus complète qui en a été faite est probablement celle de Jean Choussat, dans son rapport déjà cité :

« [...] À supposer même que le "besoin de médecine" puisse être correctement évalué, il ne permettrait pas d'en déduire automatiquement le besoin de médecins. Le passage de l'un à l'autre suppose la prise en compte de toute une série de facteurs.

Le premier [...] concerne la frontière établie, dans l'univers des soins, entre les activités médicales et les activités para-médicales. Cette frontière n'a pas le même tracé dans les différents pays. [...]

Le second facteur, plus important, réside dans l'équation incertaine qui relie le nombre d'actes médicaux et le nombre de médecins. La médecine de ville — mais c'est vrai aussi, dans une moindre mesure, de la médecine hospitalière — dispose, comme toutes les professions libérales ou indépendantes, d'une réelle capacité d'adaptation aux fluctuations de l'activité. [...]

Le troisième facteur nous transporte au cœur même de l'organisation du système de santé. Il est impossible de porter une appréciation sur l'état de la démographie médicale sans se prononcer au préalable sur l'efficacité globale du système de soins » (Choussat, 1996, p. 8-9).

Autrement dit, la détermination du nombre de médecins à former doit être fonction des arbitrages politiques effectués sur l'organisation du système de soins (ou, au contraire, du refus, tout aussi politique, de la modifier). Une telle analyse est loin d'être isolée parmi les hauts fonctionnaires ou les experts les plus en vue du secteur de la santé. La directrice du Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (CREDES⁴) souligne ainsi, en 2001, que les besoins en médecins sont fonction de certains « choix publics fondamentaux », comme :

— les stratégies de santé publique. Ainsi, le développement de la prévention impliquerait des changements importants dans les allocations de moyens et modifierait à terme la nature de l'intervention des médecins ;

— l'organisation du système et l'évolution du contenu des métiers. Si le rôle des différents professionnels et l'articulation des métiers évoluent, si on réorganise

4. Créé à partir de la division d'économie médicale du Centre de recherche et de documentation sur la consommation (CREDOC) en 1985, le CREDES (devenu IRDES en 2004) est un organisme qui emploie aujourd'hui une vingtaine de chercheurs, dont l'expertise est reconnue au niveau national et international. Il est financé en grande partie par l'assurance maladie. Sur l'histoire du CREDOC puis du CREDES, voir Benamouzig (2005, p. 21-66) et Serré (2001, p. 54-185).

la trajectoire des patients, le nombre et la nature des personnes nécessaires pour prendre en charge les problèmes de santé changeront.

La question des effectifs de médecins ouvre donc en réalité sur des options fondamentales concernant le système de santé lui-même » (Polton, 2001, p. 129).

De même, une ancienne pédiatre, membre du cabinet du secrétaire d'État à la santé de 1997 à 1999, estime :

« [C']est un sujet très passionnant, la régulation démographique des médecins, parce qu'effectivement il permet d'aborder des tas de questions. Hein, il permet d'aborder des questions politiques, réellement, il permet des questions [comme] : "Qu'est-ce que c'est que le système de santé en France ? Comment on veut le réguler ? Qu'est-ce que c'est que la régulation d'un système de santé ?" Et il permet d'aborder aussi des aspects culturels : c'est-à-dire, pourquoi est-ce qu'en France, par exemple — exemple tout simple — les ophtalmos continuent à vouloir prescrire des lunettes ? Dans de très nombreux pays, ce n'est pas l'ophtalmo qui prescrit des lunettes [...] » (entretien, 9 mars 2006).

En bref, le travail de conversion, qui consisterait à passer des besoins de santé de la population — dans le cas où l'on parviendrait à les définir — aux besoins en médecins nécessite de résoudre « un problème politique plus que technique »⁵. Et ce qui est vrai de la définition de ces besoins à court terme l'est encore plus, on peut s'en douter, sur le long terme. Pourtant, en dépit du scepticisme qu'ils éprouvent à l'encontre de la notion de « besoins de santé de la population », les responsables du ministère chargé de la Santé ou des caisses d'assurance maladie ne se sentent pas moins tenus de s'y référer. Cela explique que leurs services se soient efforcés de construire des instruments de connaissance de ces besoins.

Objectiver et quantifier les « besoins de santé de la population »

Conscients des difficultés que soulève l'appréhension des besoins de santé de la population, les agents des administrations sanitaires ont recours à diverses techniques supposées aider les détenteurs du pouvoir politique à prendre des décisions aussi satisfaisantes que possible dans le domaine de la santé. Bien que ces méthodes puissent faire appel à des instruments ou à des raisonnements relativement sophistiqués, ce sont généralement des méthodes relativement empiriques. Loin d'être des « idiots culturels », d'après l'expression de Garfinkel, les agents des administrations sanitaires sont généralement conscients des insuffisances de ces méthodes et de la prudence avec laquelle doivent être maniés leurs résultats. Devant produire des données d'allure objective (voire incontestable) sur un sujet miné, ils se comportent de manière assez pragmatique : en s'appuyant sur les types de données les plus légitimes (comme les statistiques) et en privilégiant des recettes ou des types de raisonnements éprouvés, ils s'efforcent de donner le moins de prise possible à la critique.

5. D'après les termes employés par le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Poitou-Charentes, lors d'une table ronde sur la démographie des professions de santé organisée en septembre 2004 au Forum des étudiants de médecine à Paris.

Les méthodes auxquelles les agents des administrations recourent pour déterminer les besoins de formation en médecins sont assez illustratives de la manière dont ils cherchent à objectiver et quantifier les besoins de santé de la population et les moyens à mettre en œuvre pour y faire face. Ces méthodes sont essentiellement de quatre sortes. L'une des plus courantes consiste à procéder à des comparaisons, historiques, internationales ou interrégionales (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, p. 42-45 ; Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS], 1995 ; Silvaz et Le Laidier, 2001). Le plus souvent, cette méthode consiste à comparer, d'une région ou d'un pays à l'autre, leurs densités médicales globales ou les densités médicales de certaines catégories de médecins, de manière à pouvoir définir des densités médicales de référence⁶. De manière plus subtile, les tenants de la comparaison cherchent aussi parfois à comparer les modèles d'organisation des soins d'un pays à l'autre ou de repérer à l'étranger des modèles de « bonnes pratiques ». Par exemple, un rapport commandé par la Direction générale de la santé à un organisme d'études privé suggère, sur la base d'une comparaison entre six États occidentaux, que le risque d'une pénurie croissante d'ophtalmologues en France pourrait être prévenu par le transfert de certaines tâches effectuées par ces derniers vers les optométristes :

« Dans le descriptif de la fonction d'optométriste, nous voyons qu'en France comme en Belgique et contrairement à ce que l'on rencontre en Allemagne, aux Pays-Bas et en Amérique du Nord, ces professionnels restent des “techniciens de la vision” et ne prennent aucune part au dépistage des pathologies oculaires ni même à un faible niveau, à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique [...].

Par ailleurs, cette profession n'est guère reconnue en France, puisqu'elle n'ouvre droit à aucune prestation remboursée et que nombre d'optométristes vont se former à l'étranger.

La question du transfert de compétence se pose particulièrement en France dans la mesure où les ophtalmologistes sont actuellement en effectif trop faible pour répondre à l'ensemble de la demande de soins » (Detournay et Benard, 2001, p. 60-61).

Une seconde méthode couramment utilisée consiste à définir les « besoins » en professionnels de santé en fonction des consommations de soins constatées et de leur « pente » supposée. Les difficultés que présente la détermination des besoins futurs conduisent généralement les tenants de cette méthode à se contenter de prolonger les évolutions déjà constatées des « besoins de santé », objectivées par les recours individuels au système de soins. Ainsi, on propose d'évaluer les besoins en gynécologie-obstétrique « en se fondant sur le nombre de naissances qui est relativement stable, la répartition du type de grossesses et la nature du suivi qu'elles nécessitent selon leur degré de complexité et des obligations réglementaires », ou les besoins en anesthésistes-réanimateurs en fonction des actes chirurgicaux pratiqués dans les hôpitaux (ministère de l'Emploi et de la solidarité, 2001, p. 46). Il en va de même du *numerus clausus* des sages-femmes qui est en partie calculé en fonction de l'évolution du nombre d'accouchements. Le recours à cette méthode, qui consiste finalement à faire des recours au système de soins les seuls « besoins de santé » légitimes, est également fréquent en matière de planification hospitalière, comme le regrettent deux agents de la

6. Sur la pratique de ce que le jargon managérial (et aussi, bureaucratique...) appelle le « benchmarking », fréquente dans les travaux de l'OCDE, voir aussi, toujours à titre d'exemple, Simoens et Hurst (2006).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la Santé en 2004 :

« [...] Les besoins de santé sont parfois assimilés à la demande effective de soins, c'est-à-dire à une consommation de soins révélée et solvabilisée. On procède alors, de fait, à une double assimilation : celle des besoins de santé aux besoins de soins et celle des besoins de soins aux recours effectifs de soins. Cette méthode paraît contestable quant à son principe, car elle peut conduire, à l'extrême, à n'estimer des besoins que là où il y a ensuite une offre, ou bien à oublier les besoins des populations qui ne recourraient pas aux soins pour des raisons de précarité financière ou sociale. Dans la pratique, c'est pourtant la méthode la plus fréquemment utilisée. L'indice de besoins en lits d'hospitalisation, longtemps utilisé dans la carte sanitaire, en constitue un exemple extrême puisqu'il définissait l'offre très directement à partir de la consommation de soins hospitaliers (les lits occupés), avec un garde-fou évitant de trop l'augmenter » (Cases et Baubeau, 2004, p. 21).

La troisième des méthodes utilisées consiste à évaluer les besoins de formation en professionnels de santé en fonction du nombre de postes officiellement vacants dans les établissements de soins dans telle ou telle catégorie de personnel. Ainsi, lors d'un colloque organisé par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) en 2006, l'une des intervenantes, infirmière et directrice des soins dans un établissement hospitalier, propose, pour déterminer les besoins de formation en infirmières, de « partir des postes vacants » dans les hôpitaux. Il en va de même pour certaines spécialités médicales pour lesquels de nombreux postes hospitaliers ne sont pas pourvus, comme la gynécologie-obstétrique ou l'anesthésie-réanimation, ce qui permet à un agent de la Direction générale de la santé de déclarer, lors d'un colloque organisé par l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris (AAIHP) en 1998, que dans certains cas, « les besoins peuvent être appréciés à court terme, ne serait-ce que parce qu'il existe des situations difficiles »⁷.

Enfin, la dernière méthode employée consiste à définir les besoins sanitaires de la population et corrélativement les besoins en professionnels de santé en fonction de certaines règles d'accès aux soins, les plus couramment formulées consistant à estimer que les professionnels de santé dispensant des soins « primaires » ne doivent jamais être très éloignés des patients, que les situations urgentes doivent être prises en charge rapidement, et que l'ensemble des patients doivent bénéficier, quel que soit leur lieu de résidence, d'une « égalité » d'accès aux soins. Cette méthode consiste ainsi à distinguer des zones géographiques plus ou moins bien pourvues en professionnels de santé, de manière à cibler celles qui seraient « déficitaires » ou susceptibles de le devenir à court ou moyen terme⁸.

Au fond, quelles que soient les méthodes utilisées et leurs orientations normatives, elles ont en commun de partir de ce qui est *facilement connaissable et mesurable* : l'offre de soins déjà existante et les usages individuels qui en sont faits, exprimés par exemple en nombre de consultations, d'interventions chirurgicales effectuées ou de journées d'hospitalisation. Ainsi, les besoins de santé sont supposés être satisfaits — et

7. Les exposés qui ont été présentés lors de ce colloque et échanges qui les ont suivis sont disponibles en texte intégral sur le site Internet de l'AAIHP, www.aaihp.fr/Colloque/Colloque1998.html.

8. Voir, à titre d'exemple des nombreuses études publiées sur ce sujet, celles conduites dans le cadre de l'ONDPS (ONDPS, 2004b ; Bessière, Coldefy et Collet, 2005).

donc la population être en relativement bonne santé — si l'offre de soins (dont, en particulier, le nombre de médecins) est suffisante. La satisfaction des besoins de santé ainsi définis apparaît dès lors comme un objectif à la portée des pouvoirs publics, au moins à moyen terme. La manière dont les pouvoirs publics définissent les besoins de santé de la population confirme ainsi la formule de Michel Amiot, selon laquelle « les appareils de l'État ne produisent que les connaissances qui conviennent aux problèmes qu'ils peuvent résoudre » (Amiot, 1986, cité par Rowell, 2006, p. 221). Une telle approche est en outre conforme à la manière dont les porte-parole du corps médical évaluent eux-mêmes les besoins de santé de la population et les effectifs de médecins à former dans telle ou telle spécialité. En effet, ils le font en fonction d'un certain nombre d'anticipations relatives à l'évolution de leur charge de travail, de leurs revenus ou de la concurrence interne au corps médical ou à leur spécialité — et donc en fonction de l'évolution supposée de la demande de soins. Ainsi, pour les représentants des ophtalmologistes consultés par l'ONDPS en 2003-2004, la surcharge de travail des praticiens libéraux et l'impossibilité où ils se trouvent à faire face dans des délais raisonnables à toutes les demandes des patients témoigne de besoins de santé non ou mal satisfaits :

« Les professionnels auditionnés ont exprimé leurs inquiétudes sur les modalités de prise en charge des pathologies ophtalmologiques urgentes ou semi-urgentes, dans un contexte de fortes tensions sur l'offre de soins. Les délais de rendez-vous sont aujourd'hui très élevés et pèsent sur la détection précoce de certaines pathologies. [...]

Les professionnels auditionnés ont également souligné le fait que les modalités actuelles de rémunération pour les libéraux conduisaient à une déformation de l'activité des médecins, qui pouvait aussi expliquer certains des défauts de prise en charge révélés. Établir des diagnostics de pathologies ophtalmologiques est une activité consommatrice de temps et mal rémunérée [...]. À l'inverse, la chirurgie réfractive apparaît nettement plus rentable. Il existe ainsi certains ophtalmologues qui pratiquent majoritairement, voire exclusivement cette activité, et renvoient de ce fait les malades vers leurs confrères déjà débordés pour la prise en charge des pathologies ophtalmologiques » (ONDPS, 2004a, p. 82).

Comme en témoigne ce dernier exemple, la production d'évaluations convergentes sur les besoins de santé à satisfaire et les effectifs de médecins à former pour y pourvoir est sans doute favorisée par le fait que le ministère chargé de la Santé consulte régulièrement les porte-parole de la profession médicale sur ce sujet. Ainsi, en 1983, la Direction générale de la santé procède à une évaluation des besoins de formation dans les différentes spécialités médicales à partir d'une enquête auprès des syndicats nationaux de spécialistes et des sociétés savantes, leur demandant s'il est nécessaire de réduire, de maintenir ou d'augmenter les « flux » de formation dans leurs spécialités respectives⁹. De même, en 1996, à la demande d'un groupe de travail ministériel sur la démographie des professions de santé, la Direction générale de la santé adresse aux « leaders d'opinion » du champ médical (présidents des sociétés savantes, présidents des commissions de qualification du Conseil national des universités, académies nationales de médecine et de chirurgie) un questionnaire visant à demander à chacun d'entre eux quels seraient les « effectifs souhaitables pour le secteur hospitalier public et

9. Archives du cabinet de Pierre Bérégovoy, ministre des Affaires sociales de 1982 à 1984, CAC 19870251, article 14.

privé, pour le libéral ambulatoire et globalement pour [leur] spécialité à l'horizon 2010 » (cité par Rousseau-Giral, 1996, p. 54). Enfin, depuis 2003, l'ONDPS procède à de nombreuses auditions de représentants du corps médical pour chaque spécialité¹⁰. L'assimilation des besoins de santé aux recours effectifs aux soins présente ainsi l'avantage d'entériner une définition des besoins de santé conforme aux intérêts défendus par les segments les plus puissants du corps médical et publiquement acceptables par leurs porte-parole.

Cependant, si nous voyons maintenant comment les administrations de l'État appréhendent et mesurent les « besoins de santé de la population » dans la pratique, et quels avantages techniques et politiques elles retirent des méthodes qu'elles utilisent, il nous reste encore à comprendre pour quelle raison ce motif fait l'objet de tant d'investissements administratifs et politiques.

Usages et réification des « besoins de santé de la population »

Le motif des « besoins de santé de la population » se prête à de multiples appropriations et usages stratégiques en raison même de son caractère relativement flou. Cependant, son succès s'explique également par des logiques propres aux services de statistiques et d'études de l'État.

Une fiction commode

Les luttes dont a fait l'objet la question du *numerus clausus* de médecine entre 1969 et 1971, puis les difficultés suscitées par sa mise en œuvre sont assez exemplaires des usages pragmatiques qui peuvent être faits du motif des « besoins de santé » au niveau administratif et politique. En effet, appuyant les revendications exprimées par le Syndicat autonome des enseignants de médecine et par l'Ordre des médecins et rejoignant les préoccupations de la Direction du Budget, soucieuse de limiter l'accroissement des dépenses de santé, le ministère chargé de la Santé défend, à la fin des années 1960, une « limitation » des étudiants admis en deuxième année de médecine, « l'accent [devant être] mis sur l'évaluation des besoins et les possibilités pédagogiques plus que sur la capacité d'accueil des hôpitaux¹¹ ». Il s'agit de donner toute latitude aux ministres de fixer le nombre d'étudiants admis chaque année à poursuivre des études médicales en fonction des « besoins » en médecins considérés comme légitimes. Cependant, un tel critère est alors jugé irrecevable par le ministère de l'Éducation nationale. Lors d'une réunion qui se tient en mars 1971 entre les

10. Créé en 2003 à la demande de nombreux porte-parole du corps médical, cet observatoire, placé auprès de la DREES, a pour mission de rassembler et de synthétiser les connaissances existantes sur les « conditions d'exercice des professionnels [de santé] et [...] l'évolution de leurs métiers » (décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, art. 1^{er}). Son travail consiste donc essentiellement à rendre public un ensemble de connaissances et de préconisations faisant l'objet d'un consensus entre l'État, les caisses d'assurance maladie et les porte-parole des professions de santé.

11. D'après les termes employés par Pierre Charbonneau, nommé conseiller technique du ministre chargé de santé en 1969 puis directeur général de la santé en 1970, lors d'une réunion au ministère de l'Éducation nationale en juillet 1969 (archives de la Direction générale de la santé, CAC 19780556, art. 1).

représentants des deux ministères, un conseiller du ministre de l'Éducation nationale note :

« *Sur critères besoins du pays :*

Côté É[ducation] N[ationa]le : difficile de s'engager sur ce terrain :

a/ le chiffrage [est] très difficile.

b/ dangereux pour Min[istre] É[ducation] N[ationa]le de s'engager sur terrain sélection va être généralisée pour adéquation aux besoins de l'économie.

D'où préfère limitation fondée sur possibilités de formation¹². »

Dans un contexte où les pouvoirs publics s'efforcent de ramener l'ordre dans les universités et cherchent à éviter toute mesure qui pourrait favoriser des mobilisations étudiantes, le choix d'une limitation des effectifs d'étudiants en médecine en fonction des capacités de formation des hôpitaux présente donc deux avantages politiques : tout d'abord la détermination du nombre de postes jugés « formateurs » dans les services hospitaliers par l'administration et par le corps hospitalo-universitaire (réuni localement dans des « Comités de coordination hospitalo-universitaires », les CCHU) apparaît plus difficile à contester que l'évaluation des besoins de la population en médecins, qui constituaient « une notion un peu fuyante »¹³. En outre, comme le dit, lors de la même réunion, un conseiller du ministre de l'Éducation nationale, la justification de la limitation des effectifs d'étudiants par la seule nécessité de leur garantir une formation clinique est une bonne « façon d'habiller les choses ». Il faut en effet éviter que le problème de la sélection dans les facultés de médecine puisse être reformulé dans les termes du problème, plus général et beaucoup plus dangereux, de la sélection à l'université. Dans un contexte où les questions universitaires sont perçues comme particulièrement sensibles par les détenteurs du pouvoir politique, la *spécificité* des études médicales, qui résiderait à la fois dans leur dimension pratique et dans l'importance des responsabilités que les futurs médecins sont supposés acquérir (Déplaude, à paraître), a ainsi été mise en avant au détriment de la prise en compte des « besoins de santé de la population ».

Néanmoins, le refus de retenir le critère des « besoins de la population » dans la loi du 30 juin 1971 qui institue le *numerus clausus* de médecine en fait un instrument relativement rigide aux yeux des pouvoirs publics. En effet, ceux-ci peuvent difficilement justifier une diminution importante du nombre de postes hospitaliers formateurs, alors même que les hôpitaux universitaires se développent de manière importante et que le nombre d'enseignants connaît un accroissement sensible¹⁴. Il apparaît en outre difficile au ministère chargé de la Santé et encore davantage au ministère de l'Éducation nationale de déjuger les évaluations des CCHU, non seulement parce que leurs services ne disposent pas de moyens d'inspection suffisants pour les contrôler, mais aussi et surtout parce qu'il est délicat pour l'administration de se substituer aux médecins hospitalo-universitaires en matière d'évaluation pédagogique

12. Archives intermédiaires de la Direction générale de la santé, DGS/96/050, art. 2. Souligné dans le document original.

13. D'après les termes employés en entretien par un conseiller du directeur général de l'enseignement supérieur entre 1965 et 1968 et élu doyen de la faculté de Necker en novembre 1968, 3 décembre 2004.

14. D'après un conseiller chargé de préparer la réforme des études médicales auprès du ministre chargé de la Santé entre 1978 et 1981, une réduction du nombre de postes hospitaliers reconnus comme formateurs présentait en outre, dans ce contexte, le risque de susciter des recours en Conseil d'État par des étudiants qui se seraient estimés lésés par rapport à leurs prédécesseurs (entretien, 7 juillet 2006).

(en dehors de quelques évaluations trop manifestement tronquées). Or, les CCHU sont en concurrence entre eux pour l'obtention de nouveaux postes d'enseignants et de nouveaux crédits d'investissement, ce qui les conduit à vouloir former davantage d'étudiants et à « gonfler » leurs capacités de formation. Cela explique que dès l'instauration du *numerus clausus* de médecine, la plupart des CCHU aient fait état de capacités de formation bien supérieures à ce que le ministère de la Santé jugeait raisonnable et que certaines facultés aient dépassé délibérément les quotas fixés par les pouvoirs publics. Ce sont en moyenne 8 600 étudiants par an qui sont admis en deuxième année de médecine entre 1971-1972 et 1976-1977, alors que le ministère de la Santé estimait initialement qu'il ne fallait pas en former plus de 6 000 par an, et le Syndicat autonome des enseignants de médecine (dominé par des médecins hospitalo-universitaires parisiens), pas plus de 4 000.

Cependant, l'affaiblissement des luttes collectives à l'intérieur des universités et l'émergence d'un contexte de crise économique et budgétaire, qui conduit les syndicats de médecins libéraux à dénoncer de plus en plus vigoureusement la montée de la « pléthore » de jeunes diplômés, viennent ainsi favoriser une réforme du mode de calcul du *numerus clausus*. À partir de 1976, le secrétariat d'État aux Universités demande qu'il soit fixé non seulement en fonction des capacités de formation des hôpitaux, mais également suivant les « besoins de la collectivité »¹⁵. Il faut finalement attendre le mois de janvier 1979 pour que le gouvernement, dans le cadre de mesures visant à « maîtriser » les dépenses de l'assurance maladie, décide d'introduire dans le projet de loi en cours de préparation sur les études médicales une disposition qui autorise « une limitation des effectifs sur la base des besoins »¹⁶. La loi est facilement adoptée en juillet 1979. Les pouvoirs publics peuvent désormais diminuer le *numerus clausus* sans être liés par les avis des CCHU — ce qui n'est pas sans susciter, dès le début des années 1980, l'hostilité des médecins hospitalo-universitaires, qui défendaient une baisse plus modérée. Fixé encore à 7 900 en 1978-1979, le *numerus clausus* passe ainsi à 5 000 en 1983-1984 et est stabilisé à environ 3 500 places par an dans les années 1990.

La référence aux besoins de santé de la population permet donc aux pouvoirs publics d'acquérir des marges de jeu plus importantes dans la détermination du *numerus clausus*. En raison de son caractère flou, cette notion leur permet de définir les besoins légitimes de la population en médecins avec une grande souplesse tout en donnant à leurs décisions une apparence de rationalité. Les usages administratifs et politiques du motif des « besoins de santé de la population » tendent en retour à les *réifier*, au sens où ils sont présentés non pas comme résultant pour partie d'un travail de construction sociale et politique, mais comme formant un donné objectif qui s'imposerait de manière univoque aux gouvernants.

Cependant, l'objectivité qu'ont acquise les « besoins de santé de la population » ne s'explique pas seulement par les nombreux usages administratifs et politiques qui en sont faits. Elle résulte également des importants efforts accomplis par le ministère chargé de la Santé, par les caisses d'assurance maladie ou par certaines organisations du corps médical (comme l'Ordre des Médecins ou les Unions régionales de médecins libéraux) pour se doter d'instruments de connaissance plus fins des « besoins de santé de la population » et des besoins en professionnels de santé.

15. Projet de loi du Secrétariat d'État aux Universités daté du 22 juillet 1976, archives du Secrétariat général du Gouvernement, CAC 19880003, art. 39.

16. Relevé de décisions du comité interministériel du 23 janvier 1979, archives de la Direction de la Sécurité sociale, CAC 19920084, art. 8.

L'esprit statistique

En effet, les études et les statistiques administratives sont de plus en plus souvent produites par des institutions spécialisées, dotées d'une autonomie relative par rapport aux services pour lesquels elles sont supposées travailler. L'instrumentation statistique de l'administration sanitaire est particulièrement emblématique de cet approfondissement de la division du travail bureaucratique. Jusqu'à la fin des années 1970, les services de statistiques et d'études du ministère chargé de la Santé étaient très faibles et éparpillés entre plusieurs directions. Après une éphémère tentative de regroupement au milieu des années 1960, un nouveau service d'étude et de statistiques (le SESI) a été créé en 1982. Chargé notamment de produire les comptes de la santé et de la protection sociale, le SESI est demeuré, tout au long des années 1980 et 1990, un service faiblement doté en personnel et en budget, notamment en raison du fait que les directions dites « opérationnelles » du ministère ont cherché à conserver leurs propres services et crédits d'études. Soutenu par le rapport sur les services statistiques de l'État commandé par le Premier Ministre à un ancien directeur de l'INSEE, très critique sur la dispersion des moyens statistiques de l'administration sanitaire et sociale (Malinvaud, 1997), le chef du SESI obtient en 1998 sa transformation en direction. Le SESI devient la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Sa juridiction est renforcée, puisqu'elle absorbe la Mission « Recherche » (MIRE) du ministère, qui avait jusqu'à présent réussi à rester à l'extérieur du SESI, et qu'elle est formellement chargée de coordonner l'utilisation du budget d'études et de statistiques affecté à l'ensemble des administrations sanitaires et sociales de l'État. En outre, ses moyens en personnel sont sensiblement renforcés, puisqu'ils passent de 115 agents en 1995 à 176 à 2003. Ces derniers sont également mieux qualifiés qu'autrefois. Ainsi, le bureau chargé de produire les statistiques relatives aux professions sanitaires et sociales, qui comprenait sept agents en 1994, dont seulement un attaché de l'INSEE, comprend neuf agents en 2003, dont un administrateur et deux attachés de l'INSEE.

Les agents du SESI puis de la DREES se sont tout d'abord fortement investis dans la constitution de fichiers statistiques fiables, comme le fichier ADELI pour les professions de santé. Ce n'est qu'une fois que ces fichiers ont été jugés exploitables (en 1986 pour ADELI) qu'ils ont pu être mobilisés pour construire des données statistiques. De plus en plus nombreuses, de plus en plus diversifiées et sophistiquées, ces données sont également de mieux en mieux diffusées (dans de nouvelles revues et, à partir du début des années 2000, sur le site Internet du ministère chargé de la Santé). Cette évolution tient essentiellement à trois facteurs, d'ordre technique, professionnel et institutionnel. Tout d'abord, les progrès de l'informatique et des méthodes de traitement statistique ont simultanément permis d'abaisser le coût de production des statistiques et de disposer d'instruments de travail plus puissants¹⁷. Ensuite, les agents des services de statistiques et d'études se caractérisent par un souci constant d'améliorer la fiabilité et la précision de leurs statistiques, de produire des études originales à partir de celles-ci et

17. Le premier chef du Bureau des professions de santé du SESI, en poste de 1982 à 1996, nous a ainsi rappelé qu'il n'y avait en 1984 « qu'un seul micro dans le bureau » et qu'« il a fallu attendre pour avoir un micro par personne » (entretien, 30 novembre 2004). De même, dans les années 1980, le fichier ADELI était constitué à partir de données enregistrées sur des bandes magnétiques dont le traitement informatique était particulièrement lourd.

de faire circuler « l'esprit "statistique"¹⁸ ». Enfin, la concurrence opposant le ministère chargé de la santé à d'autres institutions produisant des statistiques sanitaires et/ou financières (comme l'Ordre des médecins et, surtout, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) incite chacune d'entre elles à disposer des fichiers ou des bases de données les plus fiables, à produire les études les plus raffinées ou à témoigner de la plus grande réactivité. Un sous-directeur du SESI écrit ainsi en 1991 :

« Rappelons que la CNAMTS, qui offre des résultats extrêmement détaillés et abondamment illustrés et commentés, publie les données relatives au 1^{er} janvier de chaque année dans le courant de l'automne. Les publications du SESI sur les médecins, plus larges quant au champ couvert, mais plus limitées quant aux informations sur l'activité et les prescriptions, doivent pouvoir bénéficier d'un avantage de rapidité » (note datée du 22 novembre 1991, archives de la DREES, CAC 19950148, art. 5).

La multiplication des études et des rapports officiels qui se réfèrent aux « besoins de santé de la population » est donc en partie le produit des préoccupations propres aux agents des services d'études et de statistiques des administrations. Le développement des savoirs statistiques obéit à des logiques propres, indépendamment des usages politiques ou administratifs qui peuvent en être faits. Le développement et la sophistication croissante de ces savoirs ne signifient pas qu'ils tendent à déterminer les décisions publiques de manière de plus en plus univoque. Ils tendent en revanche à accréditer la *rationalité d'apparat*¹⁹ dont sont revêtues les décisions publiques qui s'y réfèrent. Bien que, le plus souvent, cette rationalité d'apparat ne soit sans doute pas recherchée en tant que telle par les producteurs de statistiques, elle est certainement un sous-produit important de leur activité, qui contribue à nourrir en retour la demande administrative et politique de données statistiques.

Conclusion

À travers ses usages administratifs et politiques, la notion de « besoins de santé de la population » apparaît bel et bien comme une fiction. Comme une fiction au sens où ces « besoins » sont présentés comme un ensemble de données pouvant être connues et quantifiées de manière objective, d'où pourraient être déduites de manière rationnelle les décisions à prendre dans le domaine de la santé. Mais aussi comme une fiction au sens où de nombreux agents et experts du secteurs de la santé sont conscients du caractère faiblement opératoire de cette notion. Au moins pour ces agents, la notion de « besoins de santé de la population » apparaît, d'après une formule employée par Alain Bancaud dans son analyse de la forme des arrêts de la Cour de Cassation, comme une « fiction ordinaire et notoire » (Bancaud, 1987, p. 366).

18. D'après l'expression employée par un inspecteur général des affaires sociales dans une note sur « les rapports entre le SESI et les autres directions des ministères de la Solidarité nationale et de la Santé » datée de décembre 1981 (archives de la DREES, CAC 19990162, art. 6).

19. D'après Rémi Lenoir, qui évoque « l'exactitude d'apparat » des études démographiques parues dans le premier numéro de la revue *Populations* de l'Institut national d'études démographiques (Lenoir, 2003, p. 398). Sur ce point, voir également Feldman et March (1981).

Cependant, doit-on estimer pour autant que les agents de l'État et tous ceux qui justifient les décisions publiques en matière de santé en se référant aux « besoins de santé de la population » se caractérisent par une posture cynique et cherchent à duper le grand public, nécessairement moins bien informé ? Bien que les usages de la fiction des « besoins de santé de la population » renvoient régulièrement à des préoccupations pragmatiques, ils ne s'y ramènent pas toujours, loin s'en faut. En effet, les institutions administratives et politiques peuvent être analysés comme des « univers de pratiques » (Lagroye, p. 141) qui préexistent à leurs membres. Mais *les fins* qui sont officiellement assignées à ces institutions apparaissent également à leurs membres comme préétablies. Qu'ils y croient ou non, qu'ils les considèrent comme de simples fictions construites à des fins de légitimation ou comme des maximes de leur action, ils sont tenus de s'y conformer. C'est en ce sens que la notion de « besoins de santé de la population » peut être considérée comme une *fiction d'institution*, c'est-à-dire comme une notion dont le caractère fictif ne fait l'objet d'aucun doute de la part des membres de l'institution, mais à laquelle ils sont malgré tout tenus de se référer officiellement. Cela explique que si ces fictions sont parfois présentées comme telles par les membres de l'institution, elles le sont généralement dans des lieux relativement confinés ou dans des écrits dont la diffusion est pratiquement restreinte à la seule sphère politico-administrative. Il ne faut pas confondre les choses de la logique et la logique des choses, les positions en surplomb que peuvent adopter, le temps d'un entretien, d'un colloque ou de la rédaction d'un rapport, les hauts fonctionnaires et les experts, et les logiques mêmes de la pratique. En effet, de telles fictions peuvent constituer une justification essentielle de l'existence et de l'utilité des institutions (les administrations en charge de la santé doivent faire en sorte que les « besoins de santé de la population » soient satisfaits). Elles sont ainsi une composante essentielle du travail de fonctionnalisation et de légitimation des institutions (Lagroye, 2006, p.151-156). Le caractère institué de ces fictions explique d'ailleurs qu'elles puissent être mobilisées de manière rituelle ou machinale. C'est ainsi que si les agents et experts du secteur de la santé peuvent exprimer de temps à autre des doutes sur la pertinence de la notion de « besoins de santé de la population », ils continuent à recourir à des méthodes routinières d'évaluation de ces besoins, tout en cherchant à améliorer les instruments statistiques dont ils disposent. Comme les rites, les fictions d'institution peuvent être plus ou moins « motivées » (Héran, 1987), c'est-à-dire faire l'objet d'usages plus ou moins formels et de croyances plus ou moins fortes suivant les situations et les individus.

Références bibliographiques

- AMIOT M. (1986), *Contre l'État, les sociologues. Éléments pour une histoire de la sociologie urbaine en France, 1900-1980*, Éditions de l'EHESS, Paris.
- BANCAUD A. (1987), « Considérations sur une "pieuse hypocrisie" : la forme des arrêts de la Cour de Cassation », *Droit et Société*, n° 7, p. 365-378.
- BENAMOUZIG D. (2005), *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé*, PUF, Paris.
- BESSIERE S., COLDEFY M., COLLET M. (2006), « Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », in ONDPS, *Le rapport 2005*, La Documentation française, Paris. t. 1, p. 134-154.

- CASES C., BAUBEAU D. (2004), « Peut-on quantifier les besoins de santé ? », *Solidarité et santé*, n° 1.
- CNAMTS (1995), « Modulation géographique des dépenses de remboursement de soins du secteur libéral en 1992 », *Dossiers Études et Statistiques*, n° 29.
- CHOUSSAT J. (1996), *Rapport sur la démographie médicale*, Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, Paris.
- DÉPLAUDE M.-O. (2007), *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 1.
- DÉPLAUDE M.-O. (à paraître), « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du Syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la "sélection" », *Sociétés contemporaines*.
- DETOURNAY B., BENARD E. (2001), *Contenu des métiers médicaux et substitutions envisageables. Étude réalisée pour la Direction générale de la santé*, CEMKA-EVAL, Bourgl-la-Reine.
- FELDMAN M. S., MARCH J. G. (1981), « Information as Signal and Symbol », *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, n° 1, p. 171-186.
- HCSP (1994), *La santé en France. Rapport général*, La Documentation française, Paris.
- HCSP (1998), *La santé en France, 1994-1998*, La Documentation française, Paris.
- HÉRAN F. (1987), « L'institution démotivée. De Fustel de Coulanges à Durkheim et au-delà », *Revue française de sociologie*, vol. 28, n° 1, p. 67-87.
- LAGROYE J., AVEC FRANÇOIS B. ET SAWICKI F. (2006), *Sociologie politique*, Presses de Sciences Po/Dalloz, Paris, 5^e éd.
- LENOIR R. (2003), *Généalogie de la morale familiale*, Seuil, Paris.
- MALABOUCHE G. (1996), *Effïcacité et limites de la politique de régulation de la démographie médicale*, rapport annexé à CHOUSSAT J., *Rapport sur la démographie médicale*, Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, Paris.
- MALINVAUD E. (1997), *La fonction « statistique et études économiques » dans les services de l'État. Rapport au Premier Ministre*, La documentation française, Paris.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (2001), *Rapport sur la démographie médicale*, Direction générale de la santé, Paris.
- ONDPS (2004a), *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, in ONDPS, *Le rapport 2004*, La Documentation française, Paris, t. 1.
- ONDPS (2004b), *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, in ONDPS, *Le rapport 2004*, La Documentation française, Paris, t. 4.
- POLTON D. (2001), « Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherches », in CREDES, *Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES*, CREDES, Paris, p. 129-135.
- ROUSSEAU-GIRAL A.-C. (1996), *Organisation actuelle des études médicales et régulation des flux d'entrée dans la profession médicale*, rapport annexé à CHOUSSAT J., *Rapport sur la démographie médicale*, Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, Paris.
- ROWELL J. (2006), *Le totalitarisme au concret. Les politiques du logement en RDA*, Économica, Paris.
- SERRE M. (2001), *Le tournant néo-libéral de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 1.

SILVAZ C., LE LAIDIER S. (2001), « Potentiel d'activité des omnipraticiens libéraux », in CREDES, CREDES, *Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES*, CREDES, Paris, p. 73-81.

SIMOENS S., HURST J. (2006), « The Supply of Physician Services in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 21.