

questions

d'économie de la santé

synthèse

Repères

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et a bénéficié d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a donné lieu à la publication d'une synthèse dans le rapport annuel 2005 de l'ONDPS et à un rapport IRDES en juin 2006.

Ce « *Questions d'économie de la santé* » présente la première partie des résultats relatifs aux principaux enseignements de la revue de la littérature internationale consacrée aux politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé. Une prochaine édition présentera les résultats d'une enquête recensant en France les mesures nationales, régionales et locales qui visent à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. Ces résultats seront analysés en regard des conclusions de la revue de la littérature.

Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature

Yann Bourguet, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi

La capacité des systèmes de santé des pays développés à garantir l'accessibilité aux soins et services de santé sur l'ensemble du territoire se posera avec acuité face à la diminution attendue du nombre de professionnels de santé, notamment des médecins, dans les années à venir. La répartition géographique et la productivité des professionnels de santé seront également touchées par des modifications déjà perceptibles – faible investissement dans la médecine générale, difficultés d'installation dans certaines zones, attrait pour l'exercice en groupe ou en institution –, ces changements étant liés notamment à une évolution des arbitrages entre vie professionnelle et vie privée.

La plupart des travaux se limitent à une description des inégalités de répartition géographique en fonction de critères principalement démographiques ou professionnels, et analysent plus rarement les politiques visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé et leurs résultats. Sur ce dernier point, la littérature étrangère ne permet pas de mettre en évidence de « remède miracle ». Néanmoins, tout en rendant compte d'une grande diversité de mesures intervenant à différents moments du parcours professionnel, elle souligne les limites des deux mesures les plus mobilisées : d'une part, l'augmentation globale du nombre de médecins, jugée inefficace, et d'autre part, les mesures financières, considérées comme insuffisantes.



Facteurs déterminant le choix d'installation des médecins et mesures publiques incitatives

	Avant l'installation		Après l'installation	
Facteurs déterminant le choix du lieu d'exercice du médecin en zone déficitaire*	<ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques personnelles (connaissance de l'environnement, vie en couple, sexe masculin...) Attentes professionnelles (pratique de groupe, maîtrise de la charge de travail, qualité des relations professionnelles...) Attentes en termes de conditions de vie (taille minimum de la communauté, infrastructures (scolaires, culturelles...), emploi du conjoint) 		<ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques personnelles (sentiment d'efficacité, de défis...) Attentes professionnelles (charge de travail stable, qualité des relations professionnelles, satisfactions...) Conditions de vie (constitution d'un réseau social, équilibre vie professionnelle et vie familiale, appartenance à la communauté...) 	
	Pendant la formation	À l'installation	Au cours de l'exercice	
Mesures publiques visant à améliorer la répartition des médecins**	<ul style="list-style-type: none"> Numerus clausus Recrutement des étudiants selon leur origine Formation à la pratique en zone éloignée Bourses d'études 	<ul style="list-style-type: none"> Limitations à l'installation Aides financières (primes, majorations, aides fiscales) 	<ul style="list-style-type: none"> Aides financières (majorations de rémunération en zones déficitaires, +/- minorations en zones de surplus) Aides en nature (indemnisation de la formation continue et du déplacement, soutien à la télémedecine et à la pratique de groupe ou en réseau...) 	

* d'après Bilodeau *et al.*, 2006; Barer et Stoddart, 1999; Simoens et Hurst, 2006
 ** mesures identifiées dans la littérature

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@irdes.fr
Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Chantal Cases

Rédactrice en chef technique :
Nathalie Meunier

Rédactrice adjointe :
Anna Marek

Correctrice :
Martine Broido

Maquettiste :
Nicole Guervin

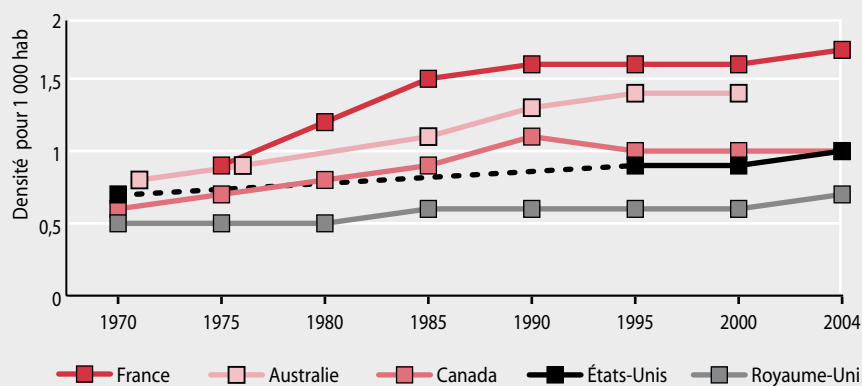
ISSN : 383-4769
Diffusion par abonnement : 60 euros par an
Prix du numéro : 6 euros
En ligne sur www.irdes.fr
10 à 15 numéros par an

L'un des enjeux majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur leur territoire (OMS 2006). Il s'agit tout autant d'assurer un niveau d'offre adéquat qu'une répartition satisfaisante. Les questions traditionnellement débattues portent sur la répartition quantitative entre médecins généralistes et spécialistes – mais également entre professions médicale et non médicale –, le partage des rôles entre chacun d'entre eux et, enfin, la localisation géographique des professionnels afin de garantir un niveau de soins de proximité adéquat en termes de distance et de temps d'accès. C'est sur cette dernière question que nous portons plus particulièrement notre attention.

Afin d'assurer une bonne répartition de l'offre de soins, les politiques publiques cherchent généralement à influencer sur les choix réalisés par les professionnels en termes d'installation ou de maintien dans l'activité. Elles s'appuient pour cela sur des études et recherches qui ont notamment pour objet d'analyser les déterminants et les motivations du choix du lieu d'installation et du maintien en zones mal desservies. Le plus souvent, il s'agit de zones urbaines défavorisées ou rurales éloignées.

Ces travaux ont surtout porté sur l'identification des caractéristiques professionnelles corrélées au choix du lieu d'installation, limitant ainsi l'analyse au champ sanitaire et à la seule logique professionnelle. Plus rarement, la question du choix du lieu d'installation et du maintien dans l'exercice des professionnels de santé est replacée dans un contexte de développement local et d'aménagement du territoire, au-delà d'une problématique simplement sanitaire. Un travail récent et exploratoire (Bilodeau *et al.*, 2006) rappelle que pour bien comprendre la décision des professionnels de santé, il convient d'associer l'analyse des critères professionnels – notamment la crainte de l'isolement – et celles des critères personnels, dont les attentes par rapport au cadre de vie et à la vie de famille (voir tableau en première page).

Évolution des densités de médecins généralistes pour 1 000 habitants entre 1970 et 2004, dans cinq pays de l'OCDE



Guide de lecture : La densité des médecins généralistes aux États-Unis a augmenté de 43 %, entre 1970 et 2004.

Source : Eco-Santé OCDE 2006

Cette revue de la littérature étrangère, qui s'appuie sur des travaux principalement anglo-saxons, a pour objet d'identifier les types de politiques visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé et à recenser les évaluations concernant leur efficacité. Ces politiques concernent essentiellement les médecins. Les mesures analysées dans la littérature sont présentées selon le moment auquel elles interviennent dans le parcours des professionnels : la formation initiale, le recrutement ou l'installation, le maintien dans l'exercice (voir tableau en première page).

Les mesures concernant la formation initiale

Les principales mesures portent sur l'augmentation des effectifs globaux de médecins formés, l'adaptation de la formation initiale et sur les aides financières à la formation.

L'inefficacité de la logique de saturation de l'offre

De nombreux travaux montrent que l'augmentation des effectifs globaux des médecins ne constitue pas une solution au problème de la répartition inégale des professions de santé. En effet, malgré la concurrence exacerbée et la saturation de l'offre dans les

zones à forte densité, les médecins continuent à s'y établir et ne s'installent pas davantage dans des zones déficitaires.

Les exemples des provinces canadiennes, des États-Unis ou du Royaume-Uni sont assez éclairants dans la mesure où, malgré une augmentation importante de la densité médicale au cours des trente dernières années, les problèmes de répartition géographique n'ont pas été résolus dans ces pays (Barer et Stoddart, 1999 ; U.S. General Accounting Office, 2003 ; Hann et Gravelle, 2004).

L'utilité de réformer les modes de sélection ou le contenu des formations

Les autres types de mesures relatives à la période de la formation initiale visent soit à stimuler l'intérêt porté à un éventuel exercice dans les zones mal desservies, soit à renforcer les capacités des futurs professionnels à exercer dans ces zones et favoriser ainsi leur maintien.

Ces mesures cherchent à mieux cibler les étudiants les plus capables d'exercer dans des zones défavorisées ou rurales et à adapter la formation aux conditions d'exercice particulières dans ces zones. Dans ce dernier cas, il peut s'agir de définir des cursus spécifiques à ce type d'exercice, de loca-

liser des lieux de formation initiale et/ou des stages dans ce type de zone, notamment à une période précoce de la formation initiale.

Ces politiques sont assez développées en Australie (Gavel, 2004 ; Rolfe *et al.*, 1999), au Canada (Easterbrook *et al.*, 1999 ; Bilodeau *et al.*, 2006) et aux États-Unis (Calman et Hauser, 2004 ; Pathman *et al.*, 2004 ; Pathman *et al.*, 1999 ; Rabinowitz *et al.*, 2005 ; Rabinowitz *et al.*, 1999 ; Council on Graduate Medical Education, 1998 ; Grumbach *et al.*, 1999).

Le recrutement sélectif semble assez prometteur. Il apparaît notamment que les étudiants originaires de zones rurales ou défavorisées sont les plus disposés à exercer plus tard dans ces zones. En revanche, il est plus difficile d'isoler l'effet spécifique d'une formation adaptée à l'exercice en zone éloignée, compte tenu de la sélection des étudiants effectuée en amont.

Les effets pervers associés aux bourses d'études

Les mesures d'aides financières à la formation, sous la forme de bourses d'études ou de prêts à conditions préférentielles en contrepartie de l'installation dans des zones déficitaires pour une période de service déterminée à l'avance (de quatre à six ans en règle générale), sont mises en œuvre depuis les années soixante-dix aux États-Unis (Calman et Hauser, 2004 ; Pathman *et al.*, 1992 ; Pathman *et al.*, 2004), et plus récemment au Canada (Anderson et Rosenberg, 1990 ; Ward, 2004) et en Australie (Gavel, 2004). Le Royaume-Uni envisage aujourd'hui de recourir à ce type de mesures (Sibbald, 2005).

Ces mesures ont un impact notable à court terme mais sont inefficaces au-delà. Ceci tient à la limitation dans le temps de l'obligation de service mais aussi au principe, largement suivi, du rachat de la bourse ou du prêt pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme. Par ailleurs, outre le fait que les prêts ou les bourses d'études nécessitent des investissements financiers importants, ils sont

susceptibles de générer d'importants effets d'aubaine et une compétition accrue entre les régions en l'absence d'une coordination centralisée.

Les politiques de limitation ou de contrainte à l'installation

Il convient de distinguer les politiques de limitation à l'installation selon qu'elles concernent soit tous les médecins nouvellement installés, soit uniquement une partie d'entre eux.

La limitation de l'installation en zone excédentaire : une faible efficacité

Les politiques consistant à limiter l'installation dans des zones considérées en surplus n'ont pas permis d'améliorer la redistribution des professionnels de santé. Elles ont notamment été mises en œuvre

au Royaume-Uni (Sibbald, 2005 ; Hann et Gravelle, 2004 ; Elliot et Scott, 2004 ; Maynard et Walker, 1997), en Allemagne (Kopetsch, 2003), et dans la province canadienne de la Colombie-Britannique où ce dispositif est désormais abandonné en raison d'une incompatibilité juridique avec le principe de la liberté d'installation (Ward, 2004).

En Allemagne, depuis 1993, le conventionnement à l'installation est limité dans les zones où la densité médicale est supérieure de 10% à la moyenne nationale, sauf en cas de succession ou si un besoin exceptionnel est identifié, par exemple en zone isolée. Inversement, les zones situées à plus de 10% au-dessous de la moyenne nationale sont ouvertes. Un des effets de cette politique a été de détourner les étudiants des filières médicales au profit d'autres filières universitaires, sans véritable amélioration de l'inégalité de répartition géographique.

Méthode de la revue de la littérature

La revue de la littérature a porté sur les écrits en langue française, anglaise et espagnole publiés entre janvier 1998 et août 2005¹. Les mots clefs de la recherche ont été : *Health/ Health care workforce planning, Health/ Health care manpower planning, Health/ Health care human resources planning, Human resources for health/ health care, Physicians supply and distribution, Physician shortage*. Elle a été conduite via le moteur de recherche généraliste Google et les moteurs de recherche spécialisés Pubmed, Econlit et Sigle.

Sur les 480 références préalablement identifiées, les 60 références retenues sont de deux types : d'une part, les publications de la littérature scientifique internationale sous forme de contributions originales, de revues de la littérature, d'éditoriaux, de points de vue et de correspondances ; d'autre part, les publications de la littérature grise, sous forme de rapports sur des politiques précises, et de revues de littérature.

La majorité des références sont en langue anglaise. Les pays étudiés sont principalement le Canada et les États-Unis et, dans une moindre mesure, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Les politiques de certains pays européens – France,

Allemagne, Pays-Bas et Suède – font l'objet d'un petit nombre de publications, essentiellement dans le cadre de comparaisons internationales. Les pays en développement, qui sont pour la plupart confrontés à un déficit en ressources humaines en santé, sont essentiellement cités au travers de l'impact des politiques des pays développés sur leur offre de professionnels de santé.

La prédominance des références traitant de la politique menée dans les pays anglo-saxons appelle un commentaire. Il est nécessaire de garder à l'esprit les différences importantes existant entre les systèmes de santé au Canada, aux États-Unis, en Australie et en France, notamment en termes de densité médicale et d'espace géographique. Mais si les problèmes et questions traités ne se posent pas dans les pays avec la même acuité, ils nous paraissent suffisamment proches des questionnements français pour alimenter la réflexion.

¹ Deux références ont été incluses compte tenu de leur pertinence, bien que n'appartenant pas à la période retenue. Il s'agit d'une revue de la littérature de Simoens S. et Hurst J. de l'Organisation de coopération pour le développement économique (OCDE), qui a été publiée en janvier 2006, et d'une revue associée à une enquête au Québec de Bilodeau H., Leduc N. et van Schendel N. publiée en mai 2006.

Au Royaume-Uni, entre 1948 et 2002, l'autorisation de recruter des nouveaux généralistes pour une autorité locale de soins primaires était délivrée par une autorité médicale indépendante. Trois zones étaient alors considérées – en fonction du niveau moyen de la taille de la liste par généraliste ajustée aux besoins de la population – dans lesquelles l'installation était respectivement autorisée, limitée, ou fermée. Cette mesure n'a pas permis de diminuer de façon déterminante les inégalités de répartition : les zones mal desservies en 1974 le sont toujours en 2003. C'est pourquoi, depuis 2002, les autorités locales de soins primaires sont directement responsables de la décision de recruter dans des limites définies. Ainsi, les autorités locales des régions où le nombre de généralistes est inférieur à la moyenne peuvent recruter jusqu'à 6% de généralistes en plus, celles qui sont au-dessus de la moyenne 3% au maximum. Il est encore trop tôt pour estimer si cette délégation de responsabilité – associée aux leviers financiers mis à la disposition des autorités locales de soins primaires (cf. infra) – est efficace.

Contrainte à l'installation pour les médecins étrangers : une efficacité limitée dans le temps

Les politiques de contrainte à l'installation des médecins étrangers dans le cadre des politiques d'immigration, notamment conduites aux États-Unis (Calman et Hauser, 2004; Baer *et al.*, 1998), en Australie (Gavel, 2004) ou au Canada (Ward, 2004; Barer et Stoddart, 1999) sont plus efficaces à court terme.

Les dispositifs de ces trois pays sont similaires mais les durées d'obligation de service en zones prioritaires en contrepartie de l'autorisation d'exercice – comme les possibilités de s'en soustraire par rachat – diffèrent. L'obligation aux États-Unis est limitée à la première installation, à une période de cinq ans au Canada et à une période de dix ans en Australie. Si les États-Unis et le Canada offrent la possibilité de se soustraire à l'obligation de service avant terme par rachat, en Australie, l'installation du médecin dans une zone non prioritaire

avant l'expiration de son service conduit au retrait de son autorisation d'exercice. Efficaces à court terme pour attirer des professionnels de santé, ces mesures ont un coût élevé mais ne permettent le maintien des médecins à moyen et long termes dans la mesure où l'obligation de service est limitée dans le temps.

Les aides à l'installation ou au maintien de l'exercice dans des zones déficitaires

Les aides financières : une efficacité remise en question

Le type d'aides le plus répandu est la majoration de la rémunération pour l'exercice en zones rurales, isolées ou défavorisées, couplée ou non à la diminution ou au plafonnement de la rémunération pour l'exercice dans des zones en surplus. Ces mesures ont été adoptées notamment dans les provinces canadiennes du Québec et de l'Ontario (Bilodeau *et al.*, 2006; Bilodeau et Leduc, 2003; Barer et Stoddart, 1999; Bolduc *et al.*, 1996), au Royaume-Uni (Sibbald, 2005; Elliot et Scott, 2004), aux États-Unis (Calman et Hauser, 2004; Barer et Stoddart, 1999), ainsi qu'en Australie (Gavel, 2004; Holub et Williams, 1996) et en Nouvelle-Zélande.

Les incitations financières à l'installation ou au maintien, notamment avec obligation de service, n'ont qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme. Elles ne permettent pas de rendre systématiquement les zones déficitaires plus attractives. L'impact de ces mesures est considéré comme plutôt positif en Australie, partiellement satisfaisant au Canada et aux États-Unis, et peu déterminant jusqu'à présent au Royaume-Uni.

Outre le fait qu'elles induisent des effets d'aubaine difficilement contrôlables, les incitations financières conduisent parfois à des effets pervers en termes de productivité. Ainsi, au Royaume-Uni, entre 1990 et 2004, le montant de la capitation reçu par patient était majoré si le patient résidait dans une zone considérée comme défavorisée d'un point de vue socio-économique.

Mais de façon surprenante, les généralistes ont plutôt été conduits à réduire la taille de leur liste de patients inscrits. Il est par ailleurs intéressant de constater qu'un système de prime à l'installation a également été mis en œuvre au Royaume-Uni entre 2001 et 2005, mais abandonné depuis.

Ces politiques de rémunérations, considérées comme plus efficaces que les politiques de réformes de la formation initiale, sont celles qui ont été les plus mises en œuvre et étudiées, notamment d'un point de vue coût-résultat. Elles font désormais l'objet de nombreux débats.

Les aides en nature : des mesures peu évaluées

Deux grandes catégories de mesures sont peu prises en compte et font *a fortiori* l'objet de peu d'évaluations, alors même que les travaux sur les déterminants de l'installation les considèrent comme centrales. Ces mesures visent notamment à lutter contre l'isolement des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne ou dans leurs conditions et mode de vie (Bilodeau *et al.*, 2006; Rolfé *et al.*, 1995; Kamien, 1998; Rabinowitz H.K *et al.*, 1999 et 2005). Elles se caractérisent comme suit :

- l'indemnisation totale ou partielle des dépenses de formation continue, de déplacements... qui sont majorées par l'isolement;
- le financement total ou partiel des dépenses d'investissements favorisant la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé, comme la médecine de groupe, la télémédecine ou encore la constitution de réseaux de professionnels.

L'analyse de la littérature souligne l'absence de solution unique, durable et satisfaisante au problème récurrent de la répartition optimale des services de soins et santé sur le territoire.

Elle interroge, d'une part, la pertinence de la logique de saturation de l'offre afin

de résoudre les problèmes de répartition géographique des professionnels de santé, et d'autre part, l'utilité de stratégies incitatives uniquement financières portant soit sur la formation initiale avec les bourses d'études, soit sur l'installation et/ou le maintien avec des primes à l'installation et la majoration des rémunérations.

Ces dernières, qui ont été les plus mises en pratique et étudiées, semblent n'avoir qu'une influence modérée à court terme et

très faible à long terme. Surtout, leur intérêt d'un point de vue coût-résultat, compte tenu des effets d'aubaine intrinsèques, reste très discuté.

La littérature mentionne des résultats plus favorables en ce qui concerne les politiques visant à réformer la formation initiale, et notamment celles conduisant à mieux cibler les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des

formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones.

Par ailleurs, la littérature souligne l'importance de l'association des différents types de mesures, des approches conjointes sur les différentes professions, de l'articulation des différents leviers d'action locaux, régionaux et nationaux afin d'éviter la concurrence entre types de mesures et, enfin, la nécessité de tenir compte des politiques d'aménagement des territoires. ■

Références bibliographiques

L'étude réalisée en collaboration avec l'ONDPS a donné lieu à un rapport téléchargeable sur le site de l'IRDES (www.irdes.fr) et sur le site de l'ONDPS (<http://www.sante.gouv.fr/ondps>).

Une synthèse de cette étude est également disponible dans le tome 1 du rapport annuel 2005 de l'ONDPS (<http://www.sante.gouv.fr/ondps>), sous la forme d'une contribution intitulée : « *Les mesures et les dispositifs nationaux et régionaux destinés à améliorer la répartition des professionnels de santé* » (pages 155-64).

Anderson M. et Rosenberg M.W. (1990), Ontario's underserved area program revisited : an indirect analysis. *Social Science and Medicine*, 30 (1) : 35-44.

Baer L.D. et al. (1998), Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Medical Care*, 36 (11) : 1534-44.

Barer M.L. et Stoddart G.L. (1999), *Improving access to needed medical services in rural and remote Canadian communities : recrutement and retention revisited (Final draft)*. Discussion paper prepared for federal/provincial/territorial advisory committee on health human resources. Center health service and policy research UBC.

Bilodeau H., Leduc N. et van Schendel N. (2006), *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

Bilodeau H. et Leduc N. (2003), Inventory of main factors determining the attraction,

installation and retention of physicians in remote areas. *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, 43 (3) : 485-504.

Bolduc D., Fortin B., Fournier M. (1996), The effect of incentive policies on the practice location of doctors : multinomial probit analysis. *Journal of Labour Economics*, 14 : 703-32

Calman N. et Hauser D. (2004), *U.S. Policies to Address Physician Maldistribution*. Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C.

Council on Graduate Medical Education (1998), *Physician distribution and health care challenges in Rural and Inner-City Areas*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration. Washington D.C.

Easterbrook M., Godwin M., Wilson R. et al. (1999), Rural background and clinical rural rotations during medical training : effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*, 160 : 1159-63.

Elliott B. et Scott A. (2004), *Programmes and Policies to Redistribute Physicians to High Need Areas : the case of the UK*. Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C.

Gavel P. (2004), *Programs and policies to redistribute physicians to high need areas : Australia*. Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C.

Grumbach K., Cofman J., Liu R. et al. (1999), *Strategies for increasing physician supply in medically underserved communities in California*. California Policy Research Center, Bekerley.

Hann M. et Gravelle H. (2004), The maldistribution of general practitioners in England and Wales : 1974-2003. *British Journal General Practice*, 54 (509) : 894-98.

Holub L. et Williams B. (1996), The general practice of general program, development and implementation : progress to date. *The Australian journal of Rural Health*, 4 : 117-27.

Kamien M. (1998), Staying in or leaving rural practice : 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions. *Medical Journal of Australia*, 169 : 318-21.

Kopetsch T. (2003), German experience of planning medical installations. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 43 (3) : 529-44.

Maynard A. et Walker A. (1997), *The physician workforce in the United Kingdom : issues, prospects, and policies*. Nuffield series : 1-59.

Organisation Mondiale de la Santé (2006), *Rapport sur la santé dans le monde : Travailler ensemble pour la santé*. OMS. Genève.

Pathman D.E., Konrad T.R., King T.S. et al. (2004), Outcomes of state's scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Medicine Care*, 42 (6) : 560-680.

Pathman D.E., Steiner B.D., Jones B.D. et al. (1999), Preparing and retaining rural physicians through medical education. *Academic Medicine*, 74 (7) : 810-20.

Pathman D.E., Konrad T.R., Ricketts T.C. (1992), The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of 9 years follow-up study. *The Journal of the American Medical Association*, 268 (12) : 1552-58.

Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W. et al. (2005), Long-Term Retention of Graduates from a Program to increase the supply of Rural Family Physicians. *Academic Medicine*, 80 (8) : 728-32.

Rabinowitz H.K. et al. (1999), A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas : impact after 22 years. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (3) : 255-60.

(suite de la bibliographie p. 6) ➔

Références bibliographiques (suite)

Rabinowitz H.K. Diamond J.J., Markham F.W. *et al.* (1999), Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. *Journal of Rural Health*, 15 (2) : 212-18.

Rolfe I.E., Pearson S.A., Cleary E.G. *et al.* (1999), Attitudes towards community medicine : a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Medical Education*, 33 (8) : 606-11.

Rolfe I.E., Pearson .A., O'Connell D.L. *et al.* (1995), Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection *versus* undergraduate medical education at Newcastle. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 25 (5) : 512-17.

Sibbald B. (2005), *Putting general practitioners where they are needed : an overview of strategies to correct maldistribution*. National Primary Care Research and Development centre, University of Manchester : 1-15.

Simoens, S. et Hurst J. (2006), The Supply of Physician Services in OECD Countries (Organisation of Economic Cooperation and Development). *OECD health working paper*, Paris, 21 : 1-62.

US. General Accounting Office (2003), *Physician supply increased in metropolitan and nonmetropolitan areas but geographic disparities persisted*. Washington D.C.

Ward T. (2004), *Is there light at the end of the tunnel – Can we resolve the physician distribution challenge in Canada ?* Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9. Washington D.C.

Pour en savoir plus, le rapport complet

Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France

Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi

► Les objectifs de cette étude sont de recenser les mesures publiques visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé en France, d'analyser leurs caractéristiques (nature, évaluation, efficacité...) et de les mettre en perspective, notamment au regard de la littérature internationale. Ce rapport en présente les principaux enseignements au travers des trois parties suivantes :

- une revue de la littérature internationale, consacrée à l'évaluation des politiques visant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé ;
- un recensement et une analyse des mesures nationales visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé ;
- l'identification et l'analyse des mesures régionales et locales au moyen d'une enquête par questionnaire menée en 2005 auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et d'entretiens ciblés dans trois régions.

...

Ce rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante :

http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/rap2006/rap1635.pdf

La version papier est en vente au prix de 18 € (+ 3,50 € pour les frais de port).

Toute commande doit être adressée à l'IRDES, Service diffusion, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris.

Une seconde synthèse concernant les mesures françaises sera publiée prochainement dans la série Questions d'économie de la santé.

