

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

Rapport n° 534 (biblio n° 1635) Juin 2006

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-337-9

Préambule

Cette étude a été réalisée à la demande de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), elle prolonge et approfondit un premier bilan publié dans le tome 4 du rapport de l'ONDPS 2004.

Ce rapport est 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 155-164).

Sur ce thème, deux autres publications sont à paraître dans la série " Questions d'économie de la santé " éditée par l'IRDES.

Cette étude a bénéficié d'un financement de la part de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques¹ (DREES).

1. Convention DREES - IRDES n° 05000087 du 13 mai 2005.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier vivement :

- les interlocutrices ayant accepté de répondre à nos questions sur la politique conduite au niveau national ou régional : Mme Willaume (Direction de la Sécurité sociale), Mme de Belleville (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Aquitaine), Mme Reynot (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Ile-de-France) ;
- l'ensemble des membres des comités régionaux de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et les équipes de l'Assurance maladie (CNAMTS et URCAM) mobilisées pour répondre aux questionnaires présentant les mesures mises en œuvre dans les régions et ayant accepté de répondre à nos demandes d'information ;
- Catherine Banchereau, avec le précieux concours de Martine Broïdo, de l'Irdes, pour la relecture et la mise en forme de l'ensemble des questionnaires présentant les mesures mises en œuvre dans les régions ;
- Martine Burdillat et Anne Burstin de l'ONDPS ; Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli et Nathalie Meunier de l'Irdes, pour leurs relectures et leurs propositions de reformulation ;
- Khadidja Ben Larbi et Aude Sirvain pour la mise en page de ce rapport.

Sommaire

Introduction	9
1. Les résultats de la revue de la littérature	13
1.1. Tous les pays développés sont confrontés au problème des inégalités de répartition géographique des professionnels de santé	15
1.2. La mise en œuvre de politiques spécifiques	16
1.2.1. Les mesures concernant la formation initiale des professionnels de santé : des politiques de nature très différente aux effets contrastés	16
1.2.2. Les outils réglementaires de la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques : une efficacité discutable	17
1.2.3. Les incitations financières à l'installation ou à la rétention : une influence modérée pour des coûts élevés	18
1.2.4. La mise en œuvre d'organisations novatrices ou de politiques d'aménagement du territoire des politiques peu mobilisées	18
1.3. Principaux enseignements de la littérature	18
2. Les mesures au niveau national	21
2.1. Les mesures réglementaires et législatives de l'Etat	23
2.1.1. Les textes relatifs à la réforme de l'organisation du troisième cycle	23
2.1.2. Les postes de praticien hospitalier à recrutement prioritaire et d'assistant et chef de clinique donnant accès au secteur 2	23
2.1.3. Les autres mesures fiscales et d'aide aux études	24
2.2. Les mesures, conventionnelles ou non, mise en œuvre par les différents échelons de l'Assurance maladie	27
2.2.1. Les dispositifs URCAMs cartos@nté et instal@nté	27
2.2.2. Les contrats de bonne pratique	27
3. L'Enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS	31
3.1. Objectifs de l'enquête	33
3.2. Méthode et déroulement de l'enquête	33
3.3. L'analyse des mesures	33
3.3.1. La moitié des régions françaises concentrent la plupart des mesures	40
3.3.2. Une multiplicité d'intervenants	40
3.3.3. Une approche cloisonnée de la force de travail en santé avec un accent particulier sur les infirmières	41
3.3.4. Les mesures régionales portent principalement sur les conditions d'exercice, le recrutement, la formation et l'installation	42
3.3.5. Des mesures pratiquement jamais évaluées	43
3.3.6. Trois exemples de politique régionale coordonnée	44
Conclusion	47
Bibliographie	51

Annexe 1 :

Le questionnaire adressé au CR-ONDPS pour documenter chaque mesure 57

Annexe 2 :

Glossaire..... 63

Annexe 3 (annexe téléchargeable sur le site de l'IRDES à l'adresse suivante :

http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/rap2006/rap1635ann3.pdf) :

Les réponses des CR-ONDPS par région 71

Alsace 73

Aquitaine..... 77

Basse Normandie 93

Bourgogne 121

Champagne Ardenne..... 141

Franche comte..... 211

Haute-Normandie..... 223

Ile-de-France..... 247

Lorraine 289

Midi-Pyrénées 311

Nord-Pas-de-Calais 327

Pays de la Loire 353

Picardie 359

Poitou-Charentes 375

Provence-Alpes-Côte d'Azur..... 381

Rhone-Alpes 387

Introduction

Introduction

Cette étude a pour objectif de recenser, d'analyser et de mettre en perspective - au regard de la littérature internationale - les mesures publiques, évaluées ou non, visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé.

Plusieurs niveaux d'intervention sont concernés par la définition et la mise en œuvre de ces mesures :

1. Au niveau national : il s'agit des mesures réglementaires et législatives de l'Etat (modification du code de déontologie ; exonérations de la taxe professionnelle, de charges sociales, d'impôts...) ou de mesures principalement conventionnelles de l'Assurance maladie (contrat de bonne pratique...);
2. Au niveau régional ou local : il s'agit soit de la déclinaison des mesures nationales précitées, soit de mesures d'autres natures. Dans ce dernier cas, elles peuvent être impulsées par différentes aides au financement de projets en médecine de ville ou par le soutien des collectivités locales et territoriales. Le financement de projets en médecine de ville repose notamment sur les fonds cogérés par les Unions régionales des caisses de l'assurance maladie (URCAM) et les Unions régionales des médecins libéraux (URML) qui visent notamment à soutenir des innovations organisationnelles en ambulatoire¹. L'action des collectivités locales et territoriales porte plus particulièrement sur l'aide à la formation ou à l'aménagement du territoire (investissements de la part des conseils généraux, des conseils régionaux, des communes et/ou de leurs regroupements - les communautés de communes et les pays).

1. Il s'agit notamment du fonds d'aide à la qualité des soins de ville ou le fonds d'orientation et de réorganisation de la médecine libérale.

L'étude s'articule autour de trois axes :

- une large revue de la littérature nationale et internationale, consacrée à l'évaluation des politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographiques des professionnels de santé. Elle fournit un cadre pour l'analyse de ces politiques et permet de tirer des enseignements pour la France. Elle permet notamment de formaliser un cadre théorique pour l'analyse de ces politiques autour de la formation, de l'installation ou de la rétention des professionnels de santé ;
- une revue de la littérature, plutôt de nature grise et institutionnelle (rapports, notes de services...), sur les mesures mises en œuvre au niveau national, afin d'en assurer le recensement et d'en documenter l'impact. Elle est complétée par des entretiens avec des personnalités ressources pour préciser et compléter les résultats ;
- une enquête par questionnaire auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (CR-ONDPS), afin de recenser et documenter les mesures mises en œuvre dans les régions. Déjà initiée en 2004 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), cette enquête a été élargie en 2005. Elle a permis de recueillir les réponses de 22 régions sur 26. Au-delà du recensement, l'accent a été mis sur la recherche d'évaluations des mesures prises aussi bien au niveau national que régional. Cette enquête a été complétée par la rencontre avec plusieurs interlocuteurs régionaux et nationaux nous permettant de tirer des enseignements approfondis de plusieurs expériences régionales.

1. Les résultats de la revue de la littérature

1. Les résultats de la revue de la littérature

La revue de la littérature internationale a pour objectif principal de recenser l'ensemble des travaux et études publiés sous la forme de littérature scientifique (articles originaux...) ou grise (rapports, actes de colloques...) sur les politiques de planification et de régulation de la force de travail en santé - visant à en assurer une répartition satisfaisante - et sur leur évaluation.

La revue a porté sur les publications en langue française, anglaise et espagnole publiées entre janvier 1998 et août 2005². Parmi les 480 références sélectionnées, 72 ont été conservées après sélection à partir des résumés.

Les études recensées portent sur :

- l'évaluation de politiques volontaristes visant à former, installer ou retenir des médecins et autres professionnels en zone éloignée ;
- l'analyse des comportements des médecins ;
- les différentes méthodes de la planification des besoins en médecins ;
- la réalisation de méta-analyses et ou de comparaisons internationales.

Les références sont quasi-exclusivement anglo-saxonnes et les pays étudiés sont principalement le Canada et les Etats-Unis et dans une moindre mesure les autres pays anglo-saxons comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni le sont. Les politiques de certains pays européens : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède font l'objet d'un petit nombre de publications, essentiellement sous la forme de comparaisons internationales. Certains pays sont cités brièvement dans les publications, tandis que les pays en développement sont cités au travers de l'impact des politiques des pays développés sur leurs offres de professionnels de santé.

La prédominance de références traitant de la politique menée dans les pays anglo-saxons appelle plusieurs commentaires.

2. Les mots-clefs de la recherche bibliographique 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. Une référence a été incluse bien que n'appartenant pas à cette période d'inclusion compte tenu de la pertinence du document. 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.

Tout d'abord, il faut garder à l'esprit que les enseignements tirés de cette littérature reposent sur des systèmes de santé différents de celui de la France en termes de modes de financement et d'organisation. A l'exception des Etats-Unis, il s'agit en effet principalement de systèmes nationaux de santé, financés par l'impôt. L'organisation de l'offre de soins relève de l'Etat ou d'échelons inférieurs (états, provinces, régions...) dans le cadre d'une forte déconcentration ou décentralisation.

D'autre part, les problématiques d'offre en professionnels de santé ou de répartitions géographiques ne se posent pas avec la même acuité qu'en France. Ces pays (Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) ont en effet tous une densité inférieure à la moyenne de celle des pays de l'OCDE et la plupart d'entre eux (Etats-Unis, Canada, Australie) doivent composer avec des espaces beaucoup plus vastes que le nôtre³.

Néanmoins les questionnements restent proches de celles du système de santé français puisque la majorité de ces pays (à l'exception des Etats-Unis) régule le nombre de professionnels de santé en formation et sont confrontés à des problèmes d'inégalité de répartition géographique.

1.1. Tous les pays développés sont confrontés au problème des inégalités de répartition géographique des professionnels de santé

Deux points essentiels ressortent de l'analyse de la littérature.

La planification et la gestion des ressources humaines concernent tous les pays. Les débats régulièrement identifiés portent notamment sur :

- l'existence d'une pléthore ou d'une pénurie de médecins,
- la bonne répartition entre les spécialités (de soins primaires et de soins secondaires),

3. Selon les densités médicales de 2002 (source : Eco Santé OCDE, 2005).

- la bonne répartition entre les activités des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux.

Les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé sont abordées dans tous les pays développés. Il est frappant de constater la permanence dans le temps de cette problématique.

Pour autant, la plupart des travaux approchant ce phénomène se bornent à décrire les inégalités de répartition géographiques en fonction de critères principalement démographiques ou professionnels (âge, sexe, spécialité, lieu de formation universitaire, mode de rémunération...). C'est aussi le cas des travaux réalisés en France. Ainsi il est observé que la mobilité interrégionale, postérieure à une première installation, est faible et que l'installation se fait très majoritairement dans la région où les médecins se sont formés (Niel, 2001 ; Bessière et al, 2004)⁴.

La question des déterminants du choix du lieu d'installation a été beaucoup plus rarement traitée et le plus souvent sur des critères professionnels, limitant l'analyse au champ sanitaire et à la logique professionnelle. Ceci n'a pas favorisé l'émergence d'un cadre d'interprétation plus global pour comprendre les choix du lieu d'installation et a favorisé la mise en œuvre d'actions politiques principalement centrées sur le système de santé. Or, il s'avère que les médecins sont davantage guidés dans leur choix de lieu d'installation par des raisons d'ordre personnel (voir notamment Rabinowitz *et al.*, 1999, 2001 et 2005 ; Kamien et al, 1998 ; Felix, 2004 ; et dans le cadre français Bui, 2002) - cadre de vie, vie de famille : proximité avec la famille, travail du conjoint, scolarisation des enfants... - que par des raisons d'ordre professionnel - étude de marché ou des revenus espérés.

Il a ainsi été constaté en France, à l'instar de la majorité de la population, que les médecins sont plus sensibles aux avantages des grandes villes "favorisées bien équipées ?" qu'à ceux du milieu rural ou de l'urbain défavorisé (Couffinhal et al., 2002). Les grandes villes favorisées sont en effet plus à même, compte tenu de leur dynamisme socio-économique, d'offrir des perspectives en termes d'emploi pour les conjoints ou, compte

tenu de leur niveau d'urbanisation, d'offrir un accès confortable à des services de proximité (commerces, services de la petite enfance ou scolaire...) ou plus rares (hôpital, services culturels...).

La distinction urbain/rural n'est pas jugée comme pertinente et c'est plutôt le terme de mal desservi (d'underserved) qui est réservé à l'international. Ceci replace le problème dans un contexte de développement local et d'aménagement du territoire, au-delà d'une problématique simplement sanitaire.

1.2. La mise en œuvre de politiques spécifiques

Les politiques visant à résoudre les problèmes de répartition géographique des professionnels de santé sont orientées vers des moments différents du cycle de la formation et de l'exercice des professionnels de santé. Trois périodes, qui nécessitent des actions diverses, sont visées par ces politiques :

- la période de la formation initiale,
- la période du recrutement (arrivée sur le marché du travail),
- la période du maintien ou de la rétention des professionnels sur un territoire (après l'arrivée sur le marché du travail), objectif plus difficile à atteindre.

Bien que l'évaluation de l'impact, voire du résultat, de ces interventions repose sur une littérature peu abondante, nous pouvons retenir quelques enseignements des documents recensés⁵.

1.2.1. Les mesures concernant la formation initiale des professionnels de santé : des politiques de nature très différente aux effets contrastés

1. L'augmentation des effectifs globaux de professionnels de santé formés, dans une optique de saturation de l'offre dans les zones attractives et d'exacerbation de la concurrence (Stoddart et Barer, 1999 ; Barer et al. 1999 ; Politzer *et al.* 1999, Maynard et Walker, 1997 ; Gravelle et Sutton, 2001 ; Bloor et

4. La réforme de l'internat de 2004 pourrait modifier cet état de fait pour les généralistes, puisqu'avec l'examen national classant, ils pourront être amenés à effectuer leur troisième cycle dans une autre région que celle du deuxième cycle.

5. Voir notamment Simoens S. et Hurst J. 2006 pour une synthèse de la littérature récente dans le domaine ou encore Fournier *et al.* 2004.

Maynard, 2003 ; Cooper, 2004 ; Evans, 1998), ne constituent pas une solution au problème de la mauvaise distribution. Les exemples du Canada, des Etats-Unis ou du Royaume-Uni sont assez éclairants puisque, malgré une augmentation conséquente de la densité médicale en trente ans dans chacun de ces pays⁶, les problèmes de répartition géographique n'ont pas été résolus.

2. Les mesures visant à réformer la formation initiale sont assez développées dans les pays anglo-saxons (Australie, Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni). Elles peuvent porter sur le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans des zones mal desservies, comme par exemple ceux qui en sont originaires (Easterbrook *et al.* 1999 ; Rolfe *et al.* 1995). Elles peuvent également chercher à adapter la formation aux conditions d'exercice particulières propres aux zones mal desservies (rurales ou urbaines défavorisées) en offrant des cursus spécifiques à ce type d'exercice voire en localisant les lieux de formation initiale dans ces zones (Rabinowitz *et al.* 1999 ; Council on Graduate Education, 1998 ; Malaty et Pathman, 2002 ; Rolfe *et al.* 1999 ; Anderson, 2000 ; Bellman, 2002 ; Fryer *et al.* 2002). Les premières semblent prometteuses et surtout plus efficaces que les secondes. Il apparaît notamment que les étudiants originaires de zones rurales ou défavorisées sont les plus à même d'exercer plus tard dans ces zones. Par contre, la sensibilisation à ces exercices n'a pas encore prouvé sa capacité à favoriser l'installation ensuite dans ces zones déficitaires (Pathman *et al.* 2004, Easterbrook *et al.* 1999).
3. Les mesures d'aides financières à la formation prennent la forme de bourses d'études ou de prêts aux conditions préférentielles, voire de rachat de prêt lorsque les études sont payantes (Anderson et Rosenberg, 1990 ; Calman, 2004 ; Pathman *et al.* 2004 ; Holmes, 2004). Elles sont d'un impact positif à court terme, plus incertain à moyen et long termes, du fait des stratégies de rachat de bourses ou de départ après l'obligation de

service. Elles nécessitent par ailleurs des investissements financiers importants.

1.2.2. Les outils réglementaires de la régulation de l'accès au marché du travail sur des critères géographiques : une efficacité discutable

Il convient de distinguer :

1. Les politiques de coercition administrative à l'installation, qui consistent à limiter le nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer dans des zones considérées comme en surplus, comme celles conduites au Royaume-Uni, en Allemagne ou en Autriche (Taylor 1998 ; Sibbald 2005 ; Kopetsch, 2003), n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. Elles ont éventuellement eu pour conséquence de limiter le nombre de médecins en formation, ces derniers anticipant le fait de ne pouvoir s'installer dans la zone de leur choix, mais n'ont pas permis de rendre les zones mal desservies plus attractives.
2. Les politiques de coercition administrative à l'installation concernant, dans le cadre des politiques d'immigration, l'installation des médecins de nationalités étrangères notamment celles conduites aux Etats-Unis, en Australie ou au Canada (Baer *et al.* 1998 ; Calman et Hauser, 2004 ; Gavel 2004 ; Barer *et al.* 1999). 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) diffèrent : circonscrites à la première année d'installation aux Etats-Unis, de cinq ans au Canada, sans limite de durée en Australie. Ces politiques semblent efficaces à court terme pour attirer des professionnels de santé, mais elles sont considérées comme coûteuses. La capacité de rétention à long terme, comme les considérations en termes d'équité de traitement (différence de condition d'exercice selon l'origine) et d'éthique de la politique d'immigration (aggravation des difficultés à pourvoir les postes de ressources humaines en santé dans les pays d'origine, voir Chen *et al.*

6. Entre 1970 et 2000 la densité médicale a augmenté de : +20 % aux Etats-Unis, +60 % au Royaume-Uni, + 40% au Canada (Source : Eco Santé OCDE, 2005).

1.2.3. Les incitations financières à l'installation ou à la rétention : une influence modérée pour des coûts élevés

1. Un premier type d'incitation porte sur la majoration de la rémunération dans le cas d'exercice en zones rurales ou défavorisées, couplé ou non à la diminution ou au plafonnement de la rémunération dans le cas d'exercice dans des zones à densité médicale élevée. Ces mesures ont été adoptées notamment dans la province canadienne du Québec (Leduc et Bilodeau, 2003 ; Bolduc *et al.* 1996), au Royaume-Uni (Sibbald, 2005), aux Etats-Unis (Calman et Hauser, 2004) ou en Australie (Gavel, 2004 ; Holub et Williams, 1996). Ces politiques ont une influence modérée à court terme et très faible à long terme, alors que les coûts associés sont élevés. Elles ne permettent pas de rendre les zones plus attractives et conduisent parfois à des effets pervers en termes de productivité dans le cas du paiement à la capitation. Cela a en effet conduit les généralistes au Royaume-Uni à diminuer la taille de leur liste de patients inscrits. L'intérêt de telles politiques, notamment d'un point de vue coût-résultat, et leur éventuelle supériorité sur des politiques de réforme du système de formation initiale sont très discutés.
2. Un second type de politique porte davantage sur le financement des investissements à réaliser pour l'installation ou favorisant les conditions d'exercice et le maintien dans l'activité. Toutefois, si elles sont d'une utilisation courante dans les pays anglo-saxons comme l'Australie, le Canada ou le Royaume-Uni, elles font peu l'objet d'évaluation. Il s'agit principalement d'allouer des aides financières pour les investissements à réaliser sur le bâti, en équipement médical, informatique ou de télémédecine. Plus rarement, ces aides peuvent compenser des pertes de revenu occasionnées par les activités de formation médicale continue, les déplacements, les remplacements....

1.2.4. La mise en œuvre d'organisations novatrices ou de politiques d'aménagement du territoire : des politiques peu mobilisées

La mise en œuvre d'organisations novatrices s'appuie notamment sur le financement de dispositifs favorisant la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé (comme le

regroupement, la télémédecine, la mise en réseau). D'intérêt récent, elles sont également peu l'objet d'évaluation (Leduc et Bilodeau, 2003).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les politiques d'aménagement du territoire sont en théorie les plus à même d'avoir un impact direct sur les facteurs primordiaux dans le choix du lieu d'installation comme les conditions et les modes de vie, notamment sur l'activité des conjoints, l'éducation des enfants et les services de proximité. Pour autant, ces démarches sont peu l'objet d'intérêt de la part des politiques sanitaires, qui ne sont pas conçues pour intervenir dans ce domaine (Rabinowitz *et al.* 1999, 2001 et 2005 ; Kamien, 1998 ; Felix 2004).

1.3. Principaux enseignements de la littérature

Plusieurs points de convergence peuvent être dégagés de cette revue de la littérature :

1. L'augmentation isolée des effectifs globaux de professionnels de santé formés ne constitue pas une solution au problème de mauvaise distribution.
2. Les incitations financières à l'installation ou à la rétention, notamment avec obligation de service, n'ont qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme. Ces politiques ont été les plus pratiquées et étudiées mais leur intérêt notamment d'un point de vue coût-résultat, ainsi que leur éventuelle supériorité sur des politiques de réforme du système de formation initiale est cependant très discuté.
3. Les mesures concernant la formation initiale ont un impact hétérogène. Celles visant à réformer les modes de sélection et le contenu des formations semblent prometteuses. Celles visant à allouer des aides financières (sous la forme de bourses d'études) ont un impact réel à court terme plus incertain à moyen et long termes du fait des stratégies de rachat de bourses ou de départ après obligation de service. Elles nécessitent par ailleurs des investissements financiers importants.

Il apparaît également que :

1. L'objectif des politiques est trop souvent flou voire inexistant, rendant ainsi difficile toute possibilité d'évaluation correcte.

2. Les politiques ne visent fréquemment qu'une profession de santé et ne se conçoivent pas assez dans le cadre global du système de santé.
3. Les politiques ne s'inscrivent que rarement dans une logique d'aménagement du territoire favorisant la rétention des professionnels de santé.
4. La coordination de ces politiques est un élément majeur, trop souvent négligé. De ce point de vue, il existe un débat important quant au niveau de régulation et de décision le plus opportun (centralisé ou décentralisé). L'enjeu est de garantir la coordination de l'ensemble des politiques, au moins du simple point de vue informationnel, voire de minimiser des stratégies néfastes de concurrence exacerbées entre dispositifs ou zones géographiques.

Par conséquent, il ne semble pas exister de remède miracle au problème de la mauvaise distribution des professionnels de santé. Certains éléments paraissent toutefois devoir être impérativement pris en compte :

1. La réponse préalable à deux questions principales : y a-t-il un problème ? et si oui lequel est-il (impact sur l'état de santé, accès aux soins, temps d'attente, satisfaction des usagers...) ?
2. La politique doit être destinée de façon privilégiée aux collectivités locales ayant fait une démarche en ce sens, puisqu'il n'existe pas de méthode pour " calculer " les besoins. Elle doit en outre s'appuyer sur un consensus entre les acteurs, locaux comme nationaux. Il est important de ne pas amalgamer les zones rurales et les zones urbaines défavorisées, tant les situations, les déterminants et les solutions potentielles sont différentes.
3. Toute politique doit prendre en compte la " force de travail " en santé de façon globale, ce qui permet d'envisager des solutions faisant appel à une autre distribution des rôles entre professions de santé.
4. La politique doit être constituée d'un ensemble de mesures coordonnées. Cette coordination doit se faire au niveau local afin d'assurer la meilleure utilisation possible des ressources, mais aussi au niveau national (voire international) pour éviter un foisonne-

ment de mesures qui peuvent s'annuler (abondance de bourses concurrentes) et les effets pervers d'une concurrence trop féroce entre les régions.

5. Il semble que pour une efficacité maximale, une approche mixte comme aux Etats-Unis mêlant à la fois restrictions à l'installation, incitations financières et en nature et mesures liées à l'éducation soit la plus appropriée. Des aménagements du mode de rémunération doivent être entrepris, notamment concernant le paiement à l'acte qui peut constituer un obstacle à la mise en place de certaines mesures.
6. Les mesures éducatives doivent être basées sur une sélection de candidats sur profil et fournir une formation adaptée aux futures conditions d'exercice, avec un suivi des candidats pendant leurs études et après leur installation.
7. Ce type de politique doit être évalué régulièrement.

2. Les mesures au niveau national

2. Les mesures au niveau national

Nous distinguons les mesures nationales de l'Etat et de l'Assurance maladie⁷ (Cf. tableaux de synthèse pages 25, 26 et 29).

Les mesures prises à l'échelon national, en particulier pour les médecins, relèvent de mesures réglementaires et législatives de l'Etat (modification du code de déontologie ; exonérations de taxe professionnelle, de charges sociales, d'impôts...) ou de mesures principalement conventionnelles de l'Assurance Maladie (contrat de bonne pratique...). Très nombreuses, ces mesures ont fait l'objet d'un recensement exhaustif, en partie déjà réalisé dans le cadre de la mission sur la démographie médicale présidée par le professeur Berland (Berland, 2005). Elles font largement appel aux incitations financières pour favoriser l'installation, tant à l'hôpital qu'en ville, dans des zones considérées comme prioritaires (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles, zones de revitalisation rurales, zones de montagne...). Nous disposons de très peu d'informations sur ces mesures, pour la plupart récentes, notamment sur leur concrétisation comme sur leur évaluation.

2.1. Les mesures réglementaires et législatives de l'Etat

2.1.1. Les textes relatifs à la réforme de l'organisation du troisième cycle

Une première série de mesures vise à réorganiser le troisième cycle des études médicales en introduisant deux dispositions sur le choix des stages des étudiants en troisième cycle :

1. La première (article 15 du décret n° 2004 - 67 du 16 janvier 2004, sur l'organisation du troisième cycle des études médicales) 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 ;
2. La seconde disposition (circulaire n° DGS/SD2C/2004/446 du 20 septembre 2004, relative aux choix des stages des étudiants en

7. L'identification des mesures au niveau national a notamment été réalisée dans le cadre de la Commission de la démographie médicale (Berland, 2005) par Mme Willaume de la direction de la Sécurité sociale.

troisième cycle des études médicales pour l'année universitaire 2004/2005), stipule que le nombre de stages offerts aux étudiants doit être significativement supérieur au nombre d'étudiants concernés.

Si la première disposition vise à mieux répartir les futurs spécialistes sur les territoires, la seconde remet potentiellement en cause à la fois les objectifs de bonne répartition géographique et par discipline. Elle va à l'encontre des politiques conduites depuis plusieurs années dans certaines régions pour que le nombre de stages offerts soit le plus proche possible du nombre d'étudiants, afin de s'assurer que les postes dans les disciplines délaissées et/ou dans les environnements déficitaires soient pourvus. Ce point a notamment été soulevé par certains interlocuteurs comme ceux d'Alsace, d'Aquitaine et de Lorraine⁸ ; ces régions ont ainsi essayé de favoriser l'ouverture de poste dans les disciplines délaissées et/ou dans les environnements déficitaires.

2.1.2. Les postes de praticien hospitalier à recrutement prioritaire et d'assistant et chef de clinique donnant accès au secteur 2

Une seconde série de mesures vise à valoriser spécifiquement des postes hospitaliers. Il s'agit, d'une part, de la création de postes d'assistants hospitalo-universitaires et de chefs de clinique donnant accès au secteur 2 et d'autre part, de la création de postes de praticiens hospitaliers (PH) dits " prioritaires " donnant droit à une allocation spécifique de 10 000 € pour un engagement d'une durée de cinq ans (circulaire DHOS/M/2001/610 relative aux postes à recrutement prioritaire du 12 décembre 2001).

Ces deux mesures n'ont pas démontré leur efficacité puisque ces postes ne sont toujours pas significativement mieux pourvus que les autres.

8. Le point de vue avancé ici est notamment le fruit d'un entretien avec Mme De Belleville - MISP à la DRASS Aquitaine depuis 1981 - le 25 juillet à Bordeaux et portant sur l'expérience de la DRASS Aquitaine en ce qui concerne les flux de formation des DES de médecine, qui a servi de modèle à d'autres DRASS en France ; ainsi que des réponses et commentaires des régions lors de leur participation à l'enquête auprès des Cr-ONDPS (cf. partie 3).

L'évaluation nationale conduite par la DHOS⁹ permet de tirer deux enseignements du dispositif de postes de PH prioritaires qui a concerné en 2002, 2003, 2004, en tout, 701 praticiens :

- le dispositif a été correctement utilisé puisqu'il concerne avant tout les régions et les disciplines déficitaires ;
- mais sur l'ensemble de la période, l'attractivité globale des postes à recrutement prioritaire n'est pas démontrée, même si ponctuellement et localement le dispositif a pu produire des effets positifs. Ainsi, le taux d'attractivité des postes à recrutement prioritaire vacants (nombre de praticiens nommés/nombres de postes vacants publiés) n'est toujours pas supérieur aux autres postes. Et ce, même si l'on restreint le dispositif à des disciplines les plus délaissées (anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique, médecine d'urgence, pédiatrie, psychiatrie et radiologie) et à des régions plus particulièrement concernées par des problèmes de vacance de postes (Bourgogne, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Picardie).

Des régions ont, dans le cadre de l'enquête auprès des comités régionaux de l'ONDPS, relaté leur expérience dans le domaine (Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées...) et vont dans le sens de l'évaluation nationale.

Il est probable que les limites du dispositif tiennent également à une utilisation sans discernement (sans ciblage de poste) et de façon systématique du dispositif.

La création de postes d'assistants et chefs de clinique donnant accès au secteur 2, qui existe depuis quatre ans, ne donne pas de bons résultats puisque les postes d'assistants hospitalo-universitaires proposés ne sont toujours pas pourvus. Il n'est pas possible de juger du caractère attractif ou non du dispositif puisque il s'avère qu'aujourd'hui les étudiants ne semblent pas avoir connaissance de cette opportunité.

9. Note de la DHOS signée Bernard Chenevière.

2.1.3. Les autres mesures fiscales et d'aide aux études

Une troisième série de mesures, dont la plus ancienne remonte à 1996 et pour lesquelles nous ne disposons pas d'évaluation, donne droit à des exonérations fiscales et/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) :

- la loi 96-987 du 14 novembre 1996 stipule que les médecins en zone franche urbaine peuvent prétendre à des exonérations fiscales - partielles sur les bénéfices ou les revenus - et de charges sociales, pendant cinq ans ;
- la loi de finances de 2004 du 30 décembre 2003 offre la possibilité pour les communes d'exonérer de taxes professionnelles les professionnels de santé se regroupant ou s'installant en zone de revitalisation rurale ;
- l'article 1464 du code général des impôts stipule que les communes de moins de 10 000 habitants peuvent exonérer de taxes professionnelles les professionnels de santé s'installant pour une première fois à titre libéral et, ce, pendant les deux premières années suivant leur installation.

Signalons enfin que la loi du 2 février 2005 sur les territoires ruraux permet aux collectivités locales d'attribuer aux étudiants de 3ème cycle une indemnité d'étude pouvant aller jusqu'à 24 000 € par an et une indemnité de logement pour les stagiaires pouvant se monter à 400 € par mois sous condition d'une installation pendant cinq ans. Nous ne disposons pas d'évaluation nationale du dispositif mais certaines régions ont documenté le recours à ce dernier (cf. partie 3).

L'absence d'évaluation publique de ces dispositions, alors même que de nouvelles incitations financières, comme la majoration des actes, doivent être mises en œuvre pour l'exercice dans des zones dites déficitaires, peut poser question.

Tableau 1
Les mesures réglementaires et législatives de l'Etat

Lois ou règlements	Contenu	Mise en œuvre et évaluation
Loi 96-987 du 14/11/96.	Les médecins exerçant dans des communes de moins de 10 000 habitants, ou en zones franches urbaines, peuvent prétendre à des exonérations fiscales - partielles sur les bénéfices ou les revenus - et de charges sociales, respectivement pendant 2 et 5 ans.	Les zones ont été définies en plusieurs temps. Aucune évaluation n'est disponible concernant l'allocation des exonérations aux médecins.
Loi 99-641 sur l'autorisation d'exercice pour les médecins titulaires d'un diplôme de médecine hors de l'union européenne du 27/07/99	Elle prévoit de favoriser l'intégration des médecins titulaires d'un diplôme de médecine hors de l'union européenne (HUE).	Décret 2004-508 et arrêté d'octobre 2004. 200 autorisations d'exercice pour les HUE ont été prévues pour 2005 dans 16 disciplines différentes.
Décret 2001-876 du 19/09/2001.	Il stipule que les praticiens hospitaliers (PH), recrutés sur des postes prioritaires, en contrepartie d'un engagement de 5 ans, bénéficient d'une allocation spécifique de 10 000€ et d'une bonification d'avancement de 2 ans.	La liste des postes est fixée par arrêté sur proposition du directeur de l'ARH. Le dispositif n'a pas été jugé efficace.
Loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2002. Article 39.	Elle précise que des fonds (FAQSV, FORMMEL) peuvent être mobilisés en vue de financer des aides à l'installation dans des zones rurales et urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.	Les aides étaient suspendues à la publication d'un décret d'application en déterminant les conditions d'éligibilité (i.e. les zones déficitaires). Caduc depuis la loi relative à l'Assurance Maladie du 13/08/04.
Loi 2003-710 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 11/08/03.	Promotion de l'installation et du développement des maisons de santé et des réseaux de santé publique en zones urbaines sensibles.	En attente de décrets d'application.
Art 1465 et suivants du code général des impôts.	Les professionnels de santé peuvent bénéficier d'exonérations de charges (taxe professionnelle, impôt sur les sociétés, charges patronales,...) lorsque leur activité s'exerce au sein de zones d'aménagement du territoire (territoires ruraux de développement prioritaire, zones de revitalisation rurale, zones de revitalisation urbaine, zones franches urbaines).	Aucune évaluation disponible de l'efficacité de cette mesure.
Loi relative à la politique de santé publique du 9/08/2004. Article 2.	Elle définit les champs de la politique de santé publique qui recouvrent notamment la réduction des inégalités par (...) le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics et la démographie médicale.	La composition et les modalités de fonctionnement de la conférence nationale de santé sont adoptées (décret n° 2005-1540 du 08/12/2005). Elle aura notamment pour rôle d'élaborer un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.
Loi relative à la politique de santé publique du 9/08/2004. Article 131.	Art. 131 : mise en place du cadre législatif pour les expérimentations de délégation des actes des médecins vers d'autres professionnels de santé non médecins.	Arrêtés adoptés (du 13/12/2004 et du 07/04/2006) et expérimentations en cours. Evaluation non encore disponible.
Loi relative aux libertés et responsabilités locales 13/08/04. Article 70.	Expérimentation pour une durée de 4 ans de participation des régions au financement de la réalisation d'équipements sanitaires.	Le décret établissant la liste des régions dont la candidature a été retenue pour l'expérimentation en matière de réalisation d'équipements sanitaires est en attente de publication.
Loi n°2005-157 du 23/02/2005. Art 114 et article 1464 D du code général des impôts.	Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent exonérer, pour une période de 2 à 5 ans, les professionnels de santé qui, exerçant pour la première fois leur activité à titre libéral, s'établissent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située en zone de revitalisation rurale (activités soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux).	Aucune évaluation disponible. Un premier rapport devait être déposé au plus tard un an après la promulgation de la loi.
Loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2004. Article 43.	Les contrats de bonnes pratiques peuvent comporter des engagements en matière de permanence des soins, d'installation ou de maintien en zones déficitaires.	Voir les accords conventionnels ci-dessous

Tableau 1 suite

Lois ou règlements	Contenu	Mise en œuvre et évaluation
Loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Article 32 & 33.	L'article 32 stipule que la télé-médecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. L'article 33 stipule que les schémas régionaux d'organisation sanitaire intègrent la télé-médecine. Chaque schéma définit les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et	L'organisation et les modalités de financement sont définies dans les SROS.
Loi relative à l'Assurance Maladie du 13/08/04. Article 49 & 67.	L'article 49 précise que les conventions définissent les dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé dans les zones urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones bénéficient en contrepartie d'une rémunération forfaitaire annuelle (ajustement local par Uracam possible). Il précise également que les conventions définissent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice. L'article 67 stipule que ce sont les missions régionales de santé (MRS) qui sont chargées de définir les zones éligibles.	L'article 49 renvoie la définition des modalités d'attribution et du montant des aides aux avenants à la convention nationale de 2005. Les zones déficitaires ont été définies pour les généralistes, selon une procédure précise (circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM 2005 du 14 janvier 2005), puis arrêtées dans toutes les régions en 2006. L'annonce du plan de démographie médicale par M. le ministre de la Santé en date du 25 janvier 2006 précise que les MRS seront en charge de la mise en oeuvre de ces aides. Aucune aide n'a été attribuée à ce jour.
Loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Article 51.	Il prévoit que les Uracam peuvent conclure des contrats avec les professionnels de santé pour favoriser l'exercice regroupé, notamment en zone défavorisée, en contrepartie d'engagement sur l'amélioration des pratiques notamment.	Aucun décret d'application. Aucune information disponible.
Loi n°2005-157 relative au développement des territoires ruraux du 23/02/2005. Art. 38 et 38 bis. Articles 108 et 111.	Les collectivités territoriales (et leurs regroupements) peuvent, dans les zones définies comme déficitaires par les MRS, attribuer : (1) des aides à l'installation/maintien des professionnels de santé en zones déficitaires ; (2) des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de 3ème cycle de généraliste lorsqu'ils effectuent leurs stages en zones déficitaires ; (3) des indemnités d'étude et de projet professionnel à tout étudiant à partir de la première année du 3ème cycle s'il s'engage à exercer comme généraliste au moins cinq ans en zones déficitaires ; (4) des exonérations d'impôts sur le revenu à raison de 60 jours de garde par an dans une zone déficitaire ; (5) compensation de la TVA pour les investissements réalisés par les collectivités territoriales au profit des professionnels de santé. En zones de montagne, elles peuvent construire ou subventionner la réalisation d'équipements sanitaires.	Les points 1 et 3 ont fait l'objet de décret d'application. Pour l'attribution des aides à l'installation, des conventions entre les collectivités et les groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'Assurance Maladie et les professionnels de santé devront être établies.
Loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2006. Article 42.	Les soins dispensés ou prescrits par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone déficitaire telle que définie par les MRS, sont exonérés des pénalités du parcours de soins pendant 5 ans.	Décret d'application adopté (2006-1 du 02/01/2006).
Article R4127-85 du code de la santé publique.	Facilitation de la création d'un cabinet secondaire dans des zones considérées comme déficitaires.	Décrets adoptés (2005-481 et 2005-840). Création conditionnée à l'accord du Conseil départemental de l'ordre.
Loi 2005-882 du 02/08/2005. Article 18.	Les professionnels de santé libéraux peuvent exercer en tant que "collaborateur libéral". Ils peuvent ainsi compléter leur formation et se constituer une clientèle personnelle.	Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.

2.2. Les mesures, conventionnelles ou non, mise en œuvre par les différents échelons de l'Assurance maladie

2.2.1. Les dispositifs URCAMs cartos@nté et instals@nté

L'outil CartoS@nté a été mis au point par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Poitou-Charentes avec une déclinaison pour toutes les régions. Cet outil permet de visualiser sur un territoire donné, l'offre et l'activité des professionnels de santé.

L'outil comprend deux niveaux d'utilisation :

- un premier niveau accessible par Internet qui donne pour chaque région, jusqu'au niveau communal l'information sur les médecins installés (nombre, part des plus de 55 ans, activité en consultation et visite et activité moyenne quand plus de 4 médecins), la consommation de soins (consultations et visites) par commune et par habitant, l'attractivité et des informations sur la population (recensement 1990 et 1999, taux de femmes et taux de plus de 65 ans).
- Le deuxième niveau consiste à réaliser une " étude de marché " personnalisée à l'occasion d'une rencontre à la CPAM avec le médecin qui réalise la démarche. La simulation peut être réalisée sur des zones non définies a priori.

Une évaluation est prévue pour le début de l'année 2006. Il semble que l'outil Internet soit bien relayé dans les facultés de médecine. La fréquentation de site est jugée importante. Le caractère gratuit de la prestation est apprécié. Le retour des CPAM est plutôt positif. Par contre, d'après les informations transmises par les URCAM, la dimension d'entretien à visée " étude de marché ", voire d'accompagnement et de suivi de l'installation, si elle est porteuse d'innovation dans les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, reste peu développée dans la pratique par les CPAM.

L'outil va se prolonger sous la forme de l'outil Instals@nté. L'URCAM Poitou-Charentes travaille à la réalisation d'un outil à destination des professionnels qui veulent s'installer ou qui veulent bouger mais aussi à destination des collectivités locales. L'outil a été finalisé à la fin 2005 et devait

être généralisé en 2006. Il s'agit d'y intégrer la nature des aides que les collectivités locales peuvent apporter aux médecins qui souhaitent s'installer dans les zones définies comme prioritaires par les Missions régionales de Santé (MRS). L'objectif est d'organiser la rencontre, par le biais de cet outil, entre les représentants des collectivités locales et les professionnels de santé sous la forme de " bourses d'échange ".

2.2.2. Les contrats de bonne pratique

L'Assurance maladie a mis en œuvre en 2005 des contrats de bonne pratique (CBP) susceptibles de favoriser la rétention ou l'installation des médecins, et plus particulièrement des généralistes, exerçant dans des zones spécifiques (station de montagne, zone franche urbaine, zone rurale). Ces contrats prévoient notamment l'obtention d'aides au remplacement ou de majoration forfaitaire en contrepartie d'engagement à l'exercice sur une durée déterminée. Il semble que, d'après une première évaluation conduite par la CNAMTS au sortir de l'été 2005, ces contrats attirent peu de médecins ; le taux d'adhésion des médecins éligibles est systématiquement inférieur à 10 %.

Le CBP montagne (art. 2-1-1 chap. 2 CN du 12/01/05) prévoit une majoration forfaitaire de 2 000 € en contrepartie d'un engagement de trois ans d'un médecin généraliste en station de montagne. La circulaire de mise en application a été diffusée dans les caisses en mars 2005 et aucune évaluation n'est actuellement disponible.

Le CBP rural a été signé le 12 janvier 2005 (art. 2-1-1 chap. 2 CN du 12/01/05, circulaire diffusée dans les caisses en mars 2005) ; il a pour objectif de favoriser les conditions de remplacement du médecin généraliste exerçant en zone rurale. Pour être éligible et pouvoir demander une adhésion, les médecins généralistes doivent remplir deux conditions :

- exercer dans un cabinet éloigné de plus vingt minutes d'un service d'urgence,
- exercer dans un canton dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 3 pour 5 000 habitants).

Les médecins doivent également s'engager, au cours de la durée du contrat (un an tacitement renouvelable) à :

- adresser à la CPAM une liste récapitulative des jours de remplacement justifiant le complément de rémunération ;
 - suivre au moins une action de formation professionnelle de deux jours, de préférence en rapport avec les spécificités de l'exercice en milieu rural et/ou l'amélioration des pratiques professionnelles en participant à des groupes de pairs. A l'issue de sa formation, le professionnel adresse à la caisse une copie de l'attestation de sa participation effective, délivrée par l'organisme de formation ou une attestation sur l'honneur lorsqu'il participe à un groupe de pairs ;
 - à ne pas cesser son activité ou changer le lieu d'implantation de son cabinet pendant une durée de trois ans sauf cas de force majeure.
- assurer une continuité des soins par une amplitude horaire d'ouverture du cabinet adaptée aux besoins de la population ;
 - assurer, autant que possible, une prise en charge globale de la population de ces zones, notamment : en assurant des interventions, au minimum une par an, en matière de prévention et d'éducation à la santé qui lui seront indiquées par l'Assurance maladie ; en participant à des actions de coordination médico-sociale aux niveaux individuel (autour d'un cas particulier) et/ou collectif (dans le cadre de structures de coordination associatives ou autre) ;
 - suivre au moins une action de formation professionnelle conventionnelle de deux jours par an, en rapport avec les spécificités de l'exercice en zone franche urbaine, notamment dans le champ de la prévention ;
 - ne pas cesser son activité ni changer le lieu d'implantation de son cabinet pendant une durée de trois ans à compter de la date d'adhésion au contrat, sauf en cas de force majeure.

En contrepartie, les caisses d'Assurance maladie s'engagent à verser au praticien adhérent une indemnité de remplacement de 300 € par jour dans la limite de dix jours par an.

Selon une note de la Cnamts¹⁰ faisant le point à la fin août 2005, au sein des 63 départements ayant des médecins éligibles par le CBP rural (les Landes et la Gironde n'en font pas partie), on en dénombre 1 437 pouvant remplir les critères d'adhésion, dont 209 ont fait des demandes d'adhésions et 104 ont été acceptés. Le taux d'adhésion des médecins éligibles est donc de 7 %.

Le CBP sur l'exercice en zones franches urbaines (ZFU) a été signé le 12 janvier 2005 (art. 2-1-1 chap. 2 CN du 12/01/05), il a pour objectif : d'assurer à la population une offre de soins continue et une prise en charge globale ; tout en essayant d'améliorer les conditions d'exercice de professionnels de santé confrontés à des problématiques particulières dues à un environnement sociogéographique spécifique.

Les médecins doivent remplir deux conditions pour y adhérer : exercer dans une zone franche urbaine ; n'avoir eu aucune condamnation ordinaire et professionnelle. Le médecin s'engage, pendant toute la durée du contrat (trois ans), à :

En contrepartie, les caisses d'Assurance maladie s'engagent notamment à verser au praticien adhérent une indemnité de remplacement de 300 € par jour dans la limite de 18 jours par an et à prendre en charge des vacances, des demi-journées, qui peuvent être de prévention et d'éducation à la santé ou de coordination médico-sociale, à raison de 240 € la demi-journée (4 heures) dans la limite de 12 par an.

Selon une note de la Cnamts¹¹ faisant le point à la fin août 2005, on dénombre, au sein des 48 départements concernés, pour 6 départements de façon incomplète, 1 173 médecins pouvant remplir les critères d'adhésion. Parmi ceux-ci 115 demandes d'adhésion ont été réalisées auprès des CPAM et 100 dossiers ont été acceptés, soit un taux de 9 %.

10. Note de la MRPSE /Secteur DT/ MG en date du 14-10-2005 et transmise par Maud Gobin de la CNAMTS/DDRI/MPS

11. Note de la MRPSE /Secteur DT/ MG en date du 14-10-2005 et transmise par Maud GOBIN de la CNAMTS/DDRI/MPS

Tableau 2
Les accords conventionnels de l'Assurance maladie

Accords conventionnels	Contenu	Mise en œuvre et évaluation
Convention nationale - accès secteur 2.	Les anciens chefs de clinique et les anciens assitants des hôpitaux ont accès au secteur 2 dans le cadre d'une première installation libérale (après 2 années de fonction).	Aucune évaluation disponible.
Avenant conventionnel à l'exercice 2002	Les avenants conventionnels des généralistes, orthoptistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes prévoyaient des aides ponctuelles comprises entre 10 000-13 000 € en contrepartie de 5 ans d'engagement.	Caduc depuis la Loi du 13/08/04.
Convention nationale du 3 février 2005	Cinq grandes voies sont explorées dans cette convention : (1) Les aides aux remplacements (contrat de bonne pratique, site Internet pour l'aide à la recherche remplaçant) ; (2) Les bourses d'étude (en complément et/ou supplément d'autres dispositifs) ; (3) L'offre de services par l'Assurance Maladie (étude de marché, accompagnement aux démarches administratives, information sur les maisons médicales, les réseaux, l'organisation de la permanence des soins...); (4) Les aides forfaitaires à l'installation (Cf. art. 49.) ; (5) Le bilan des conditions d'accès des assurés à des tarifs opposables et/ou maîtrisés.	Le point (1) avec les contrats de bonne pratique sur l'exercice en zones rurales et celui en zones franches urbaines a donné lieu à une mise en oeuvre à la fin du premier trimestre 2005 (Cf. infra). Le point (3) s'est développé par l'entremise des dispositifs d'information "cartosanté" et "instalsanté". L'offre de service d'accompagnement à l'installation reste une exception. Les autres points n'ont pas connu de suite dans l'avenant n° 12 à la convention nationale adopté du 23 mars 2006.
Le contrat de bonne pratique sur l'exercice en zone rurale. Article 2-1-1 chap. 2 de la convention nationale du 3 février 2005.	Il prévoit des indemnités de remplacement de 300€ par jour dans une limite de 10 jours par an, en cas de remplacement effectif, pour les généralistes exerçant en zone rurale (à plus de 20 min d'un service d'urgence et dans un canton ayant une densité de généralistes inférieure à 3 pour 5 000 habitants.	Adopté en 2005 et circulaire diffusée dans les caisses à la fin du premier trimestre 2005. A la fin août 2005, 7% des généralistes éligibles ont adhéré.
Le contrat de bonne pratique sur l'exercice en zones franches urbaines (ZFU). Article 2-1-1 chap. 2 de la convention nationale du 3 février 2005.	Il prévoit pour les généralistes exerçant en ZFU en contrepartie d'un engagement de 3 ans : (1) Une indemnité de remplacement de 300 € par jour dans la limite de 18 jours par an ; (2) Une prise en charge de vacation d'une demi-journée pour prévention et éducation à la santé ou de coordination médico-sociale à raison de 240 € la demi-journée dans la limite de 12 demi-journées par an.	Adopté en 2005 et circulaire diffusée dans les caisses à la fin du premier trimestre 2005. A la fin août 2005, 9% des généralistes éligibles ont adhéré.
Le contrat de bonne pratique sur l'exercice en zone de montagne. Article 2-1-1 chap. 2 de la convention nationale du 3 février 2005.	Majoration forfaitaire de 2 000 € / engagement de 3 ans d'un MG en station de montagne.	Adopté en 2005 et circulaire diffusée dans les caisses à la fin du premier trimestre 2005. Aucune évaluation disponible.

3. L'enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS

3. L'enquête auprès des Comités régionaux de l'ONDPS

3.1. Objectifs de l'enquête

L'enquête auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (CR-ONDPS) avait pour objectif de recenser et documenter les mesures mises en œuvre dans les régions. Déjà initiée en 2004 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Bourgueil, 2004), cette enquête a été élargie en 2005 afin d'en accroître l'exhaustivité. Au-delà du recensement des mesures, l'accent a été mis sur la recherche d'évaluations de ces mesures. Cette enquête a été complétée par la rencontre avec plusieurs interlocuteurs régionaux et nationaux nous permettant de tirer des enseignements approfondis de plusieurs expériences régionales.

3.2. Méthode et déroulement de l'enquête

L'enquête se fonde principalement sur l'envoi d'un questionnaire auprès des comités CR-ONDPS et secondairement sur la réalisation d'entretiens avec des personnalités ressources. Le questionnaire vise notamment à documenter, mesure par mesure, leurs objectifs, leurs contenus, leurs instigateurs et financeurs, leurs résultats (Cf. page suivante). Il s'agit donc d'une enquête déclarative auprès de correspondants privilégiés (CR-ONDPS) qui ne garantit en aucune façon une exhaustivité du recueil de l'information.

Il s'avère en effet que si dans la plupart des régions, les CR-ONDPS ont une bonne connaissance de l'existant, il arrive qu'ils n'aient qu'une information partielle, ce qui nécessite de contacter de façon complémentaire 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).

Au total, 25 correspondants ont participé à l'enquête. Parmi ceux-ci, trois appartenaient à une URCAM, tous les autres appartenaient aux DRASS. Dans six DRASS, l'enquête a été réalisée par le service statistique, dans les autres, il s'agissait soit des services responsables des professions de santé, soit de l'inspection de la

santé. La plupart des réponses au questionnaire nous ont été adressées avant le mois de septembre 2005. Le taux de réponse des CR-ONDPS est très élevé, proche de 85 %.

3.3. L'analyse des mesures

Sur les 26 comités régionaux, 4 (15 %) n'ont pas été en situation de répondre dans les délais impartis (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion¹²). Au total, 207 mesures ont été signalées initialement dans le cadre de l'enquête, 137 mesures sont incluses et donnent lieu à analyse. L'exclusion de 70 des mesures signalées documentées est justifiée soit parce qu'il s'agit de la déclinaison régionale ou locale d'une mesure nationale documentée par ailleurs dans cette note dans une optique de bilan national, soit parce que la mesure ne vise pas explicitement à résoudre un problème de répartition professionnelle, disciplinaire ou géographique, soit enfin parce que les informations fournies ne sont pas suffisantes pour documenter correctement la mesure.

Au vu des enseignements de la littérature, il nous est apparu important d'analyser les mesures documentées selon les quatre dimensions suivantes :

Dans quelle mesure, les politiques mises en œuvre visent-elles à répondre à des déséquilibres de répartition et en quoi ces derniers posent-ils un problème sanitaire ? Nous mettons en perspective, d'une part, le lien entre l'intensité avec laquelle les régions mobilisent des actions visant à améliorer la répartition des professionnels de santé au sein de leurs territoires et leurs dotations en professionnels de santé (plus ou moins favorables par rapport à la moyenne des régions), et, d'autre part, le lien entre objectifs et motivations déclarés relativement à ces mesures et des problèmes de déséquilibre de répartition constatés.

Dans quelle mesure, les politiques mises en œuvre prennent-elles en compte la force de travail en santé de façon globale ? Nous analysons ici les professionnels de santé concernés par les mesures. Les efforts sont-ils concentrés

12. D'après le correspondant pour les CR de la zone Antilles-Guyane il est peu probable que des fiches soient renvoyées par les acteurs de ces CR.

sur une profession ? Un groupe de professionnels ? Une discipline ?

Dans quelle mesure, les politiques mises en œuvre mobilisent-elles des dispositifs variés et orientés vers les différents moments de la formation et de l'exercice des professionnels de santé ? Nous nous intéressons ici aux types de mesures mobilisés par les régions selon une typologie, déjà utilisée dans le recensement de 2004, inspirée des travaux de Barer et Stoddart (1999) et largement reprise par la suite dans les articles et rapports analysant les problèmes de répartition des professionnels de santé, notamment par l'OCDE (Simoens et

Hurst, 2006). Cette typologie décompose les mesures autour de trois périodes de la formation ou de l'exercice aux problématiques distinctes : la formation initiale, le recrutement, le maintien ou la rétention (cf. tableau n° 3 page suivante).

Dans quelle mesure les politiques sont évaluées et quels en sont les résultats ou impacts ?

Les tableaux pages 36-39 présentent la répartition des mesures par région et par type de mesures.

Tableau 3
La typologie des dispositions concernées par l'enquête

<u>Mesures :</u>
CLASSE A : ... avant la formation
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action d'information et de promotion des métiers de la santé ➤ Action d'amélioration de l'attractivité des formations : <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'accès et des taux de réussite aux concours d'entrée - Orientation des demandeurs d'emploi vers les professions de santé assortie d'une aide publique - Promotion professionnelle assortie d'une aide publique - Autres ➤ Augmenter les capacités de formation : <ul style="list-style-type: none"> - En augmentant le nombre de places de formation - En favorisant les passerelles entre les filières de professionnels de santé - Autres ➤ Autres
CLASSE B : ... pendant la formation
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilisation aux disciplines et/ou environnements déficitaires : <ul style="list-style-type: none"> - Information et formation à la pratique - Terrains de stages particuliers - Amélioration de l'adéquation des postes d'internat aux terrains de stages particuliers - Augmentation des postes offerts au choix - Autres ➤ Incitation à la formation dans les disciplines et/ou environnements déficitaires : <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement local - Bourses d'étude sous condition d'installation - Bourses d'étude sous condition de stage - Autres ➤ Autres...
CLASSE C : ... pour l'installation
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aide à la décision d'installation et/ou accompagnement à l'installation : <ul style="list-style-type: none"> - Influencer sur l'installation des professionnels en secteur ambulatoire - Influencer sur l'installation des professionnels en secteur hospitalier ➤ Recrutement : <ul style="list-style-type: none"> - Création ou augmentation du nombre de postes à l'hôpital - Hors de la région ou à l'étranger - Campagne d'information - Autres ➤ Prime à l'installation ➤ Défisicalisation et prise en charge partielle ou globale des charges à l'installation ➤ Autres...
CLASSE D : ... pour l'exercice (aides financières)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Majoration de la rémunération ➤ Défisicalisation et prise en charge partielle ou globale des charges ➤ Autres...
CLASSE E : ... pour l'exercice (aides en nature)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication ➤ Soutien aux formes d'organisation innovantes <ul style="list-style-type: none"> - Permanence des soins - Délégation de compétences - Maison médicale pluridisciplinaire - Autres ➤ Soutien au développement de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions (éducation à la santé, prévention...) ➤ Aide au remplacement ➤ Incitations de retour à l'emploi des professionnels de santé ➤ Facilitation de l'accès des patients aux professionnels de santé (transport des malades...) ➤ Autres...
CLASSE F : ... influant sur le cadre de vie
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aménagement du territoire ➤ Aide au logement ➤ Emploi du conjoint ➤ Facilitation de l'accès aux structures d'accueil de la petite enfance ou de scolarisation ➤ Autres...
CLASSE G : ... favoriser la qualification et la promotion professionnelle
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aides à la professionnalisation de certains métiers (auxiliaires de vie...) ➤ Autres
CLASSE H : ... autres mesures

Tableau 4
Typologie des mesures selon la région (suite page suivante...)

Grand type de mesure	Formation (avant)				Total
Type de mesure	Action d'information et de promotion des métiers de la santé	Action d'amélioration de l'attractivité des formations		Augmentation des capacités de formation	Autres
Sous-type de mesure		Amélioration de l'accès et des taux de réussite aux concours d'entrée	Orientation des demandeurs d'emploi vers les professions de santé assortie d'une aide publique	En augmentant le nombre de place de formation	Accueil et suivi des internes
Alsace					
Aquitaine					
Auvergne					
Basse-Normandie					
Bourgogne	1				
Bretagne					
Centre					
Champagne-Ardenne	9				
Corse					
Franche-Comté					1
Guadeloupe					
Guyanne					
Haute-Normandie				1	
Ile-de-France	1	1			
Languedoc-Roussillon					
Limousin					
Lorraine	1				
Martinique					
Midi-Pyrénées					
Nord-Pas-de-Calais		1	2	3	
Pays-de-la-Loire					
Picardie	1				
Poitou-Charentes					
Provence-Alpes-Côte-d'Azur					
Réunion					
Rhône-Alpes					
Sous-type de mesure	13	2	2	4	1
Type de mesure	13	4		4	1
Grand type de mesure	22				

Grand type de mesure	Formation (pendant)									Total
Type de mesure	Sensibilisation aux disciplines et/ou environnements déficitaires				Incitation à la formation dans les disciplines et/ou environnements déficitaires				Autres	
Sous-type de mesure	Dispositif d'amélioration de l'adéquation des postes d'internat aux terrains de stages particuliers	Terrains de stages particuliers	Information et promotion de l'exercice dans la région	Information et formation à la pratique	Bourses d'étude	Bourses d'étude sous condition de stage	Bourses d'étude sous condition d'installation	Amélioration des taux de réussite aux concours d'internat et recrutement local	Modification des procédures d'évaluation	
Alsace	1									1
Aquitaine	1									1
Auvergne										
Basse-Normandie				1						2
Bourgogne						1				2
Bretagne										
Centre										
Champagne-Ardenne		3		2			4			9
Corse										
Franche-Comté				1		1				2
Guadeloupe										
Guyanne										
Haute-Normandie		2				1				3
Ile-de-France		1		1					1	3
Languedoc-Roussillon										
Limousin										
Lorraine	1	1		2						4
Martinique										
Midi-Pyrénées		1		1						2
Nord-Pas-de-Calais								1		1
Pays-de-la-Loire										
Picardie			1	1	2					4
Poitou-Charentes										
Provence-Alpes-Côte-d'Azur										
Réunion										
Rhône-Alpes										
Sous-type de mesure	3	8	1	9	2	3	6	1	1	34
Type de mesure	21				12				1	34
Grand type de mesure	34									

Grand type de mesure	Installation				Cadre de vie		Qualification et promotion	Total
Type de mesure	Aide à la décision d'installation et/ou accompagnement à l'installation	Recrutement			Aides au logement	Facilitation de l'accès aux structures d'accueil de la petite enfance ou de scolarisation	Aides à la professionnalisation de certains métiers	
Sous-type de mesure	Influer sur l'installation des professionnels en secteur ambulatoire	Création ou augmentation du nombre de postes à l'hôpital	Hors de la région ou à l'étranger	Campagne d'information				
Alsace			1					1
Aquitaine								
Auvergne								
Basse-Normandie	3							3
Bourgogne								
Bretagne								
Centre								
Champagne-Ardenne		2	1				9	12
Corse								
Franche-Comté							1	1
Guadeloupe								
Guyanne								
Haute-Normandie	1	1					1	3
Ile-de-France	2	1		1	2	1	2	9
Languedoc-Roussillon								
Limousin								
Lorraine							1	1
Martinique								
Midi-Pyrénées								
Nord-Pas-de-Calais		1	1					2
Pays-de-la-Loire								
Picardie	1						1	2
Poitou-Charentes								
Provence-Alpes-Côte-d'Azur								
Réunion								
Rhône-Alpes	1							1
Sous-type de mesure	8	5	3	1	2	1	15	
Type de mesure	8	9			2	1	15	
Grand type de mesure	17				3		15	35

Grand type de mesure	Exercice (nature ou organisationnelle.)									Total
Type de mesure	Soutien aux formes d'organisation innovantes				Facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication	Facilitation de l'accès des patients aux professionnels de santé	Incitation au retour à l'emploi des professionnels de santé	Soutien au développement de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions	Aide au remplacement	
Sous-type de mesure	Maison médicale pluri-disciplinaire	Permanence des soins	Délégation de compétences	Autres						
Alsace										1
Aquitaine	2			3				1		8
Auvergne										0
Basse-Normandie	2	1	1	1	2					12
Bourgogne	1					3		1		8
Bretagne										0
Centre										0
Champagne-Ardenne		1	1				3			35
Corse										0
Franche-Comté	1									5
Guadeloupe										0
Guyanne										0
Haute-Normandie	1	1			1				1	11
Ile-de-France		2			1					17
Languedoc-Roussillon										0
Limousin										0
Lorraine	1	1		1	1					10
Martinique										0
Midi-Pyrénées		2	1		1			1		7
Nord-Pas-de-Calais								1		10
Pays-de-la-Loire		1								1
Picardie										7
Poitou-Charentes			1							1
Provence-Alpes-Côte-d'Azur					1					1
Réunion										0
Rhône-Alpes		1			1					3
Sous-type de mesure	8	10	4	5	8	3	4	3	1	
Type de mesure	27				8	3	4	3	1	137
Grand type de mesure	46									

3.3.1. La moitié des régions françaises concentrent la plupart des mesures

Nous rappelons que, par construction, nous avons exclu de cette analyse des mesures nationales pouvant donner lieu à déclinaison régionale ou locale. En conséquence, la très grande majorité des mesures présentées sont d'émanation régionale ou locale.

Dix régions (Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais) concentrent la quasi intégralité des mesures recensées et documentées (plus de 98 %). Six de ces régions (Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais) recensent 10 mesures ou plus chacune - elles regroupent à elles seules plus des deux tiers des mesures signalées - et quatre de ces régions (Aquitaine, Bourgogne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées) recensent entre 5 et 8 mesures chacune.

Outre les quatre régions des CR n'ayant pas répondu (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion), 5 régions (Auvergne, Bretagne, Corse, Languedoc-Roussillon, Limousin) ont répondu n'avoir aucune mesure à signaler. Signalons que la Picardie et le Limousin avaient déjà répondu en 2004 et n'ont donc pas renouvelé leur envoi. Par ailleurs, la plupart d'entre elles cependant ont fait part de l'existence de projets, plus ou moins aboutis.

Nous constatons ainsi que :

1. Parmi les dix régions ayant déclaré un nombre significatif de mesures, sept (Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais) peuvent être considérées comme moins favorablement dotées en médecins relativement à la densité moyenne et ainsi sujettes à des problèmes de déséquilibres dans la répartition de l'offre de soins.
2. Néanmoins, certaines des régions ayant le plus de difficultés en termes de démographie médicale ou pour d'autres professions de santé, n'ont soit pas répondu (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion), soit déclaré peu ou pas de mesures (Auvergne, Centre, Limousin, Pays-de-la-Loire, Picardie, Poitou-Charentes...).

3. A l'inverse, trois régions qui ne connaissent pour l'instant pas de problèmes démographiques aigus ont déclaré un nombre de mesures relativement important (Aquitaine, Ile-de-France, Midi-Pyrénées). La présence de l'Ile-de-France s'explique par les problèmes spécifiques de cette région dans l'attraction mais surtout la rétention des professionnels de santé paramédicaux et notamment des infirmières. La présence de l'Aquitaine et de la région Midi-Pyrénées s'explique probablement par une problématique de la répartition infrarégionale et notamment de l'aménagement des territoires ruraux.

Il apparaît ainsi que si le lien entre intensité de l'action et réalité des problèmes de répartition de ressources humaines, globaux ou localisés, se vérifie le plus souvent, nous ne nous expliquons pas l'absence de dynamique dans certaines régions sous ou mal dotées.

Cela peut provenir du fait que le nombre d'actions recensées par les CR-ONDPS reflète aussi la dynamique de ces derniers et notamment leur capacité à repérer et rassembler des actions qui peuvent être parfois menées par les acteurs locaux sans qu'elles soient identifiées et connues à l'échelon de la région. En outre, le fait d'avoir une densité médicale inférieure à la moyenne nationale ne correspond pas nécessairement à la perception d'un problème au niveau de la région. A l'inverse, la densité médicale globale régionale peut masquer des disparités entre spécialités, entre professions ou à l'échelon infrarégional, ce qui peut expliquer que certaines régions à densité médicale au-dessus de la moyenne mènent des actions pour améliorer la répartition des professionnels de santé.

3.3.2. Une multiplicité d'intervenants

Les acteurs impliqués sont principalement les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les 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 comme les bourses d'études.

Les mesures concernant la formation ou les conditions d'exercice qui sont avant tout mises en œuvre font généralement appel à des fonds spécifiques dédiés à l'innovation (DRDR, FAQSV),

qui visent à soutenir pour une durée limitée des projets de réorganisation des soins ou des soutiens à la formation. Ces actions n'interviennent en aucune façon sur les budgets de fonctionnement ou les niveaux de rémunération des médecins.

Les mesures financières qui sont définies et négociées au niveau national semblent échapper en partie aux acteurs régionaux. On assiste donc à un relatif découplage entre les actions visant à jouer sur la formation, l'installation et les conditions d'exercice qui sont gérées au niveau régional et les mesures visant à valoriser les pratiques au quotidien.

3.3.3. Une approche cloisonnée de la force de travail en santé avec un accent particulier sur les infirmières

Si les mesures s'adressent le plus souvent à plusieurs professions de santé (76 mesures, soit 55 % du total des mesures), elles associent surtout les infirmières à d'autres paramédicaux ou les médecins à d'autres médecins et moins souvent des médecins à d'autres professions de santé.

Les mesures s'adressant à une seule profession de santé (58 mesures, soit 42 % du total des mesures) concernent les médecins (20 mesures), mais surtout les autres professions (38 mesures) et notamment les infirmières (25 mesures).

Au final, il semble bien que l'approche transversale de la force de travail en santé associant les médecins et les autres professionnels, ne soit pas la règle.

Tableau 5
Professions de santé visées par les mesures recensées

Une seule profession de santé	58	42%
Généralistes	12	9%
Spécialistes	2	1%
Internes	6	4%
Total médecins	20	15%
Infirmières	25	18%
Aides-soignantes	2	1%
Masseurs-kinésithérapeutes	5	4%
Ambulanciers	2	1%
Manipulateurs-radiologie	1	1%
Autres professions	3	2%
Total non médecin	38	28%
Plusieurs professions de santé	76	55%
Infirmières et autres paramédicaux	25	18%
Plusieurs médecins	23	17%
Plusieurs professionnels de santé	15	11%
Plusieurs paramédicaux (non compris les infirmières)	6	4%
Médecins et infirmières (et/ou Masseurs-Kinésithérapeutes rééducateurs ou Sages-Femmes)	7	5%
Inconnu	3	2%
Total	137	100%

3.3.4. Les mesures régionales portent principalement sur les conditions d'exercice, le recrutement, la formation et l'installation

L'analyse des mesures révèle, à l'instar de ce qu'avait montré le recensement effectué en 2004 (Bourgueil Y., 2004), une grande variété de types de mesures.

Afin de classer l'ensemble des mesures rapportées par les régions, nous avons construit une typologie en trois niveaux emboîtés (8 grands types, 18 types, 30 sous-types), articulée sur les périodes de la trajectoire professionnelle :

- la formation initiale (deux grands types : " avant " et " après la formation "),
- un grand type : pour l'installation,
- la rétention (quatre grands types : " aide financière pour l'exercice ", " aide en nature pour l'exercice ", mesure " influant sur le cadre de vie ", mesure " favorable à la promotion professionnelle "),
- enfin un huitième grand type pour les autres mesures.

Nous déclinons ces 8 grands types de mesures en 18 types (exemple pour la formation : action d'amélioration de l'attractivité des formations...) et 30 sous-types (exemple pour la formation et plus spécifiquement les actions d'amélioration de l'attractivité des formations : l'amélioration de l'accès et des taux de réussite aux concours d'entrée...).

Nous présentons dans les paragraphes qui suivent les mesures par fréquence de citations, l'objectif n'étant pas de recenser la variété des modalités d'intervention, mais d'estimer l'importance des types d'actions régionales. L'ensemble des réponses des régions sont disponibles en annexe.

Nous pouvons schématiquement décrire trois groupes au sein de cette typologie en fonction de la fréquence de déclarations des grands types de mesures :

- Les mesures très souvent citées (plus de 25 % des mesures) :
 - Les mesures non financières concernant les conditions d'exercice (46 mesures), au sein desquelles se dégagent plus particulièrement les mesures de soutien aux for-

mes d'organisation innovantes (surtout sous la forme de maisons médicales pluridisciplinaires ou de dispositifs de permanence des soins) et les mesures de facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication (surtout les projets de télémédecine) ;

- Les mesures pendant la formation des professionnels de santé (34 mesures), au sein desquelles se dégagent plus particulièrement les mesures de sensibilisation aux disciplines et/ou environnements déficitaires (surtout sous la forme de terrains de stages particuliers, comme en hôpital local ou en zone rurale..., ou d'information et de promotion de pratique spécifique comme l'exercice de la médecine générale en zone rurale...) ou d'incitation à la formation dans les disciplines et/ou environnements déficitaires (surtout sous la forme de bourses d'étude, sous condition de stage ou d'installation dans la région ou non).
- Les mesures moyennement citées (entre 10 % et 25 %) :
 - Les mesures avant la formation (22 mesures), qui consistent surtout en actions d'information et de promotion des métiers de la santé ;
 - Les mesures pour l'installation (17 mesures), qui se répartissent équitablement en actions d'aide à la décision d'installation et/ou d'accompagnement à l'installation en médecine de ville ou de recrutement (ex : la création ou l'augmentation du nombre de postes à l'hôpital) ;
 - Les mesures favorisant la qualification et la promotion professionnelles (15 mesures)
- Les mesures peu ou pas citées (moins de 5 %) :
 - Les mesures influant sur le cadre de vie (3 mesures) ;
 - Les mesures financières pour l'exercice et les autres mesures ne font l'objet d'aucune déclaration.

Nous pouvons en tirer comme conclusion que d'une part la diversité des types de mesures utilisées est assez importante et d'autre part que, contrairement aux mesures nationales (cf. infra), ce sont des mesures non financières concernant la formation ou les conditions d'exercice qui sont avant tout mobilisées.

Il est important de noter que la répartition par type est certainement sujette à un biais de déclaration. La plupart des fiches émanant des DRASS, URML et URCAM, il est probable que certaines mesures n'ont pas été détectées de cette façon. Les mesures capables d'influer sur le cadre de vie, voire sur les conditions d'exercice de nature financière (aides aux investissements sur le bâti, l'équipement...), par exemple, sont plus susceptibles de résulter d'actions des collectivités territoriales et de leurs regroupements, voire encore d'initiatives associatives ou privées, et pourraient être sous-représentées.

3.3.5. Des mesures pratiquement jamais évaluées

L'évaluation de la mesure était prévue dès son initiation pour 40 % des fiches renseignées (cette question était renseignée pour 55/137 fiches). Il semble qu'une évaluation soit plus souvent envisagée pour les mesures les plus récentes ou en projet, pouvant témoigner de l'acquisition d'une culture plus forte de l'évaluation.

Une évaluation avait effectivement été réalisée pour 20 % des fiches renseignées (cette question était renseignée pour 27/137 fiches).

Dans l'ensemble, il n'y a quasiment eu aucun rapport d'évaluation ou d'audit au sens propre du terme envoyé à l'équipe de recherche. Lorsque la mesure était déclarée comme ayant été évaluée, il semble qu'il s'agisse le plus souvent de la production d'indicateurs de processus ou de satisfaction.

Malgré tout, il nous est possible de dresser un certain nombre d'enseignements relativement à quelques types de mesures les plus fréquemment évoquées et documentées. Ces enseignements sont soit le fait d'éléments effectivement renseignés dans les questionnaires, soit le fait de compléments d'information issus d'interviews téléphoniques ciblées.

Concernant les mesures de soutien à la création de maisons médicales pluridisciplinaires, il apparaît que leur dimensionnement est très variable : du simple cabinet médical susceptible d'accueillir, à terme, d'autres professionnels de santé, à la maison médicale pluridisciplinaire incluant des consultations de médecine générale mais aussi de soins spécialisés. La réflexion préalable quant au choix et à la pertinence de la

localisation géographique n'est pas toujours présente (il s'agit le plus souvent de soutenir une démarche émergente que d'en impulser une à un endroit précis) et l'impact de ces maisons médicales sur l'amélioration du maillage du territoire voire de la qualité des soins n'est pas encore documentée.

Concernant les mesures de soutien au dispositif de permanence des soins, il semble que ces derniers soient susceptibles de répondre au problème de la couverture de l'urgence et de la continuité des soins (diminution du temps d'accès et/ou de l'encombrement des urgences) mais pour une efficacité non déterminée.

Concernant les mesures de facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication et plus particulièrement de la télémédecine, il apparaît que, d'une part, l'ampleur des dispositifs reste encore modeste (cela concerne peu de professionnels et/ou peu d'actes) et, d'autre part, que les coûts induits sont soit non renseignés soit jugés comme un facteur limitant la généralisation de ces expériences.

Concernant les mesures d'incitation à la formation dans les disciplines et/ou environnements déficitaires sous la forme de bourses d'étude (sous condition de stage ou d'installation dans la région ou non) il convient de distinguer celles destinées aux médecins de celles concernant les paramédicaux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes). Des deux expériences de bourse d'études à destination des médecins (celle de la région Bourgogne vise à inciter les médecins à assurer un stage en médecine générale dans des zones défavorisées ; celle du département de la Manche vise à inciter les médecins d'origine locale à s'installer dans le département), il apparaît que les coûts induits en limitent le dimensionnement (respectivement 10 et 5 médecins concernés) et surtout la généralisation. Il est encore trop tôt pour savoir si les contreparties sont au rendez-vous. Les expériences de bourse d'études à destination des paramédicaux sont d'impact contradictoire, assez positif dans le cas de la Bourgogne pour l'installation d'infirmières et de sages-femmes dans des établissements défavorisés, plutôt négatif dans le cas de la Haute-Normandie (infirmières) ou de la Picardie (masseurs-kinésithérapeutes), puisque les demandes de remboursement sont courantes et/ou les installations dans la région peu nombreuses.

3.3.6. Trois exemples de politique régionale coordonnée

Trois entretiens nous ont permis d'aborder plus spécifiquement la politique régionale dans sa globalité au travers de l'exemple de trois régions : l'Aquitaine, l'Ile-de-France, et le Nord-Pas-de-Calais¹³.

La possible adéquation des postes d'internes de spécialités en fonction de critères validés régionalement par la concertation entre DRASS, Université et ARH : l'exemple de l'Aquitaine

La région Aquitaine a mis en place dès l'instauration du nouvel internat en 1982, un processus de régulation des flux d'internes de spécialités. Une circulaire de 1985 définissait des proportions de spécialités à respecter dans les capacités de formation. Chaque interrégion (7 interrégions à l'époque) était chargée d'appliquer ces quotas par spécialité. Le dispositif mis en place en Aquitaine s'appuyait sur la DRASS (un médecin inspecteur qui est resté en poste une vingtaine d'années) et se fondait sur une entente et une concertation étroite avec l'université.

Les principes suivants guidaient la démarche :

- former dans toutes les spécialités, y compris les spécialités déficitaires (pédiatrie, gynécologie...);
- être en adéquation avec les capacités de formation et de fonctionnement des établissements;
- tout en se conformant au flux déterminé précédent (règle historique) et en limitant le dépassement des objectifs de spécialités considérées comme en surplus.

Une fois validée la répartition des postes de spécialités entre la DRASS et l'université, la DRASS se charge de distribuer les flux à tous les internes et d'organiser un pré-choix en rappelant aux étudiants que les études de médecine imposent des

choix qui doivent être conditionnés par les besoins à couvrir. L'écart entre le nombre de postes et de candidats est donc traditionnellement limité. Le choix des internes est non définitif jusqu'au quatrième semestre qualifiant. La DRASS organise la concertation avec le bureau de l'internat sur le bilan des orientations des internes, le suivi du pré-choix de DESC, tous les semestres.

Du point de vue de notre interlocuteur en Aquitaine, ce processus de concertation et d'organisation des choix des internes a permis de satisfaire les besoins dans toutes les spécialités. Une collaboration étroite entre la DRASS et les responsables de Diplôme d'Etudes Spécialisées ainsi qu'une large communication avec les internes de spécialité et leurs représentants sont les principaux éléments qui expliquent le succès d'une dynamique régionale visant à articuler les flux d'internes en spécialité aux critères régionaux (principalement définis en l'occurrence en fonction des critères nationaux).

Le cas d'une politique ciblée sur les infirmières : le cas de l'Ile-de-France

La région Ile-de-France est confrontée à une pénurie importante d'infirmières. Une action spécifique a été initiée suite à la réalisation d'un premier bilan. En Ile-de-France, la formation infirmière est en concurrence avec les autres formations bac plus 2 ou 3. Le recrutement par la voie du bac SMS (Sciences médico-sociales) est considéré comme insuffisant (1/3 des bacheliers présentent le concours). Les objectifs poursuivis étaient de mettre en œuvre l'augmentation régionale des quotas définis au niveau national, d'augmenter le recrutement régional dans les écoles infirmières et notamment de mieux informer dans les filières traditionnelles de recrutement des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sur les conditions de recrutement et les conditions d'exercice des infirmiers.

Les actions menées ont cherché à :

- se rapprocher de l'Education nationale et améliorer la communication sur le métier et les formations des infirmières (" On renforce, on impulse, on soutient ce qui existait " (portes ouvertes, liens IFSI - Lycées). Systématisation de la présence aux salons ainsi que des supports (affiches - profession passion - actions précises avec la filière SMS pour mettre en place une préparation au concours d'entrée en IFSI. Installation d'un groupe de travail avec Inspecteurs généraux de l'éducation pour réformer la filière SMS) ;

13. Entretiens avec : Mme De Belleville - MISP à la DRASS Aquitaine depuis 1981 - le 25 juillet à Bordeaux et portant sur l'expérience de la DRASS Aquitaine en ce qui concerne les flux de formation des DES de médecine, qui a servi de modèle à d'autres DRASS en France ; Mme Willaume de la Direction de la Sécurité sociale et ancienne responsable au sein de la DRASS Nord-Pas-de-Calais le 13 juin 2005 à Paris et avec Mme Reynot de la DRASS Ile-de-France le 27 juin à Paris sur la politique développée par la région Ile-de-France afin de satisfaire les besoins de la région en infirmières et sur la problématique spécifique de leur rétention

- harmoniser les concours et notamment les sujets et les modes de corrections (AP-HP, Croix Rouge et hôpitaux) ;
- harmoniser la formation pratique des infirmières à l'échelon régional (élaboration d'un guide de recommandations de l'apprentissage pratique (élaboration par les directrices d'IFSI et les centres de formation). Constitution d'un groupe de travail sur la mise en situation professionnelle pour le diplôme d'Etat.

Après seulement deux années, l'évaluation des actions entreprises n'est pas encore accessible. Quelques constats ont été évoqués. Il s'agit notamment de la difficulté à mettre effectivement en œuvre à l'échelon régional l'augmentation des quotas de formation définis nationalement. Certaines écoles n'ont pas voulu ouvrir autant que prévu considérant qu'elles n'ont pas les moyens suffisants et l'ouverture prévue de deux écoles n'a pas eu lieu. Il a fallu persuader les chefs d'établissements et solliciter l'Education nationale pour qu'un lycée professionnel ouvre une école. Le financement des postes n'a pas tout de suite suivi l'augmentation brutale (contingemment d'un formateur pour 20 étudiants). Certains directeurs d'hôpitaux n'ont pas répercuté les crédits sur les IFSI. Les IFSI ont dû former rapidement des enseignants et ont été confrontés à des problèmes logistiques (locaux, secrétariat...). En 2004, 14 % des places étaient encore vacantes, par rapport aux quotas. C'est l'augmentation brutale des quotas qui semble avoir posé problème, les recrutements étant plutôt en augmentation régulière.

Enfin, l'articulation avec le service public de l'emploi n'est pas toujours aisée notamment en ce qui concerne les aides à la qualification dans le cadre de la valorisation des acquis de l'expérience. L'emploi infirmier, relevant des professions régulées, ne s'inscrit pas dans le secteur marchand et ne fait pas l'objet d'un intérêt particulier pour les services de l'emploi.

Le bilan d'une action régionale globale : le cas du Nord-Pas-de-Calais

Une coaction, au-delà du partenariat, s'est développée entre l'Assurance-maladie, le Conseil régional, l'Etat et la Fédération hospitalière à tous les niveaux (formation, aides à l'installation...). Ce niveau de coopération est propre au Nord-Pas-de-Calais et a permis de tenir un discours cohérent de la part de tous les acteurs de la région. Du point de vue de notre interlocuteur, les

acteurs ayant les clés de l'aménagement du territoire sont ceux qui ont le plus d'impact sur les problèmes de démographie médicale (à savoir les élus et les préfets).

En pratique, les élus ont fait jouer les subventions et les investissements (matériels essentiellement) et ont utilisé les ouvertures de postes notamment au niveau des conseils d'administration des hôpitaux auxquels ils siègent de droit.

Le Conseil régional a mis en œuvre :

- des conférences d'internat gratuites trois ans de suite, l'objectif étant d'augmenter le taux de succès des étudiants de la région au concours de l'internat pour augmenter le taux d'internes en spécialités originaires de la région, sans véritable succès ;
- la participation du conseil régional (via le conseiller régional spécialisé dans ces questions) dans différentes structures.

Cette présence active de la région au sein des institutions régionales en santé a permis de favoriser le développement de certaines mesures. A titre d'exemple, le Conseil régional a joué un rôle moteur dans le développement des maisons de garde en sensibilisant les communautés de commune sur ce sujet. Les élus ont participé en apportant de l'aide matérielle pour la permanence des soins. Il existait ainsi une politique régionale impliquant tous les acteurs jouant la même partition. Un autre exemple est celui du développement des postes d'assistant partagé. Le système d'assistant partagé a vu le jour dans le cadre d'une action concertée à l'échelon de la région afin de faire valoir l'importance pour les hôpitaux non CHU à pouvoir recruter des médecins spécialistes.

Cette mesure s'adresse aux étudiants en fin d'internat et particulièrement à ceux qui veulent passer le concours de PH. On offre à ces étudiants un poste d'assistant à mi-temps en CHU (pour faire de la recherche et publier) et à mi-temps dans un hôpital local (pour soigner), en vue d'y devenir PH, voire chef de service. 35 ou 40 médecins ont pu profiter de ce système, ce qui est considéré comme un peu décevant à l'échelle de la région.

Conclusion

Conclusion

L'étude 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 questionne par ailleurs la pertinence, d'une part, de la logique de saturation de l'offre afin de résoudre les problèmes de répartition des professionnels de santé, d'autre part, de stratégies incitatives uniquement financières (que celles-ci portent sur la formation initiale ou sur l'installation et/ou la rétention).

La littérature est plus favorable pour les politiques visant à réformer la formation initiale et notamment sur celles conduisant à mieux cibler les étudiants les plus à même de s'installer plus tard dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones. Enfin la littérature souligne l'importance des approches conjointes sur les différentes professions, de l'articulation des différents leviers d'action locaux, régionaux et nationaux afin d'éviter la concurrence ou l'inefficacité et de tenir compte des politiques d'aménagement des territoires.

En France les nombreuses mesures décidées ou négociées à l'échelon national jouent principalement sur les leviers financiers, mobilisables par différents types d'acteurs à différents niveaux

d'action. Elles sont, pour partie, récentes et globalement peu suivies et peu évaluées.

Le recensement par les comités régionaux révèle en revanche une grande variété d'actions portant essentiellement sur la formation et les conditions d'exercice pour attirer et maintenir des professionnels de santé.

La concertation et la coordination entre les acteurs régionaux impliqués dans les différents niveaux d'actions que sont la formation (université), la planification des soins (URCAM, DRASS, ARH) et le développement du territoire comme le Conseil Régional repose en grande partie sur les dynamiques et les acteurs locaux.

Dans le contexte français, comme à l'étranger, la coordination et la synergie des actions visant à mieux définir et répartir la ressource humaine en santé apparaît bien comme un enjeu important. Le niveau régional est confirmé comme le niveau d'élaboration d'une politique de gestion de la ressource humaine en articulation avec l'analyse des problèmes prioritaire, et les démarches d'organisation des soins. Le suivi et l'évaluation des actions entreprises et mises en œuvre initiés par ce type d'enquête pourrait utilement être prolongé et approfondi.

Bibliographie

Bibliographie

1. Anderson G. (2000). The effect of a rural track residency program with an emphasis on obstetrics on physician shortage areas. *J.Rural.Health* 16(3), 230-231.
2. Anderson M., Rosenberg M.W. (1990). Ontario's underserved area program revisited: an indirect analysis. *Social Science and Medicine*, 30 (1), 35-44.
3. Baer L.D., Ricketts T.C., Konrad, T.R. & Mick, S.S. (1998). Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Med.Care* 36(11), 1534-1544.
4. Barer M.L. & Stoddart G.L (1999). Improving access to needed medical services in rural and remote canadian communities: recruitment and retention revisited. Discussion paper prepared for federal /provincial/territorial advisory committee on health human resources. Center health service and policy research UBC.
5. Barer M.L. (2002). Perspective: New Opportunities For Old Mistakes. *Health Affairs* 21(1), 169-171.
6. Bellman L. (2002). Whole-system evaluation research of a scheme to support inner city recruitment and retention of GPs. *Fam.Pract.* 19(6), 685-690.
7. Berland Y (2005). Commission démographie médicale.
8. Bessière S., Breuil-Genier P. & Darriné S. (2004). La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. DREES, *Etudes et résultats*, 353, 12 pages.
9. Bilodeau H. & Leduc N. (2003). Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Actes du colloque : Les ressources humaines du système de santé : perspectives locales et régionales. Situations et expériences à l'étranger. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 43(3): 485-504.
10. Bloor K. & Maynard A. (2003). Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review. *Canadian health services foundation*.
11. 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, 703-732.
12. Bourgueil Y. (2004). Bilan des dispositifs de régulation régionale. Observatoire national de la démographie des professions de santé, le rapport 2004, tome 4 : Démographie régionale de 5 professions de santé de premiers recours, 196-207.
13. Bui D.H.D. (2002). L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974-1999). *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 42(4), 337-358.
14. Bui D.H.D. (2004). La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004). *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 44 (3), 271-348
15. Calman N. & Hauser D. (2004). U.S. Policies to Address Physician Maldistribution. Working paper. International Health Workforce Conference, 7-9 Octobre 2004, Washington, D.C.
16. Chen L., Evans T., Anand S., Boufford J.I., Brown H., Chowdhury M., Cueto M., Dare L., Dussault G., Elzinga G., Fee E., Habte D., Hanvoravongchai P., Jacobs M., Kurowski C., Michael S., Pablos-Mendez A., Sewankambo N., Solimano G., Stilwell B. de W.A. & Wibulpolprasert S. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 364(9449), 1984-1990.
17. Conseil ontarien des affaires rurales (2003). Recrutement et maintien des effectifs des prestataires de santé ruraux : Guide d'information.
18. Council on graduate medical education (1998). Physician distribution and health care challenges in rural and inner-city areas. Council on Graduate Medical Education. Tenth Report. U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C.
19. Couffinhal A., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2002). Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. CREDES, *Questions d'économie de la santé*, 61, 6 pages.
20. Cooper R.A. (1995). Perspectives on the physician workforce to the year 2020. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 274(19), 1534-1543.

21. Cooper R.A. (2004). Weighing the evidence for expanding physician supply. *Ann.Intern.Med.* 141(9), 705-714.
22. Cooper, R.A. & Getzen T.E. (2002). The Coming Physician Shortage. *Health Affairs* 21(2), 296-29.
23. Cooper R.A., Getzen T.E., McKee H.J. & Laud P. (2002). Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs* 21(1), 140-154.
24. Crump W.J., Barnett D. & Fricker S. (2004). A sense of place: rural training at a regional medical school campus. *J.Rural.Health* 20(1), 80-84.
25. Denton F.T., Gafni, A. & Spencer B.J. (2001). Population change and the requirements for physicians: the case of Ontario. *Canadian Public Policy - Analyse de politiques* XXVII(4), 469-485.
26. Easterbrook M., Godwin M., Wilson R., Hodgetts G., Brown G., Pong R. & Najgebauer E. (1999). Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *CMAJ.* 160(8), 1159-1163.
27. Evans R.G. (1998). New bottles, same old wine: right and wrong on physician supply. *Canadian Medical Association Journal* 158(6), 757-759.
28. Feil E.C., Welch H.G. & Fisher E.S. (1993). Why estimates of physician supply and requirements disagree. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 269(20), 2659-2663.
29. Felix H., Shepherd J. & Stewart M.K. (2003). Recruitment of rural health care providers: a regional recruiter strategy. *J.Rural.Health* 19 Suppl 340-346.
30. Fooks C., Duvalco K., Baranek P., Lamothe L. & Rondeau K (2002). La planification des ressources humaines en santé au Canada: les enjeux des professions médicale et infirmière. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
31. Fournier M.-A., Contandriopoulos A.-P., Diene C.-P. & Trottier L.-H (2004). Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, secteur santé publique faculté de médecine. Université de Montréal.
32. Fryer G.E., Jr., Meyers D.S., Krol D.M., Phillips R.L., Green L.A., Dovey S.M. & Miyoshi T.J. (2002). The association of Title VII funding to departments of family medicine with choice of physician specialty and practice location. *Fam.Med.* 34(6), 436-440.
33. Gavel P. (2004). Programs and policies to redistribute physicians to high need areas - Australia. International Health Workforce Conference, 7-9 Octobre 2004, Washington, D.C.
34. Goodman D.C., Fisher E.S., Bubolz T.A., Mohr J.E., Poage J.F. & Wennberg J.E. (1996). Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 276(22), 1811-1817.
35. Gravelle H., Sutton M. (2001). Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales, 1974-1995. *Journal of Health Services Research and Policy*, 6 (1): 6-13.
36. Holmes G.M. (2004). Does the National Health Service Corps Improve Physician Supply in Underserved Locations? *Eastern Economic Journal.* Fall 2004 30: 563-811.
37. Holub L. & Williams B. (1996). The general practice rural incentives program, development and implementation: progress to date" *The Australian Journal of Rural Health*, 4: 117-127.
38. Humphreys J., Jones J., Jones M., Hugo G., Bamford E. & Taylor, D. (2001). A critical review of rural medical workforce retention in Australia. *Aust.Health Rev* 24(4), 91-102.
39. Jiang H.J. & Begun J.W. (2002). Dynamics of change in local physician supply: an ecological perspective. *Soc.Sci.Med.* 54(10), 1525-1541.
40. Kamien M. (1998). Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors'1986 intentions. *Medical Journal of Australia*, 169: 318-321.
41. Kopetsch T. (2003). [German experience of planning medical installations]. *Cah.Sociol.Demogr.Med.* 43(3), 529-544.
42. Krist A.H., Johnson R.E., Callahan D., Woolf S.H. & Marsland D. (2005). Title VII funding and physician practice in rural or low-income areas. *J.Rural.Health* 21(1), 3-11.
43. Lapolla M., Brandt E.N., Jr., Barker A., & Ryan L. (2004). State public policy: the

- impacts of Oklahoma's physician incentive programs. *J.Okla.State Med.Assoc.* 97(5), 190-194.
44. Leduc N., & Bilodeau H. (2003). Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées. Actes du colloque: Les ressources humaines du système de santé : perspectives locales et régionales ". Situations et expériences à l'étranger.. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 43(3), 505-527.
45. Mable A.L. & Marriott J (2001). Steady state: finding a sustainable balance point, international review of health workforce planning. Human health resources strategies division, Health Canada.
46. Maclsaac P., Snowdon T., Thompson R. & Wilde T. (2000). Case management: a model for the recruitment of rural general practitioners. *Aust.J.Rural.Health* 8(2), 111-115.
47. Malaty W. & Pathman D.E. (2002). Factors affecting the match rate of rural training tracks in family practice. *Fam.Med.* 34(4), 258-261.
48. Maynard A. & Walker A. (1997). The physician workforce in the United Kingdom: issues, prospects, and policies. The Nuffield Trust, Leeds.
49. McCreedy W., Jamieson J., Tran M. & Berry S. (2004). The first 25 years of the Northwestern Ontario Medical Programme. *Can.J.Rural.Med.* 9(2), 94-100.
50. Niel X. (2001). Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 41(2), 141-172.
51. Organisation of economic cooperation and development (2002). Geographic imbalances of Human Resources for Health Care System Size: determinants and policy response. OCDE. Paris.
52. Pathman D.E., Konrad T.R., King, T.S., Taylor, D.H., Jr. & Koch, G.G. (2004). Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Med.Care* 42(6), 560-568.
53. Pathman D.E., Konrad T.R., Dann R. & Koch G. (2004). Retention of primary care physicians in rural health professional shortage areas. *Am.J.Public Health* 94(10), 1723-1729.
54. Politzer R.M., Hardwick K.S., Cultice J.M. & Bazell C. (1999). Eliminating primary care health professional shortage areas: the impact of Title VII generalist physician education. *J.Rural.Health* 15(1), 11-20.
55. Polton D. (2000). Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de service collectif sanitaire. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques, Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, and Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. 2000. Paris, La documentation française.
56. Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W. & Hazelwood C.E. (1999). A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 281(3), 255-260.
57. Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W. & Paynter N.P. (2001). Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 286(9), 1041-1048.
58. Rabinowitz H.K., Diamond J.J., Markham F.W. & Rabinowitz C. (2005). Long-Term Retention of Graduates from a Program to Increase the Supply of Rural Family Physicians. *Academic Medicine* 80(8), 728-732.
59. Randolph GD. & Pathman E. (2001). Trends in the rural-urban distribution of general pediatricians. *Pediatrics* 107(2), E18.
60. Rolfe I.E., Pearson S.A., O'Connell D.L. & Dickinson J.A. (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, 512-517.
61. Rolfe I.E., Pearson S.A., Cleary E.G. & Gannon C (1999). Attitudes towards community medicine: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Med Educ*, 33(8), 606-11
62. Rosenthal T.C. (2000). Outcomes of rural training tracks: a review. *J.Rural.Health* 16(3), 213-216.
63. Ryten E., Thurber A.D. & Buske L. (1998). The Class of 1989 and post-MD training. *Canadian Medical Association Journal* 158(6), 731-737.
64. Sempowski I.P. (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and

- underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can.J.Rural.Med.*, 9(2), 82-88.
65. Shannon C.K. (2003). A community development approach to rural recruitment. *J.Rural.Health* 19 Suppl 347-353.
66. Sibbald B. (2005). Putting general practitioners where they are needed: an overview of strategies to correct maldistribution. NPCRDC, working paper.
67. Simoens S., Hurst J. (2006). The supply of physician services in OECD countries: determinants and policy response. Organisation of economic cooperation and development. OECD, health working paper, 21.
68. Stearns J.A., Stearns M.A., Glasser M., & Londo R.A. (2000). Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians. *Fam.Med.* 32(1), 17-21.
69. Stoddart G.L. & Barer M.L. (1999). Will increasing medical school enrolment solve *Canada's physician supply problems? Canadian Medical Association Journal* 161(8), 983-984.
70. Szafran O., Crutcher R.A. & Chaytors R.G. (2001). Location of family medicine graduates' practices. What factors influence Albertans' choices? *Can.Fam.Physician*, 47, 2279-2285.
71. Taylor D.H., Jr. (1998). The natural life of policy indices: geographical problem areas in the U.S. and U.K. *Soc.Sci.Med.* 47(6), 713-725.
72. Van Lerberghe W., & Ferrinho P. (2002). From human resource planning to human resource impact assessment: changing trends in health workforce strategies. *Cah.Sociol.Demogr.Med.* 42(2-3), 167-178.
73. Whitcomb M.E. (1995). A cross-national comparison of generalist physician workforce data. Evidence for US supply adequacy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 274(9), 692-695.

Annexe 1
Le questionnaire adressé au CR-ONDPS
pour documenter chaque mesure

Annexe 1

Le questionnaire adressé au CR-ONDPS pour documenter chaque mesure

Questionnaire - IRDES

Pour chaque dispositif visant à inciter les professionnels de santé à exercer dans certains lieux de soins particuliers ou à choisir des spécialités particulières, merci de remplir un exemplaire de ce questionnaire.

Vous pouvez joindre tous les documents que vous jugerez pertinents afin de compléter les informations consignées dans cette fiche.

Description du dispositif	
Dans quelle classe de la typologie la mesure s'inscrit-elle ?¹⁴	
Quelle est la nature de la mesure mise en œuvre ? (détailler, joindre tout document utile)	
Acteurs et moyens impliqués pour le montage - Qui assure le pilotage de cette mesure ? - Qui assure le financement de cette mesure (joindre tout document utile) ? - Apport d'information	
Quelles sont les motivations de la mesure ?	
Quels sont les objectifs de la mesure ?	
Prise de décision - Quel est l'acteur décisionnaire de cette politique ? - La disposition est-elle la déclinaison au niveau local d'une politique nationale ? - La disposition s'inscrit-elle dans le cadre d'une politique régionale coordonnée de démographie des professions de santé ? - Qui sont les partenaires de la prise de décision ?	

¹⁴ Voir la typologie dans le protocole ci-joint.

Public concerné - Quelle(s) profession(s) de santé est (sont) concernée(s) par cette mesure ? - S'il y a lieu, quel mode d'exercice (libéral/hospitalier) est concerné ? - Un lieu d'exercice particulier est-il visé par cette mesure (campagne, banlieue, urbain...)	
Mise en oeuvre	
Agenda - A quelle échéance les premiers résultats de cette mesure étaient-ils / sont-ils attendus ? - Quand cette mesure a-t-elle été mise en place pour la première fois ? - Pour combien de temps cette mesure a-t-elle été prévue initialement ? - La mesure a-t-elle subi des modifications au cours du temps ? - Le renouvellement ou la pérennisation de cette mesure est-il prévu ?	
Coordination - Comment se fait la coordination de la mesure ? (qui assure la viabilité des résultats)	
Mesures d'accompagnement et de suivi	
Analyse / évaluation de cette politique	
La disposition a-t-elle fait l'objet d'une évaluation ? (joindre le cas échéant les rapports, notes ou tout autre document produit à cette occasion)	
Qui a réalisé cette évaluation, dans quel contexte ?	

Quels ont été les conclusions de cette évaluation ?	
Quels ont été les moyens mis en œuvre ? - Financier - Humain	
La mesure a-t-elle été reconduite ou renouvelée ?	
Sur quels arguments ?	
La mesure a-t-elle généré des effets négatifs lors de son application au niveau local ?	
Communication / diffusion des résultats et évaluation	
La communication des résultats de la mesure a-t-elle été prévue ?	

Les réponses à ce questionnaire sont consultables pour chaque région sur le site de l'Irdes : http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/Rap2006/rap1635ann3.pdf.

Annexe 2
Glossaire

Glossaire

ADS	Agents de santé
AMP	Aide médico psychologique
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANMIL	Association neuchâteloise des médecins et des infirmiers libéraux
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARHIF	Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France
ARMEL	Association de régulation des médecins libéraux
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
AS	Aide soignant
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASH	Agents des services hospitaliers
ASHQ	Agents des services hospitaliers qualifiés
ASR	Assistant spécialiste régional
ATE	Allocation territoriale d'étude
C2R	Centre régional de ressources pour l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé
CAPS	Centre d'accueil de la permanence des soins
CCA	Chef de clinique associé
CCA	Certificat de capacité d'ambulancier
CCM	Comité consultatif médical
CDD	Contrat à durée déterminée
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CFP	Centre de formation pédagogique
CG	Conseil général
CH	Centre hospitalier
CHIC	Centre hospitalier intercommunal
CHS	Centre hospitalier spécialisé

CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIBC	Centre interinstitutionnel de bilan des compétences
CIDJ	Centre d'information et de documentation pour la jeunesse
CIO	Centre d'information et d'orientation
CLIC	Centre local d'Information et de Coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CMR	Caisse maladie régionale - Assurance maladie des professions indépendantes
CNACL	Caisse nationale des agents des collectivités locales
CNASEA	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COC	Comité d'orientation et de coordination
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CR	Conseil régional
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRIPPM	Centre de ressources et d'information sur les professions paramédicales
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CSPPM	Conseil supérieur des professions paramédicales
CTE	Comité technique d'établissement
CTLE	Comité technique local d'établissement
CUB	Communauté urbaine de Bordeaux
DAEI	Direction des Affaires économiques et internationales
DATAR	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DCEM	Deuxième cycle d'études médicales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP	Direction départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle-
DEI	Diplôme d'Etat infirmier
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et organisation des soins
DIES	Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DMG	Département de médecine générale
DMP	Dossier médical personnel
DPAP	Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture
DPAS	Diplôme professionnel d'aide-soignant
DPRS	Direction du personnel et des relations sociales
DPS	Dispositif de permanence des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
DRH	Direction des ressources humaines
DRSM	Direction régionale du service médical
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSI	Direction des soins infirmiers
DSSI	Direction des services de soins infirmiers
DTS	Diplôme de technicien supérieur
EEG	Electro-encéphalogramme
EMG	Electromyographie
ENC	Examen national classant
ENSEREVA	Association d'enseignement, recherche et évaluation en médecine générale
EPSDM	Etablissement public de santé départemental de la Marne
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ERSM	Echelon régional du service médical
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés, à but non lucratif-
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FMC	Formation médicale continue
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

FNDAT	Fonds national pour l'aménagement et le développement du territoire
FORMAHP	Fonds d'assurance de formation pour les établissements de l'hospitalisation privée
FSE	Fonds social européen
GIP-DL	Groupement d'intérêt public de développement local
GUR	Guichet unique des réseaux.
HAS	Haute autorité de santé
HL	Hôpital local
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire
IDE	Infirmiers diplômés d'Etat
IFCS	Institut de formation de cadre de santé
IFMEM	Institut de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale
IFMK	Institut de formation en masso-kinésithérapie
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMG	Internat en médecine générale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRTESS	Institut régional supérieur du travail éducatif et social
LCE	Lutte contre les exclusions
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MG	Médecine générale
MIR	Médecin inspecteur régional
MK	Masseur-kinésithérapeute
MMG	Maison médicale de garde
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'Assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONISEP	Office national d'information sur les enseignements et les professions
OPAC	Office public d'aménagement et de construction
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPHLM	Office public des habitations à loyer modéré

ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PEC	Projet éducatif et culturel
PEPS	Plate-forme d'échanges entre professionnels de santé
PRAPS	Programmes régionaux d'accès et de promotion des soins
PRSP	Programme régional de santé publique
RPS	Service des relations avec les professionnels de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Services d'accueil et d'urgence
SCM	Société civile de moyens
SCSM	Service de continuité des soins médicaux
SFDE	Sage-femme diplômée d'Etat
SIH	Système informatisé hôpital
SIHP	Syndicat des internes des hôpitaux de Paris SMUR Services mobiles d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire.
STIC	Serveur télématique d'identification communautaire
TELIF	Télémédecine Ile-de-France
UFR	Unité de formation et de recherche
ULD	Unité de soins de longue durée
UNIFAF	Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URCAMIF	Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France
URIOPSS	Union régionale Inter-fédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
URML	Union régionale des médecins libéraux
VAE	Validation des acquis de l'expérience
ZFU	Zone franche urbaine

