



Système de santé apprenant : Une expérience occitane d'ajustement des décisions aux modèles de prévision

Le cas des effectifs de médecins généralistes



Science, décision publique et système de santé apprenant

- **La science et la décision : deux registres complémentaires**
- **La science dit ce qui est vrai ou faux**
- **La politique débat de ce qui est juste ou injuste, de ce qu'il faut faire ou ne pas faire**
- Quand on confond les deux :
→ *on critique des faits au lieu d'assumer leurs conséquences*



Identifier les besoins de médecins généralistes à divers horizons

- **Réforme de l'internat effective** mise en œuvre **en 2026** avec la première promotion d'étudiants en 4ème année d'internat

- **Opportunité de rapprocher les problématiques d'organisation des soins sur les territoires avec les problématiques de la formation :**
 - La 4^{ème} année pour affiner son projet professionnel
 - La médecine générale, une spécialité territorialisée par essence

Méthode de projections de l'APL

► Rappels sur l'indicateur de l'APL :

- Proposé en 2012 pour aider les acteurs locaux à définir des territoires d'intervention prioritaires
- Calculé à l'échelle communale et prenant en compte l'offre et le recours aux soins des communes environnantes : prise en compte d'une notion de proximité qui s'affranchit des frontières « administratives » supra-communales
- Non prospectif qui s'appuie sur des données annuelles extraites du SNDS-SNIIRAM : nombre d'actes réalisés par les PS en activité, niveaux de recours des populations résidentes différentiés selon l'âge
- Sont pris en compte les actes des médecins généralistes libéraux et ceux salariés dans un CDS

► **Projection APL : hypothèse du niveau d'APL cible à atteindre** : si l'APL de l'année considérée de la TVS est inférieur à l'APL de départ régional, alignement sur le niveau d'APL régional de départ. Sinon, même si l'APL baisse sur la TVS considérée, on laisse en l'état tant que l'APL n'est pas inférieur à l'APL régional. On **priorise** ainsi les TVS .

► **Prise en compte d'un âge de cessation d'exercice : 67 ans**

► **Conversion actes-ETP : 5 400 actes/an** (hypothèse retenue dans le calcul de l'APL national - robuste)

► **Projection à 4 horizons, identiques aux horizons de projection de la démographie : 2026, 2028, 2030 et 2035**



Méthode de projection de population

Projection de population : Projections **communales** via une méthode basée sur le **scénario central OMPHALE** de l'INSEE

Le modèle **OMPHALE** permet de réaliser des projections démographiques en 3 étapes :

1. constitution d'un zonage : zone sur laquelle on veut réaliser la projection,
2. choix d'un scénario : jeu d'hypothèses sur la fécondité, la mortalité et les migrations nettes
3. calage : projections infra-départementales sont calées sur projection départementales

Projection à 4 horizons :

- 2026 : la 1^{ère} promotion de 4^{ème} année d'internat
- 2028 et 2030 : pic de départs des MG
- 2035 : horizon moyen terme et 10 ans après la 1^{ère} promotion de 4 année d'internat



Méthode de projection de l'APL

1 Calcul du nombre global d'actes à produire à l'horizon h à l'échelle du TVS selon l'hypothèse retenue d'APL cible :

Niveau d'APL cible à atteindre X Projection de population = [Nombre d'actes à réaliser]

2 Calcul du nombre d'actes supplémentaires à réaliser à l'horizon h à l'échelle du TVS

[Nombre d'actes à réaliser] – Réalisation APL de départ des MG qui n'auront pas atteint **67 ans ou plus** en h =
[Besoin supplémentaire en actes]

3 Conversion de ce besoin supplémentaire d'actes en ETP (5 400 actes/an)

[Besoin supplémentaire en actes]/ETP (5 400 actes) = [ETP supplémentaires]



Limites de l'exercice

➤ Sensibilité des hypothèses suivantes :

#1 APL cible : hypothèse centrale du modèle

#2 Conversion actes / ETP : 5 400 actes/an (correspond à 1ETP dans le modèle APL)

#3 Age de départ à la retraite des médecins généralistes : 67 ans

➤ Autres limites à prendre en compte dans le modèle :

- Contributions à l'APL des médecins en fonction de leur âge, de leur lieu d'installation,...
- Cumul emploi retraite : étude DREES 2018 : un médecin libéral sur 10 en activité cumule emploi et retraite (généralistes et spécialistes).
- Quelques limites du modèle de l'APL : seuil de 20 min pour le calcul de l'APL, limité au lieu de résidence alors qu'il pourrait être étendu au lieu de travail, le rayon pourrait être réduit en fonction de l'offre accessible ou inversement, la limite du moyen de transports (uniquement la voiture), la variabilité des proportions de visites selon les groupes d'âge de la population pourrait également être intégrée.



Résultats à l'échelle régionale

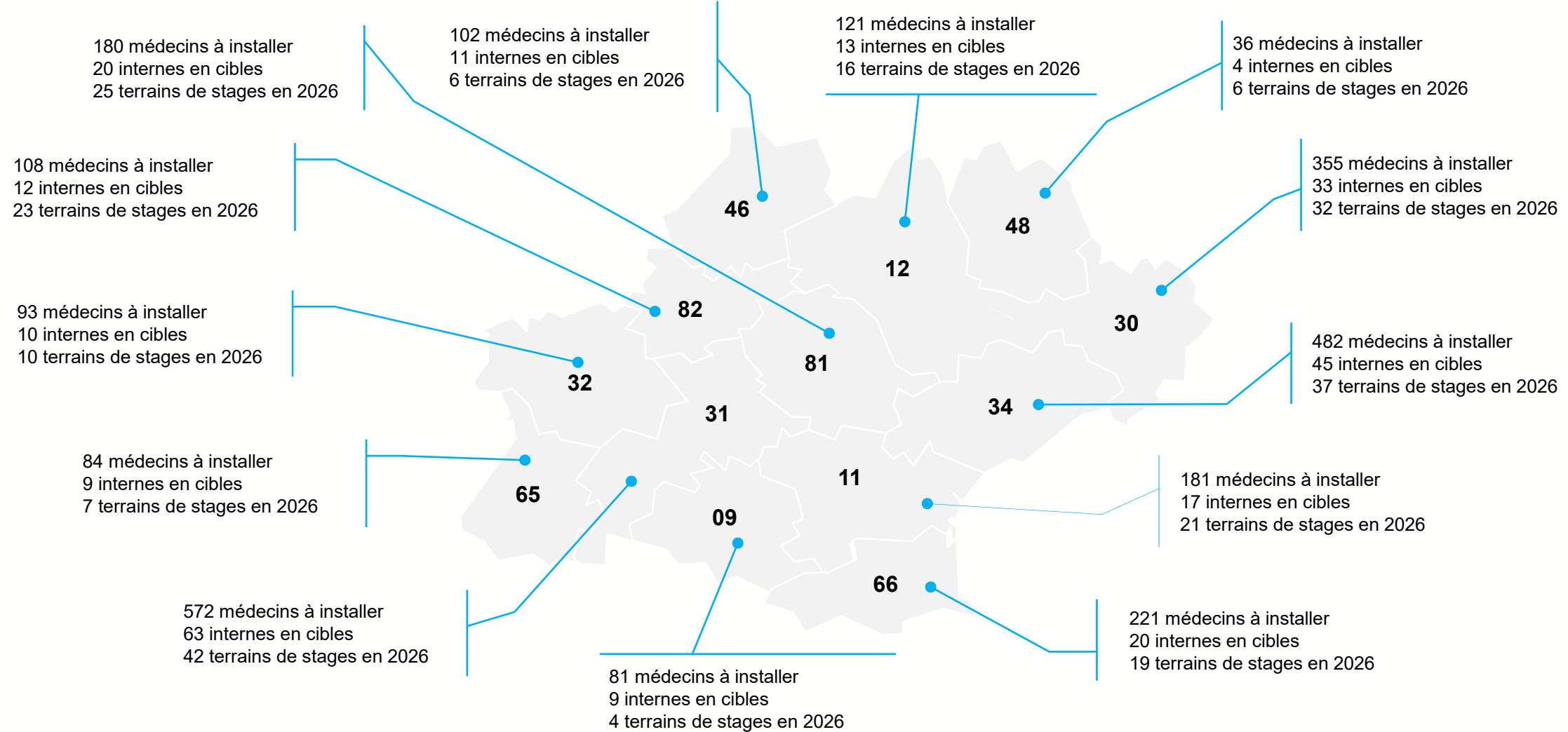
	Population	2021	2026	2028	2030	2035
Scénario Tendanciel	Population pondérée	6 191 128	6 402 680	6 505 245	6 604 446	6 830 930
	APL Projetée	3,9	2,9	2,5	2,2	1,8
	ETP Théorique	4 424	3 425	3 034	2 749	2 251
	Nb actes réalisés	23 887 176	18 494 459	16 384 570	14 842 007	12 156 552
APL cible	APL Projetée	//	3,9	3,9	3,9	3,9
	ETP Théorique	//	4 593	4 651	4 721	4 881
	Besoin en ETP supplémentaire	//	1 168	1 617	1 973	2 630
	Nb actes à réaliser	//	24 802 530	25 115 661	25 493 606	26 357 774
	Besoin supplémentaire en actes	//	6 308 071	8 731 090	10 651 599	14 201 222



Répartition territoriale des terrains de stage des docteurs juniors en médecine générale

Objectifs : **aligner et proportionner** la répartition des terrains de stage proposés aux besoins projetés en installation de MG sur les départements

Résultats fin 2025 : près de **95% des terrains de stage nécessaires identifiés** et une adéquation aux prévisions très satisfaisante (d'autant plus pour un premier exercice)





Vers un modèle français d'apprentissage territorial ?

Produire des estimations avec des hypothèses discutables



Valider ces estimations (en les ajustant le cas échéant) par le débat public

Déterminer des objectifs de manière collective

Adapter le modèle de prévision



Evaluer périodiquement le résultat des actions

Rédiger et mettre en œuvre des plans d'action sur la base d'une mobilisation collective



Vers un modèle français d'apprentissage territorial ?

Des partenariats et de structures locales déjà en place :

- Facultés, URPS, Ordres
- MSP, MSPU
- CPTS, CPTS-U
- CLS (Contrats locaux de santé)
- Collectivités, réseaux, associations, démocratie en santé

Des boucles d'apprentissage possibles :

- 1. Observer** : données SNDS, INSEE, données locales
- 2. Analyser** : partage avec acteurs de terrain
- 3. Décider** : objectifs communs
- 4. Agir** : actions territoriales (formation, attractivité, organisation des soins)
- 5. Évaluer** : suivi des effets
- 6. Réajuster** : améliorer en continu



Vers un modèle français d'apprentissage territorial ?

Un débat qui reste ouvert sur les modalités les plus efficaces :

- plus la boucle est courte, plus elle est efficace ?
- plus elle est proche du terrain, plus elle devient concrète ?
- plus elle implique les acteurs locaux, plus elle produit de l'engagement et des résultats ?