

# 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) du ministère de la Santé et des Solidarités. 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.

Dans un précédent *Questions d'économie de la santé*, les politiques conduites à l'étranger visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé ont été analysées à partir d'une revue de la littérature internationale. Ce *Questions d'économie de la santé* présente les politiques mises en œuvre en France concernant plus spécifiquement les médecins.

### Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France

Yann Bourguéil, Julien Mousquès, Anna Marek, Ayden Tajahmadi

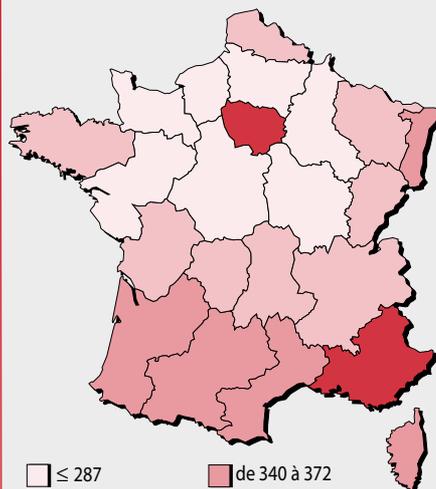
Malgré une densité médicale aujourd'hui à son plus haut niveau historique, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français. Cette situation risque de s'accroître avec la baisse du nombre de médecins annoncée dans les dix années à venir.

Pendant longtemps, l'augmentation du nombre de médecins formés et la modulation régionale du *numerus clausus* et des postes d'internes ont été les seules mesures prises pour tenter d'atténuer les déséquilibres.

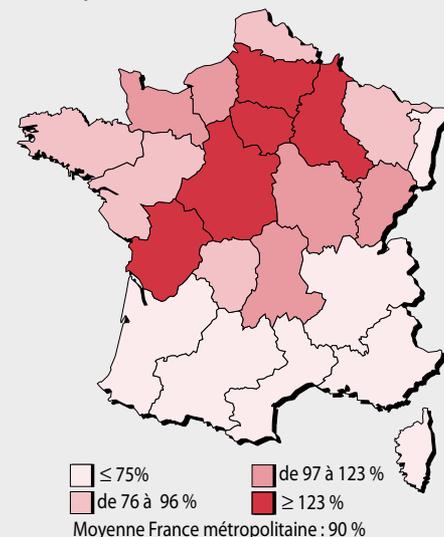
Récemment, de nouvelles mesures pour inciter à l'exercice dans les zones en difficulté, rurales ou urbaines, ont été mises en place. Au niveau national, l'État et l'Assurance maladie privilégient les aides financières à l'installation ou au maintien en exercice et les outils d'information. À l'échelle régionale, les mesures portent principalement sur la formation et soutiennent les initiatives des professionnels de santé visant à s'organiser autrement (médecine de groupe, délégation des tâches, télémédecine). Si peu de mesures ont été évaluées à ce jour, certains résultats peuvent toutefois être soulignés. Ils sont complétés par des enseignements issus de la littérature internationale.

#### Densité de médecins et modulation régionale du *numerus clausus*

Densité de médecins pour 100 000 habitants en France métropolitaine en 2005



Taux de croissance (%) du *numerus clausus* pour 100 000 habitants entre 1997 et 2005



C'est dans les régions ayant les plus faibles densités médicales que le *numerus clausus* (nombre d'étudiants en 2<sup>e</sup> année de médecine) a été relevé le plus fortement, comme dans les régions Centre et Picardie à l'inverse de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Seule la région Ile-de-France fait exception.

Source : Eco-Santé Régions 2007 et données DREES (Adeli)

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](mailto:document@irdes.fr)  
Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
Chantal Cases

Rédactrice en chef technique :  
Nathalie Meunier

Relecteurs :  
Michel Naiditch, Aurélie Pierre

Correctrice :  
Martine Broido

Maquettiste :  
Nicole Guervin

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

## Des inégalités de répartition anciennes qui risquent de s'accroître

Les inégalités de répartition des médecins sont anciennes et n'ont été que faiblement réduites en vingt ans. En effet, dans un contexte de forte progression du nombre de médecins diplômés et de la densité médicale, la modulation régionale du *numerus clausus* et des flux de spécialités n'ont pas permis d'assurer un rééquilibrage interrégional ou interdépartemental significatif des médecins. Ainsi, le resserrement des densités médicales régionales et départementales autour de la moyenne nationale est modéré. L'écart entre la densité médicale des régions les plus dotées et les moins dotées s'est réduit de 20% à peine entre 1985 et 2005, passant de 1,98 à 1,62. Aujourd'hui, cet écart varie selon les spécialités avec une différence interrégionale maximale de 50% pour les médecins généralistes, et du simple au double pour les spécialistes.

2 Dès lors, la hiérarchie régionale, comme départementale, ne s'est pas modifiée et les régions les moins bien dotées en 1985 le sont toujours en 2005. Par ailleurs, selon les projections conduites par la DREES en 2004, dont certaines hypothèses sur la répartition régionale et par spécialités sont aujourd'hui remises en cause<sup>1</sup>, les régions dont la population devrait diminuer fortement (Auvergne, Champagne-Ardenne et Limousin) et dont la densité médicale actuelle est basse seraient celles pour lesquelles le rééquilibrage sera le plus fort dans les années à venir.

1 L'instauration de l'épreuve classante nationale en 2004, 2005 et 2006 a conduit à une modification de la répartition généralistes/spécialistes (ciblée à 50/50) dans le choix des postes d'internes qui s'avère être inférieure à 40% pour les généralistes et très variable selon les régions depuis 2004.

2 Un territoire est considéré comme problématique dans ces deux études de la CNAMTS et de la DREES, ici respectivement une zone de recours ou un canton, dès lors qu'il combine une densité faible de praticiens, une activité forte par praticien et un recours aux soins peu important par assuré.

3 Signalons que ce type de mesures a également été adopté pour d'autres professionnels libéraux de premier recours, pour lesquels la répartition territoriale pose le même type de problème que celle des médecins. Par exemple, le nombre de places a également été augmenté dans les instituts de formations en soins infirmiers.

L'augmentation générale des densités n'a donc pas permis un rééquilibrage satisfaisant. Qu'en sera-t-il dans un contexte annoncé de diminution des effectifs? Cette question se pose d'autant plus qu'à cette baisse s'ajoute l'évolution de la structure du corps médical – vieillissement et féminisation – et de nouvelles attentes des médecins en termes de conditions de travail et de qualité de vie, qui jouent sur le choix du lieu d'installation et les formes d'exercice. Cette nouvelle donne se traduit d'ores et déjà par des difficultés pour maintenir une offre de soins de proximité dans certaines zones rurales ou urbaines. Si, aujourd'hui, la population résidant sur un territoire considéré comme problématique en termes d'accès au généraliste n'excède pas 5% de la population totale métropolitaine selon deux études de la CNAMTS et de la DREES<sup>2</sup>, cette proportion risque de croître dans les dix années à venir.

Le maintien des inégalités de répartition et la perspective d'une tension à venir sur l'offre de soins ont conduit depuis peu les pouvoirs publics, à l'échelle nationale et locale, à mettre en place des mesures pour maintenir ou mieux répartir les professionnels de santé sur les territoires. Le Plan de démographie médicale publié en janvier 2006 à la suite des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) vise à rééquilibrer et à dynamiser l'implantation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire autour de trois actions : rendre visibles les incitations financières et en proposer de nouvelles ; relever le nombre de médecins en formation, tenter de les fidéliser au niveau régional et les inciter à se tourner davantage vers la médecine générale ; inciter au recours à des modes d'exercice innovants susceptibles d'améliorer la productivité.

Dans ce cadre, nous présentons les principales mesures prises au niveau national et, à partir d'une enquête, nous tentons de répertorier les multiples actions menées à l'échelon régional, voire infrarégional qui, sans explicitement rechercher le maintien des professionnels de santé sur le territoi-

re régional, poursuivent de fait cet objectif en soutenant par exemple la formation et l'évolution des organisations de travail des professionnels de santé locaux. Enfin, nous tirons quelques enseignements à partir de l'évaluation de certaines de ces mesures et de la littérature internationale.

## Au niveau national : la primauté des mesures financières

Les mesures prises à l'échelle nationale relèvent soit de l'État (législatives ou réglementaires) soit de l'Assurance maladie (conventionnelles ou contractuelles). Initialement limitées à la régulation nationale et régionale du nombre de médecins formés, les mesures récentes s'appuient davantage sur des incitations financières pour favoriser l'installation ou le maintien en exercice dans des zones considérées comme prioritaires, urbaines ou rurales. Une partie des mesures prises par l'État donne lieu à une mise en œuvre régionale ou locale, sur une base contractuelle, directement par les collectivités territoriales ou leurs regroupements.

### Les mesures non financières sur la formation et l'information à l'installation

Depuis 1997, le *numerus clausus*, nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine, a été relevé constamment pour être pratiquement doublé en neuf ans (3 583 en 1997 pour atteindre 7 100 en 2006)<sup>3</sup>. L'augmentation régionale du *numerus clausus* a varié de 80% (Provence-Alpes-Côte d'Azur) à 149% (Poitou-Charentes) en valeur absolue. Ramenée à la population, cette augmentation est encore plus marquée entre les régions et témoigne d'un effort de rééquilibrage régional du nombre de médecins formés. Cette correction ne garantit cependant pas que les jeunes médecins diplômés s'installeront dans la région où ils ont fait leurs études (cf. cartes p. 1).

La répartition des postes d'internes de spécialités selon les régions afin de rééqui-

librer les disparités régionales de spécialistes a été annoncée dans le Plan démographie 2006. L'analyse de la répartition régionale des postes de spécialités proposés au choix pour l'année universitaire 2006-2007 ne montre cependant pas de rééquilibrage net<sup>4</sup>.

Enfin, une disposition visant à favoriser l'exercice en hôpital général stipule que les internes autres que de médecine générale doivent réaliser au moins deux semestres dans des hôpitaux non universitaires, le plus souvent les moins prisés.

L'impact de ces mesures est toutefois atténué par une circulaire<sup>5</sup> qui stipule que le nombre de stages offerts aux étudiants doit être significativement supérieur au nombre d'étudiants concernés. Cette décision va à l'encontre des politiques conduites depuis plusieurs années dans certaines régions (Aquitaine, Alsace, Lorraine) qui permettait, en limitant le nombre de places, d'assurer que les postes dans les disciplines délaissées ou dans les environnements déficitaires soient pourvus.

Signalons également que la mise en place d'un stage de deux mois en médecine générale en cabinet de ville, projet qui remonte à plus de dix ans<sup>6</sup>, devrait être effective pour l'année 2007-2008<sup>7</sup>, et favoriser ainsi une meilleure visibilité de la médecine générale pour les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle.

Si les mesures précédentes portant sur la période des études émanent principalement de l'État, l'Assurance maladie intervient au moment de l'installation en proposant deux outils complémentaires d'information au niveau régional. Le premier, l'outil cartographique CartoS@nté, permet de visualiser sur un territoire donné, jusqu'au niveau communal, l'offre et l'activité des professionnels de santé. Le second outil, InstalS@nté, recense et informe sur la nature des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones définies comme prioritaires par les Missions régionales de santé (MRS). Toutefois, l'accompagne-

### Aides financières aux étudiants, à l'installation et au maintien des médecins

Parmi les nouvelles aides financières, certaines sont destinées aux étudiants ou à l'installation dans des zones jugées prioritaires par les Missions régionales de santé.

Les aides financières aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle de médecine, aujourd'hui mises en œuvre par certaines régions, comportent :

- des indemnités de logement (plafonnées à 20% des émoluments forfaitaires mensuels de 3<sup>e</sup> année d'internat, soit 400 euros par mois) et de déplacement (indemnités kilométriques à fixer) aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages en zones déficitaires;

- des indemnités d'études (plafonnées au montant annuel des émoluments de 3<sup>e</sup> année d'internat pour chaque année d'études de 3<sup>e</sup> cycle suivant la signature du contrat, soit 24 000 euros par an) et de projet professionnel à tout étudiant à partir de la première année du 3<sup>e</sup> cycle s'il s'engage à exercer comme généraliste au moins cinq ans en zone déficitaire.

La mise en œuvre des aides financières à l'installation ou au maintien des médecins requiert la signature de conventions entre les collectivités qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces aides comportent :

- des exonérations de l'impôt sur le revenu pour les rémunérations versées au titre de la permanence des soins pour les médecins ou leurs remplaçants dans la limite de 60 jours par an;

- une prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement, une mise à disposition de locaux et de logement, un versement de primes à l'installation ou à l'exercice et une compensation de la TVA pour les investissements réalisés par les collectivités territoriales au profit de l'installation des professionnels de santé.

ment et le suivi de l'installation des professionnels par les Caisses primaires d'assurance maladie restent peu développés dans la pratique.

### Un large éventail d'incitations financières le plus souvent non évaluées

Deux mesures visent à valoriser spécifiquement des postes hospitaliers : d'une part, la création de postes de praticiens hospitaliers dits « prioritaires », qui donne droit à une allocation spécifique de 10 000 € pour un engagement d'une durée de cinq ans<sup>8</sup>; d'autre part, la création de postes d'assistants hospitalo-universitaires et de chefs de clinique donnant accès au secteur 2. Ces deux mesures n'ont pas démontré leur efficacité puisque ces postes ne sont toujours pas mieux pourvus que les autres. En effet, la création de postes de praticiens hospitaliers prioritaires, qui concernent avant tout les régions et les disciplines déficitaires, n'a pas démontré d'attractivité significative des médecins<sup>9</sup>. La création de postes d'assistants et chefs de clinique permettant l'accès au secteur 2 ne donne pas de meilleurs résultats, les postes d'assistants hospitalo-

universitaires proposés n'étant toujours pas pourvus.

Toutes les autres mesures législatives ou réglementaires concernent l'exercice libéral. Elles donnent droit à des exonérations fiscales ou de charges dans le cas d'exercice ou d'installation dans des zones particulières (zone franche urbaine, zone de revitalisation rurale, communes de moins de 10 000 habitants). Elles s'inscrivent dans des politiques d'incitation à l'aménagement du territoire. La plus ancienne remonte à 1996<sup>10</sup> et stipule que les

4 Arrêtés du 25 mai et du 19 juin 2006 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégions et par discipline, ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre des années universitaires 2005-2006 et 2006-2007.

5 Circulaire DGS/SD2C/2004/446 du 20 septembre 2004, relative aux choix des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales pour l'année universitaire 2004-2005.

6 Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JO n° 72 du 26 mars 1997.

7 Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JO n° 273 du 25 novembre 2006.

8 Circulaire DHOS/M/2001/610 relative aux postes à recrutement prioritaire du 12 décembre 2001.

9 Selon une évaluation nationale conduite par la DHOS pour les années 2002, 2003, 2004, donnant lieu à une note de service de M. Bernard Chenevière.

10 Loi n° 96-987 du 14 novembre 1996.

médecins exerçant dans des communes de moins de 10 000 habitants ou en zone franche urbaine peuvent prétendre à des exonérations fiscales partielles pendant deux ans (sur les bénéfiques ou les revenus) et de charges sociales pendant cinq ans.

Plus récemment, la loi relative au développement des territoires ruraux<sup>11</sup> offre la possibilité aux collectivités territoriales et leurs regroupements d'octroyer trois grandes séries de nouvelles mesures financières à trois échelons géographiques différents :

- dans les communes de moins de 2 000 habitants ou dans les zones de revitalisation rurale : exonération de la taxe professionnelle, pour une période de deux à cinq ans, à compter de l'année suivant la première installation à titre libéral dans ces communes ou zones ;
- dans les zones de revitalisation rurale : exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant cinq ans, et dégressive durant les neuf ans qui suivent ;
- dans des zones définies comme prioritaires et arrêtées par les Missions régionales de santé : aides financières aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle de médecine (indemnités de logement et d'études) ou à l'installation ou au maintien des médecins (exonérations d'impôts et prise en charge de frais d'investissement et de fonctionnement) (cf. encadré p. 3).

L'Assurance maladie dispose également d'aides financières dans le cadre de sa politique conventionnelle. Depuis 2005, elle a mis en œuvre des contrats de bonne pratique susceptibles de favoriser l'installation ou le maintien des généralistes exerçant dans des zones spécifiques (exercice en station de montagne, en zone franche urbaine ou rurale<sup>12</sup>). Ces contrats prévoient principalement l'obtention d'aides au remplacement ou à la vacation, voire des majorations forfaitaires, en contrepartie d'engagement à l'exercice sur une durée déterminée (cf. encadré ci-dessous).

Il semble que, d'après une première évaluation conduite par la CNAMTS à la fin 2005, ces contrats attirent peu de médecins, le taux d'adhésion des médecins éligibles étant systématiquement inférieur à 10 %.

Enfin, faisant suite aux démarches nationale et régionale par les Missions régionales de santé visant à définir des zones prioritaires, l'Assurance maladie a mis en œuvre deux nouvelles incitations :

- les soins dispensés ou prescrits par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral dans ces zones sont exonérés des pénalités du parcours de soins pendant une durée de cinq ans<sup>13</sup> ;
- le montant des consultations et visites réalisées par les généralistes exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire dans ces zones est majoré de 20 %<sup>14</sup>. L'aide est versée directement par l'Assurance maladie, sans dépense supplémentaire pour les patients.

### **Au niveau régional : des mesures variées avec un accent fort sur la formation et les conditions d'exercice**

L'enquête auprès des comités régionaux de l'Observatoire national des professions de santé (cf. encadré p. 5) permet un recensement, même s'il n'est pas exhaustif, des mesures prises au niveau des régions pour améliorer la répartition géographique et disciplinaire des professionnels de

### **Les contrats de bonne pratique**

Proposés par l'Assurance maladie, les contrats de bonne pratique, relatifs à l'exercice de la médecine générale en milieu rural ou en zone franche urbaine, prévoient une indemnité de remplacement de 300 euros par jour dans la limite de 10 jours par an en contrepartie d'un engagement de trois ans à l'exercice dans ces zones.

De plus, il est prévu en zone franche urbaine une prise en charge à hauteur de 240 euros par vacation d'une demi-journée, dans la limite de dix jours par an, consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale.

Enfin, d'une toute autre nature, le contrat de bonne pratique relatif à l'exercice en zone de montagne prévoit l'octroi d'une majoration de 2 000 euros en contrepartie d'un engagement à l'exercice de trois ans dans cette zone.

santé. Les mesures les plus fréquemment citées portent sur les conditions d'exercice et la formation des médecins mais aussi de certaines professions paramédicales. En revanche, les initiatives prises à l'échelon infrarégional visant à faciliter l'installation (lieux d'exercice et équipement) sont peu documentées.

Peu de mesures sont analysées pour l'instant, bien que l'évaluation soit prévue dans les textes. Nous présentons les quelques résultats disponibles.

### **Les mesures sur la formation : informer et aider financièrement**

Parmi les mesures concernant la formation, il convient de distinguer celles qui sont préalables à l'entrée dans la formation de celles qui visent à agir pendant la formation des professionnels de santé.

Les mesures avant la formation consistent surtout en des actions d'information et de promotion des métiers de la santé, et visent pour la plupart les professions non médicales.

Concernant les mesures intervenant pendant la formation, nous distinguons les mesures d'information et de sensibilisation des mesures d'incitation aux choix des disciplines ou aux environnements déficitaires. Les premières concernent principalement la sensibilisation à des terrains de stages particuliers – en hôpital local ou en zone rurale par exemple – ainsi que l'information et la promotion de pratiques spécifiques, comme l'exercice de la médecine générale en zone déficitaire. Les secondes se présentent généralement sous la forme de bourses d'études, sous conditions de stage ou d'installation dans la région. Deux types de bourses d'étu-

11 Loi n° 2005-157 du 23/02/2005, articles : 114 (1464 D du code général des impôts), 38 et 38 bis, 108 et 111.

12 Cette dernière est définie par l'exercice dans un cabinet éloigné d'au moins 20 minutes d'un service d'urgence et situé dans un canton dont la densité de généralistes est inférieure à 3 pour 5 000 habitants.

13 Loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2006, article 42, décret d'application 2006-1 adopté le 02/01/2006.

14 Avenant n° 20, à la convention nationale du 12 janvier 2005, signé le 7 février 2007 et non publié au JO.

## L'enquête auprès des Comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (CR-ONDPS)

### Objectifs et déroulement de l'enquête

L'enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS menée en 2005<sup>1</sup> avait pour objectif de recenser et d'évaluer les mesures mises en œuvre dans les régions, visant à inciter les professionnels de santé à exercer dans certains lieux de soins particuliers ou à choisir des spécialités particulières.

Cette enquête s'est appuyée principalement sur l'envoi d'un questionnaire auprès des comités CR-ONDPS et a été complétée par la réalisation d'entretiens à l'échelle

régionale et nationale. Il s'agit donc d'une enquête déclarative, qui ne garantit en aucune façon l'exhaustivité du recueil de l'information<sup>2</sup>.

Le taux de réponse des CR-ONDPS est très élevé, de l'ordre de 85%. Sur les 26 comités régionaux, 4 – soit 15% d'entre eux – n'ont pas été en situation de répondre dans les délais impartis (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion).

Au total, sur les 207 mesures signalées initialement

dans le cadre de l'enquête, 137 mesures ont été incluses et ont donné lieu à analyse. L'exclusion de 70 mesures a été justifiée soit parce qu'il s'agissait de la déclinaison régionale ou locale d'une mesure nationale, soit parce que la mesure ne visait pas explicitement à répondre à un problème de répartition professionnelle, disciplinaire ou géographique, soit enfin parce que les informations fournies n'étaient pas suffisantes pour documenter correctement la mesure.

### Répartition des mesures régionales et acteurs impliqués dans leur mise en œuvre

#### La moitié des régions françaises concentrent la plupart des mesures

Dix régions<sup>3</sup> concentrent la quasi-intégralité (plus de 98%) des mesures recensées. Parmi ces dix régions, sept peuvent être considérées comme moins favorablement dotées en médecins par rapport à la densité moyenne, et donc sujettes à des problèmes de déséquilibres dans la répartition de l'offre de soins. Le lien entre intensité de l'action et réalité des problèmes de répartition des ressources humaines se vérifie donc le plus souvent même si l'on observe par ailleurs une absence de dynamique dans certaines régions sous ou mal dotées<sup>4</sup>.

Néanmoins, cette absence peut provenir de plusieurs biais : les mesures déclarées par les CR-ONDPS reflètent leur plus ou moins grande capacité à recenser des actions menées par les acteurs locaux, et non identifiées à l'échelon de la région. En outre, une densité médicale inférieure à la moyenne nationale n'induit pas nécessairement la perception d'un problème au niveau de la région ; à l'inverse, la densité médicale globale peut masquer des disparités à des échelons inférieurs ou entre professions. Cela peut expliquer que certaines régions à forte densité médicale mènent des actions pour améliorer la répartition des professionnels de santé.

#### Une multiplicité d'intervenants

Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces mesures sont principalement les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) qui agissent par le biais des dotations régionales de développement des réseaux (DRDR) et des Fonds d'aides à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Les conseils régionaux interviennent dans une moindre mesure et principalement par le biais de soutiens financiers (bourses d'études, investissements dans le bâti et l'équipement).

des ont été mis au jour dans l'enquête, au sein de la région Bourgogne et du département de la Manche : il s'agit, dans le premier cas, d'inciter les médecins à effectuer un stage en médecine générale dans des zones défavorisées, et dans le second cas, d'inciter les médecins originaires du département à s'y installer. De ces deux expériences – qui concernent respectivement 10 et 5 médecins – il apparaît que les coûts induits en limitent la généralisation.

Signalons que ce type de mesures a également été instauré pour les professions paramédicales (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et sages-femmes). Pour ces professions, les bourses d'études ont un impact contradictoire : assez positif dans le cas de la Bourgogne pour l'installation d'infirmières et de sages-femmes dans des établissements défavorisés, et plutôt négatif dans le cas de la Haute-Normandie (infirmières) ou de la Picardie (masseurs-kinésithérapeutes) ; en effet, les demandes de remboursement sont fréquentes, et les installations dans la région peu nombreuses.

#### Les mesures sur les conditions d'exercice : soutenir et financer les innovations

Les mesures régionales concernant les conditions d'exercice portent principalement sur le soutien et le financement des formes d'organisation de soins innovantes et sur l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Actuellement, ces organisations sont financées par les fonds d'innovation (Fonds d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville et Dotations régionales des réseaux) et les régions. La pérennisation des frais de fonctionnement, notamment les rémunérations complémentaires des professionnels (forfaits des médecins pour les réunions, salaires des coordinateurs...), n'est pas garantie.

Ces modes d'organisation innovants renvoient principalement aux maisons médicales pluriprofessionnelles, ainsi qu'à des dispositifs de permanence des soins.

1. Déjà mise en œuvre en 2004 par l'ONDPS, cette enquête a été élargie en 2005 afin d'en accroître l'exhaustivité.

2. En effet, si dans la plupart des régions, les CR-ONDPS ont une bonne connaissance de l'existant, il est arrivé qu'ils ne disposent que d'une information partielle, ce qui a rendu nécessaire le contact d'autres interlocuteurs investis dans des actions visant à améliorer la régulation géographique des professionnels de santé sur le territoire, comme les URCAM, les URML et les élus (conseil régional, conseil général, communes et leurs regroupements).

3. Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais.

4. Auvergne, Centre, Limousin, Pays-de-la-Loire, Picardie, Poitou-Charentes.

Les maisons médicales peuvent être de dimension variable : du cabinet médical mono-spécialité susceptible d'accueillir, à terme, d'autres professionnels de santé, à la maison médicale pluriprofessionnelle incluant des consultations de médecine générale mais aussi des soins fournis par d'autres professionnels de santé, voire des spécialistes. À noter que la réflexion préalable quant au choix et à la pertinence de la localisation géographique n'est pas toujours présente. Il s'agit plus souvent du soutien de projets portés par les professionnels que de l'impulsion d'un pilotage régional. L'impact de ces maisons médicales sur l'amélioration du maillage du territoire, voire de la qualité des soins, n'est pas encore documenté. Les dispositifs de permanence des soins semblent quant à eux susceptibles de répondre au problème de la couverture de l'urgence et de la continuité des soins (diminution du temps d'accès ou de l'encombrement des urgences). Cependant, leur efficacité reste non démontrée.

Les mesures facilitant l'accès aux nouvelles technologies renvoient principalement aux projets de télémédecine. Toutefois, l'ampleur de ces dispositifs reste encore modeste : ils concernent peu de professionnels ou d'actes. En outre, les coûts induits sont souvent mal connus, et parfois considérés comme un frein à la généralisation de ces expériences.

D'autres mesures régionales visent également à favoriser l'installation des médecins et se répartissent à parts égales en actions d'aide à la décision d'installation ou d'accompagnement à l'installation en médecine de ville, et en actions de recrutement

à l'hôpital. Les mesures favorisant la qualification et la promotion professionnelles concernent essentiellement les professions non médicales.

### Synthèse et enseignements de l'analyse de la littérature internationale

Nous présentons ci-après les principaux résultats de notre étude mis en regard avec l'analyse de la littérature internationale sur les politiques visant à mieux répartir les professionnels de santé (cf. *Questions d'économie de la santé* n° 116).

Les mesures nationales adoptées en France portent principalement sur les médecins et correspondent aux deux types de politiques les plus mises en œuvre à l'étranger : saturation de l'offre par l'augmentation globale du nombre de médecins d'une part, et développement de stratégies incitatives exclusivement financières portant sur la formation initiale, l'installation ou le maintien des professionnels d'autre part. Cependant, l'analyse de la littérature montre que ces mesures semblent n'avoir qu'une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme.

L'adaptation de la formation – notamment par le recours plus fréquent aux stages en hôpital général, ou en médecine ambulatoire pour sensibiliser les étudiants à ces formes de pratique – ainsi que l'aide et le suivi à l'installation font l'objet de mesures nationales et régionales encore modérées et disparates. D'après la littérature, ces mesures donnent des résultats plus favorables, notamment les politiques ciblant 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.

Plusieurs mesures nationales ou régionales adoptées en France sont inscrites dans des lois d'aménagement des territoires ou s'articulent avec des politiques régionales de développement local. La prise en

compte de l'aménagement des cadres de vie, dimension pouvant influencer sur le choix des professionnels à s'installer, est considérée comme un élément important dans la littérature.

L'enquête menée auprès des régions révèle de nombreuses démarches, portées par de multiples acteurs dont le but est de favoriser le maintien ou l'installation de professionnels de santé en leur offrant de nouvelles formes d'exercice et d'organisation. Vraisemblablement sous-estimées dans notre enquête, ces démarches témoignent à la fois d'une inquiétude et d'une mobilisation importante des acteurs locaux. La multiplicité des interventions présente un risque bien identifié par la littérature de concurrence entre les opérateurs, hôpitaux, collectivités territoriales, État et Assurance maladie.

\* \* \*

Au terme de cette étude sur les politiques visant à améliorer la répartition géographique des médecins sur les territoires, nous tenons à souligner :

- le rôle que peuvent jouer les facultés de médecine en sensibilisant les étudiants sur les formes futures de l'exercice, notamment en ambulatoire, mais également en les formant aux nouvelles façons de pratiquer ;
- la nécessité de la coordination des mesures, des acteurs et des institutions intervenant pour répartir au mieux la ressource humaine en adéquation avec les besoins des populations. À ce titre, l'échelon régional paraît être le bon niveau de pilotage et de mise en cohérence des projets, des acteurs et des actions à partir d'une analyse partagée des problèmes ;
- l'importance d'évaluer précisément les politiques publiques passées et actuelles aussi bien en termes de mise en œuvre effective qu'en termes de résultats.
- enfin, une attention particulière nous paraît devoir être portée sur l'évaluation des effets de transferts financiers qui peuvent s'opérer entre les différents acteurs prenant part à ces politiques, notamment entre les niveaux local et national.

#### Pour en savoir plus

Bourgueil Y., Mousquès J et Tajahmadi A.  
*Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France.*  
 Rapport IRDES n° 1635.  
 Voir aussi la synthèse publiée dans le *Question d'économie de la santé* n° 116.