

**Rapport au ministre de la santé,
de la famille et des personnes handicapées**

**Propositions en vue d'améliorer
la répartition des professionnels
de santé sur le territoire**

Charles DESCOURS
Sénateur honoraire

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Madame Myriam REVEL, sous-directrice de l'organisation du système de soins, Madame Huguette MAUSS, son adjointe, Madame Hélène PHANER, chef du bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins et son collaborateur, Monsieur Samuel DEBUYS, chargé de l'offre libérale de soins.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. L'INÉGALE RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR DES CONDITIONS DE VIE ET D'EXERCICE JUGÉES PLUS DIFFICILES DANS LES ZONES DÉFICITAIRES	7
A. Etat des lieux.....	7
1. Les médecins.....	7
2. Les infirmiers.....	9
2.1 Un exercice infirmier libéral limité.....	9
2.2 Un fort héliotropisme des infirmiers libéraux.....	10
3. Ce constat peut également être fait pour l'ensemble des professions de santé.....	10
3.1 Les professions ayant un poids démographique important	11
<i>Les pharmaciens</i>	<i>11</i>
<i>Les Chirurgiens Dentistes</i>	<i>12</i>
<i>Les masseurs-kinésithérapeutes</i>	<i>12</i>
3.2 La répartition géographique des professions de santé à faible poids démographique.....	13
<i>Les Sages-Femmes</i>	<i>13</i>
<i>Les orthoptistes et les opticiens lunetiers.....</i>	<i>13</i>
B. Les raisons de cette inégale répartition des professionnels libéraux sur le territoire.....	14
1. Le caractère relativement secondaire de l'importance des revenus dans les critères de choix d'installation du professionnel de santé.....	14
2. L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire s'explique d'abord par des conditions de vie plus contraignantes dans les zones déficitaires.....	15
2.1 Les conditions de vie.....	15
2.2 Des conditions d'exercice jugées plus contraignantes.....	16
2.3 Les aspirations des jeunes professionnels de santé.....	16
2.4 Les spécificités propres aux zones urbaines difficiles	17
II. PRIVILÉGIER UNE PANOPLIE DE MESURES INCITATIVES S'ADAPTANT À LA DIVERSITÉ DES SITUATIONS LOCALES	19
A. Les mesures incitatives doivent aujourd'hui être préférées aux mesures coercitives	19
B. Une panoplie de mesures adaptées aux situations locales et à l'ensemble des professions de santé	20
1. Les mesures immédiatement opérationnelles.....	21
1.1 Prendre les décrets d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 relatif aux aides à l'installation même si leur efficacité paraît limitée	21
1.2 Autoriser les cabinets multisites	21
1.3 Assouplir et régionaliser les <i>numerus clausus</i> dans les facultés de médecine et de pharmacie et le nombre d'entrées dans les écoles de paramédicaux.....	21
2. Perspectives à moyen terme.....	22
2.1 Développer les incitations en matière de fiscalité et de charges sociales	22
<i>Aménager les dispositifs existants pour les rendre plus efficaces</i>	<i>22</i>
<i>Moduler les exonérations de charges sociales dont bénéficient les professionnels de santé libéraux.....</i>	<i>23</i>
<i>Etudier et développer de nouvelles pistes d'exonération.....</i>	<i>24</i>
<i>Avantages des mesures fiscales.....</i>	<i>24</i>
<i>Définir un zonage pertinent pour renforcer l'impact des mesures d'exonérations fiscales et de charges sociales</i>	<i>25</i>
2.2. Moduler la rémunération.....	26
<i>Moduler les lettres clefs C et/ou V.....</i>	<i>26</i>
<i>Mettre en œuvre des aides pérennes pour l'exercice dans des zones déficitaires</i>	<i>26</i>
2.3 Mieux valoriser le rôle des collectivités locales	27
<i>Des initiatives nombreuses au Parlement comme sur le terrain.....</i>	<i>27</i>
L'expérience menée dans le Tarn.....	28
L'expérience menée dans la Manche	28
L'expérience menée dans la Mayenne.....	28
2.4. Développer les cabinets de groupe pluridisciplinaires réels ou virtuels	29
2.5. Favoriser un exercice collectif et décloisonné.....	30
<i>Encourager le développement des réseaux de santé et de la télé-médecine.....</i>	<i>30</i>

<i>Décloisonner les secteurs hospitalier et ambulatoire.....</i>	<i>31</i>
<i>Réaffirmer l'importance des hôpitaux locaux.....</i>	<i>32</i>
<i>Favoriser la venue de professionnels libéraux à l'hôpital.....</i>	<i>32</i>
<i>Favoriser les remplacements et expérimenter un statut de collaborateur associé et ou salarié.....</i>	<i>33</i>
2.6. Agir en amont sur la formation.....	34
<i>Encourager et rendre attractif les stages dans les zones déficitaires</i>	<i>34</i>
<i>Octroyer des bourses aux étudiants s'engageant à exercer dans les zones déficitaires pour une durée déterminée</i>	<i>34</i>
<i>Mener une réflexion sur le contour des métiers.....</i>	<i>35</i>
2.7 Mieux évaluer les besoins en professionnels de santé et donner un outil de prospective aux professionnels ..	36
2.8 Répartir les effectifs par spécialité pour garantir l'accès aux spécialistes sur l'ensemble du territoire	36
CONCLUSION.....	38
SYNTHESE DES PROPOSITIONS.....	39
ANNEXES	41

INTRODUCTION

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise.

Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de **la place que les professionnels de santé y occupent**.

La société contemporaine se caractérise en premier lieu par le fait que le travail salarié continue à occuper la place centrale dans la structure sociale française. La proportion des salariés dans la population active est identique (86 %) à ce qu'elle était au milieu des années 70.

En second lieu, la diminution du temps de travail constitue également une tendance lourde des sociétés industrielles puis post-industrielles et s'accompagne, avec l'augmentation des niveaux de vie, de la volonté de disposer de temps libre pour, selon l'expression de MASLOW satisfaire le besoin d'auto-accomplissement, qui peut être défini comme l'aspiration à se réaliser, exploiter et mettre en valeur son potentiel personnel dans tous les domaines de la vie.

Les professionnels de santé n'échappent pas à ces évolutions et souhaitent également si ce n'est travailler moins, du moins travailler autrement. Monique GUERIN¹, décrit ainsi l'évolution des praticiens généralistes : « ces médecins [de l'après-guerre], à la fois débonnaires et autoritaires, qui ont été les témoins actifs de la révolution thérapeutique des antibiotiques croyaient fermement aux progrès de la science médicale. Disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, couverts d'une solide gloire locale, ces notables exerçaient avant tout un sacerdoce. Ils n'ont pas disparu, ils se sont étriés : répondeur téléphonique à partir de vingt heures, médecin de garde pour sauver les *week-end* en famille. »

Pour autant, le travail, comme le rappelle le sociologue Robert CASTEL², constitue toujours le mode dominant d'insertion et de légitimation sociale et les professionnels de santé n'échappent pas à la règle et souhaitent donc une **redéfinition de leur place dans la société et une meilleure reconnaissance de leur travail**.

Par ailleurs, le besoin de santé de la population s'est accru avec l'élévation des niveaux de vie et la généralisation de la sécurité sociale, en provoquant une augmentation continue de la demande de soins. Parallèlement, la position relative des médecins dans la société s'est trouvée, sinon contestée, du moins affaiblie par la démocratisation des savoirs, avec l'émergence de patients moins passifs face au pouvoir médical. Enfin, le médecin n'est plus investi de son seul rôle sanitaire, puisqu'il intervient à d'autres niveaux du champ médico-social, en rédigeant par exemple des certificats d'arrêt ou d'accident de travail, d'aptitude aux sports ou des attestations de coups et blessures, qui ont une portée médico-légale.

¹ Monique Guerin – Le généraliste et son patient - éditions Domino 1995.

² Jacques Kergoat et Danièle Lienard (ouvrage collectif sous la direction de)- Le Monde du travail- Editions La Découverte (Paris) septembre 1998.

L'ensemble de ces évolutions conduit les professionnels de santé à s'interroger sur leur **place dans la société, sans que celle-ci ait à ce jour, de réponse à leur apporter**. Aussi, les professionnels de santé choisissent des modes d'exercice qui répondent à leurs aspirations individuelles, qualité de vie et qualité d'exercice, plus qu'à des besoins collectifs qui restent à définir.

C'est dans ce climat que s'inscrit l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire avec la création de zones de pénurie en milieu rural et urbain défavorisé.

Cette évolution pourrait être accentuée par la féminisation des professions, et en particulier des médecins. Encore que cette féminisation constitue tout à la fois un défi et une chance pour l'avenir, les femmes aspirant à de nouveaux modes d'exercice, leur permettant de conjuguer vie professionnelle et vie privée.

La mission, qui m'a été confiée, m'a conduit à dresser un panorama de la répartition des professionnels de santé sur le territoire (IA), à en analyser les causes (IB) et à proposer une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales (II).

Cependant, il serait erroné de dissocier l'évolution de la démographie médicale de la dynamique économique et sociale des territoires sur lesquels elle s'opère. **Il ne s'agit donc pas de promettre, en particulier dans les zones rurales, le remplacement un pour un de chaque professionnel de santé.** Cela signifie de proposer une nouvelle organisation des soins s'appuyant non plus sur un professionnel de santé isolé mais sur une pratique plus collective grâce aux cabinets de groupe, à la télé médecine ou au travail en réseau. C'est ainsi, qu'un effort d'information et d'explication devra être fait auprès de la population, d'ici le tournant démographique de 2006.

I. L'INEGALE REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR DES CONDITIONS DE VIE ET D'EXERCICE JUGEES PLUS DIFFICILES DANS LES ZONES DEFICITAIRES.

Avant d'examiner les facteurs pouvant expliquer l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, un bilan de la répartition de l'offre actuelle de soins primaires en France, reprenant les conclusions du doyen Yvon BERLAND³, peut être dressé.

A. ETAT DES LIEUX

Le bilan de la répartition géographique actuelle de l'offre de soins s'appuie sur plusieurs sources - ministère, caisses d'assurance maladie ou ordres professionnels. Chaque administration ou organisme possède une définition spécifique des professions de santé avec, au final, des chiffres qui connaissent donc souvent des écarts entre eux.

Ces différences sont cependant à relativiser. Elles sont d'abord peu importantes et ne se contredisent pas. En outre, un travail commun, en cours, entre les différences fournisseurs de données aboutira prochainement au lissage des écarts avec une définition commune des différentes catégories de professionnels de santé.

1. Les médecins

Au 1^{er} janvier 2001, 196 000 médecins en exercice étaient recensés en France⁴, soit une densité de 332 médecins pour 100 000 habitants, contre 130 en 1970. Parmi eux 118 141, c'est-à-dire plus de 60%, exercent en secteur libéral. 67 670 de ces professionnels libéraux sont des omnipraticiens.

Jamais le nombre de médecins n'a été aussi élevé. Toutefois, cette population vieillit et leur nombre devrait commencer à décroître en raison des départs en retraite de nombreux praticiens non compensés par l'entrée dans la vie active de nouveaux médecins issus des classes creuses du *numerus clausus* entre 1976 et 1993. Au cours de cette période, ce dernier est en effet passé de 8671 à 3500. Depuis, il augmente régulièrement pour atteindre 4700 en 2001/2002⁵. Comme le souligne Jean de KERVASDOUE, la baisse à venir du nombre de médecins n'a pas pour conséquence inéluctable une pénurie puisque, à *numerus clausus* constant, les projections à l'horizon 2020 affichent un nombre de médecins égal à celui de 1982, période où l'idée du trop grand nombre de médecins était alors répandue. Cette dernière a d'ailleurs perduré jusqu'en 1996 avec la prime au départ en retraite pour les médecins âgés prévu par le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA).

³ Yvon BERLAND - Démographie des professions de santé – rapport au ministre chargé de la santé - 2003

⁴ Ministère de la santé - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques – Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002- Répertoire ADELI – Mai 2002

⁵ Cf. annexe 1 : évolution projetée de la densité médicale en France jusqu'en 2020.

Toutefois, cette diminution doit être corrélée aux progrès médicaux et aux évolutions de la société depuis 1982, notamment à la forte hausse de la consommation de temps médical. En effet, à la demande de soins croissante du fait de l'élévation des niveaux de vie et du vieillissement de la population s'ajoute la demande d'expertise médicale par d'autres secteurs tels que l'industrie pharmaceutique, les collectivités locales ou l'Etat. Le médecin apparaît aujourd'hui autant comme un expert polyvalent de la santé que comme un soignant.

En outre, à la baisse prévisible du nombre de praticiens, s'ajoute dès aujourd'hui leur inégale répartition géographique et un déséquilibre entre généralistes et spécialistes.

Les inégalités géographiques en matière d'installation de professionnels de santé sont anciennes, les déséquilibres dans la répartition restant inchangés depuis le 19^{ème} siècle⁶. La densité médicale par département présente une forte hétérogénéité, variant de un à quatre entre le département le plus faiblement doté, la Mayenne, avec 205 médecins pour 100 000 habitants et le département le mieux pourvu, Paris, avec 834 médecins pour 100 000 habitants.

Une analyse plus fine par canton ou par bassin de vie, montre que les inégalités de répartition sont aussi de nature *infra* départementale. C'est ainsi que des départements, apparemment bien pourvus tels que les Alpes Maritimes, ont des cantons à faible densité médicale. Inversement, des départements mal dotés, tel que le Calvados, disposent de cantons à densité médicale proche de la moyenne nationale⁷.

A l'échelon régional, le rapport du doyen Yvon BERLAND montre l'existence d'une corrélation entre la densité de médecins généralistes et celle de médecins spécialistes. Ainsi, les régions connaissant une forte densité de médecins généralistes disposent également d'une forte densité de médecins spécialistes. Alors que la moyenne nationale s'élève à 169 spécialistes pour 100 000 habitants, les régions les plus favorisées sont Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Ile-de-France, avec respectivement 220 et 234 spécialistes pour 100 000 habitants. Les moins favorisées sont situées au nord de la Loire avec, par exemple, en Picardie 110 spécialistes pour 100 000 habitants.

L'analyse doit cependant être menée activité par activité en distinguant les spécialités dites de référence des spécialités de premier recours pour lesquelles la proximité constitue un enjeu en terme d'accès aux soins. Ces dernières doivent être précisément définies en incluant, notamment, la gynécologie obstétrique, la psychiatrie ou la pédiatrie.

Globalement cependant, le rapport réalisé par la Direction Générale de la Santé (DGS)⁸ en 2001 met en évidence la densité médicale suffisante de spécialistes. La forte augmentation démographique du corps médical s'est accompagnée, entre 1984 et 2000, d'une forte croissance de la part des spécialistes, passant de 37 à plus de 51% de l'ensemble des médecins. En revanche, le problème de leur inégale répartition sur le territoire pourrait se poser avec plus d'acuité dans les prochaines années.

⁶ Jean de Kervasdoué – Rémi Pellet Le carnet de santé de la France 2000-2002 Rapport publié sous l'égide de la Mutualité française - Economica- 03/2002

⁷ Cf. annexe 3 : carte de la densité des médecins généralistes par canton.

⁸ Ministère de la santé - Direction générale de la santé - Rapport sur la démographie médicale - ministère de l'emploi et de la solidarité - juin 2001

2. Les infirmiers

Au 1^{er} janvier 2002, la Direction de la Recherche de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES) recense 410 000 infirmiers en France, soit une densité de 692 pour 100 000 habitants. Depuis les années soixante-dix, la croissance du nombre d'infirmiers est régulière. Celle-ci devrait d'ailleurs s'accélérer avec le relèvement de 43% par rapport à 1999 des quotas d'entrée dans les écoles depuis l'année 2000. Entre 1985 et 2001 le taux de croissance des effectifs a été de 39%. Depuis 2000, 26 000 infirmiers entrent annuellement en formation. Les auditions ont cependant révélé que certaines écoles, notamment en banlieue parisienne, n'avaient pas rempli leurs quotas d'élèves infirmiers.

Les projections démographiques indiquent que les effectifs infirmiers poursuivraient leur progression rapide jusqu'en 2006, puis à un rythme moindre jusqu'en 2020 : une étude de la CNAMTS⁹ projette 500 000 infirmiers en 2011 et 562 000 en 2020, soit une augmentation de 33% sur la période.

2.1 Un exercice infirmier libéral limité

L'étude de la CNAMTS met en évidence que 14,3% des infirmiers exercent en libéral, le reste étant salarié dans les secteurs publics et privés. La part des infirmiers libéraux est ainsi relativement faible. Le nombre de cotisants au régime de retraite des infirmiers libéraux (CARPIMKO) est au 31 décembre 2002 de 52 730. (Le fichier ADELI¹⁰ en recense 58 590 au 1^{er} janvier 2002). A cet égard, l'augmentation des quotas de formation depuis 2000 répond d'abord et essentiellement à la nécessité de compenser le passage aux 35 heures et les départs en retraite dans le secteur hospitalier. Une crainte des professionnels auditionnés est donc une nouvelle diminution de la proportion des infirmières exerçant en ambulatoire.

Les infirmiers libéraux avancent la faible valeur de l'acte comme l'une des causes principales du peu d'attrait pour l'exercice libéral. En outre, cette faible valeur conduit à la multiplication des actes et contribue donc à la pénibilité de la tâche. Elle a également pour conséquence l'évolution de la pratique professionnelle vers des soins de nursing. Enfin, la faible densité d'infirmiers en libéral aboutit, selon leurs représentants, à l'allongement de la journée de travail pour permettre de répondre aux besoins de soins de la population et de bénéficier de revenus suffisants.

L'exercice libéral est par ailleurs aujourd'hui concurrencé par l'exercice salarié dans le secteur public hospitalier. Ce dernier est aujourd'hui plus attractif, sinon en revenus, du moins en conditions d'exercice et de vie. Un infirmier salarié dans un hôpital a la possibilité de mettre en pratique l'ensemble de ses compétences techniques et bénéficie de la semaine de 35 heures ainsi que des avantages attachés au statut de la fonction publique hospitalière.

La formation impose également, avant la possibilité d'une installation en libéral, un *stage* de trois ans. Ce dernier se déroule en milieu hospitalier et a notamment pour conséquence la faible attractivité de l'exercice libéral en zone déficitaire. En effet, et à l'instar des médecins, la formation et le début de l'exercice professionnel se font principalement dans des centres urbains.

⁹ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – démographie des acteurs de soins primaires – actes du séminaire du 15 octobre 2002 -

¹⁰ le répertoire ADELI est un fichier automatique gérant les listes de professionnels de santé libéraux et salariés par département

Ils souhaitent donc continuer à bénéficier de ce tissu social, culturel et commercial pour le déroulement de leur carrière professionnelle.

En outre, les infirmiers libéraux voient aujourd'hui leur image professionnelle dégradée. Le travail en libéral est perçu par les jeunes infirmiers comme trop contraignant et est dévalorisé aux yeux des autres professionnels de santé en raison à la multiplication des actes de nursing au détriment d'actes plus techniques.

La hausse du nombre de places dans les écoles d'infirmiers, si elle apporte un début de réponse aux besoins hospitaliers, n'est donc pas la solution pour réduire le déficit d'infirmiers en exercice libéral. Il ne faut également pas sous-estimer la pénurie d'infirmiers dans le milieu hospitalier, pénurie accentuée par la durée relativement courte des carrières au sein de l'hôpital. L'inégale répartition sur le territoire de ces professionnels n'est donc pas limitée au seul secteur libéral.

2.2 Un fort héliotropisme des infirmiers libéraux

Comme les médecins, les infirmiers libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. Ils sont davantage installés dans les communes rurales que dans les communes périurbaines. Les départements du sud de la France ont des densités supérieures à 130 infirmiers pour 100 000 habitants, tandis que le Val de Marne, les Hauts de Seine et la Seine Saint-Denis sont dotés de moins de 40 infirmiers pour 100 000 habitants¹¹.

22% des infirmiers libéraux exercent dans des communes rurales contre 26,7% dans des villes de plus de 200 000 habitants¹². Un fort héliotropisme marque le choix du lieu d'installation pour les infirmiers libéraux. Ce phénomène peut s'expliquer, pour partie, par l'attrait du sud de la France. Il se justifie plus par la proportion plus grande de personnes âgées, consommateurs importants de soins infirmiers, dans cette zone. Cependant, cette implantation importante dans le sud conduit à une prédominance des actes de *nursing* sur les soins techniques, enfermés dans un quota et dont la nomenclature est pénalisante sur le plan financier. En effet, les actes techniques, plus consommateurs de temps sont considérés comme insuffisamment rémunérés.

Contrairement aux médecins, l'Île de France, et particulièrement Paris, sont peu pourvus en infirmiers libéraux. Outre les coûts importants représentés par l'installation et le fonctionnement d'un cabinet dans cette région, les hôpitaux leur offrent une alternative d'exercice professionnel plus valorisant et mieux rémunéré. La présence de nombreux médecins généralistes entraîne une concurrence importante et souvent préjudiciable pour les infirmiers libéraux. D'une manière générale, le constat d'une faible implantation des infirmiers libéraux peut être fait pour les villes de plus de deux cent mille habitants.

3. Ce constat peut également être fait pour l'ensemble des professions de santé

Sans atteindre l'exhaustivité du rapport du doyen Yvon BERLAND, il était nécessaire de rencontrer le spectre le plus large possible de professionnels de santé et dresser un panorama de

¹¹ CNAMTS, *Ibid.*

¹² Ministère de la santé - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002- Répertoire ADELI - Mai 2002

ces différentes professions pour pouvoir envisager globalement l'offre de soins sur le territoire et les interactions possibles entre l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

3.1 Les professions ayant un poids démographique important

A travers trois exemples, on peut constater des différences notables en terme de répartition sur le territoire

Les pharmaciens

Le nombre de pharmaciens en activité au 1^{er} janvier 2002 s'élève à 62 054 selon le répertoire ADELI et 66 694 selon le conseil national de l'ordre des pharmaciens. La grande majorité d'entre eux exerce en officine à titre libéral (33 162 selon ADELI, 27 493 selon le conseil national de l'ordre des pharmaciens) ou à titre salarié (24 309 selon ADELI, 25 829 selon le conseil national de l'ordre des pharmaciens).

La densité moyenne des officines s'établit à 38,84 pharmacies pour 100 000 habitants¹³. Les disparités de densité régionales sont relativement faibles. Elles vont de 90 pharmaciens pour 100 000 habitants en Lorraine et Picardie à 132 pour le Limousin. Cette relative homogénéité s'explique par le régime d'autorisation auquel est soumise l'ouverture des officines.

L'ouverture d'une pharmacie est en effet subordonnée à la délivrance d'une licence par le Préfet au regard de quotas de population par officine existant dans la commune d'installation, conformément aux articles L 5125-1 et suivants du code de la santé publique. L'autorisation de création est prise après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'ordre des pharmaciens.

Cette règle, réaffirmée par la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, a pour objectif de permettre la rationalisation de l'offre de service pharmaceutique et d'assurer un maillage harmonieux du territoire dans le cadre d'un réseau de proximité. En outre, elle a également pour but la résorption des officines en surnombre dans les communes. Elle constitue un exemple réussi d'une association étroite des professionnels à la décision administrative. Cette auto-régulation a fait ses preuves depuis 1941 et ne rencontre pas d'hostilité de la part des pharmaciens, qui y voient également le moyen d'assurer un chiffre d'affaire convenable.

En outre, les implantations d'officines s'inscrivent aujourd'hui dans un système de quotas -variant selon la densité de la population de la commune et en fonction du caractère urbain ou rural de la zone- est plus adaptée aux besoins pharmaceutiques de la population et fonction des évolutions géo-démographiques.

Cependant, si l'implantation géographique des officines est relativement harmonieuse sur le territoire, le nombre de pharmaciens assistants, salariés et dont la présence est prévue par la loi dans les officines à partir d'un certain montant de chiffre d'affaires, n'est pas suffisant. Si la faiblesse du *numerus clausus* est une première explication avancée par les professionnels, la fuite des jeunes diplômés vers la recherche et l'industrie et la faible attractivité des rémunérations proposées aux pharmaciens assistants apparaissent plus comme les principales raisons de cette relative pénurie.

¹³ Conseil national de l'ordre des pharmaciens - Démographie pharmaceutique - 2002.

Les Chirugiens Dentistes

Les chirurgiens dentistes en exercice sont 40 481 au 1^{er} janvier 2002 selon la DREES, et 42 378 selon l'ordre des chirurgiens dentistes, soit une densité de 68 ou 71 pour 100 000 habitants selon la source. 93% d'entre eux exercent en libéral, les autres travaillant à l'hôpital ou en centre de santé.

La densité française est dans la moyenne européenne, même si la santé bucco-dentaire de la population française est en dessous de cette moyenne. La répartition, régionale et infra régionale, des chirurgiens dentistes apparaît relativement homogène, même si l'héliotropisme et l'attractivité de l'Île de France restent marqués.

Cependant, l'offre en soins dentaires est principalement concentrée en zones urbaines. Les zones périurbaines économiquement défavorisées et les zones rurales sont le plus souvent mal couvertes. Les causes de cette situation sont souvent économiques, comme le souligne le conseil national de l'ordre national des chirurgiens dentistes : le faible niveau de revenu des patients potentiels généralement mal couverts par une assurance complémentaire ne leur permet pas d'accéder aux travaux bucco-dentaires qui non seulement permettent aux praticiens de réaliser un chiffre d'affaires suffisant mais également de pratiquer un exercice de qualité et de pouvoir s'exprimer au plan technique.

Au demeurant, l'inégalité face aux soins dentaires semble être davantage économique et sociale que géographique.

Les masseurs-kinésithérapeutes

Au 1^{er} janvier 2002, 55 348 masseurs-kinésithérapeutes étaient en activité, soit une densité nationale de 93 pour 100 000 habitants. 78% d'entre eux exercent dans le secteur libéral, soit 43 236 masseurs kinésithérapeutes.

Il existe de grandes disparités régionales, puisque la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur compte 140 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, alors que la Champagne Ardenne en compte 35.

Les disparités de densité départementales sont également sensibles avec des variations au sein des régions allant par exemple pour l'Île-de-France de 67 pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 174 à Paris.

11% des masseurs-kinésithérapeutes exercent dans des communes rurales et 29% exercent dans des communes de plus de 200 000 habitants.¹⁴

Ces disparités s'expliquent d'une part par l'héliotropisme mais également par le fait que les masseurs-kinésithérapeutes installés dans le sud de la France et dans les grandes villes peuvent y développer une activité hors nomenclature importante et rémunératrice.

¹⁴ Ministère de la santé - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002- Répertoire ADELI - Mai 2002

3.2 La répartition géographique des professions de santé à faible poids démographique

Les inégalités de répartition des professions de santé dont les effectifs en exercice libéral sont moins importants, font l'objet d'une approche particulière, notamment en terme de prospective.

Les Sages-Femmes

Au 1^{er} janvier 2002, la DREES recense 15 688 sages-femmes, exerçant majoritairement dans le secteur hospitalier (86%). Leur nombre était de 8000 en 1980. L'augmentation des effectifs a essentiellement bénéficié au secteur public hospitalier.

Dans le secteur ambulatoire libéral, la création de cabinets a augmenté de manière sensible entre 1997 et 2002. Leur nombre est passé de 1000 à 2132 sur cette période, même si cette part apparaît encore extrêmement réduite (9%)¹⁵.

La répartition des sages-femmes sur l'ensemble du territoire présente moins d'hétérogénéité que d'autres professions médicales en raison du caractère hospitalier de l'exercice. Cependant, la densité départementale pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans peut varier du simple au double¹⁶.

S'agissant des sages-femmes libérales, les inégalités de répartition régionale sont plus grandes. On dénombre par exemple trois sages-femmes libérales pour 100 000 habitants en Lorraine contre une en Picardie. Une analyse infra régionale montre également cette disparité puisqu'en Rhône-Alpes, l'Isère compte 7,6 sages-femmes libérales pour 100 000 habitants contre 2,1 dans l'Ain.

Sur l'ensemble de la France, 10% des sages-femmes libérales exercent dans des communes de moins de 5000 habitants (dont 6% dans les communes rurales). 51% des sages-femmes libérales exercent dans les dix villes de plus de 200 000 habitants¹⁷.

Les orthoptistes et les opticiens lunetiers

2309 orthoptistes exercent en France. Leur progression a été très rapide (croissance de 114 % entre 1985 et 2001), car il s'agit d'une profession complémentaire des ophtalmologues.

Leur densité régionale est encore globalement faible, même si leur nombre peut être augmenté relativement rapidement compte tenu de la durée des études (trois ans).

Cependant les douze écoles existant sur le territoire ne semblent pas pouvoir faire face matériellement à une augmentation des effectifs à former. En outre, ils exercent principalement à proximité des centres hospitaliers universitaires.

En revanche, les opticiens lunetiers sont 11 910¹⁸, soit 20 pour 100 000 habitants, répartis sur 8 147 points de vente.

¹⁵ Annexe n°2 : répartition des sages femmes selon leur mode d'exercice

¹⁶ Yvon BERLAND – *Ibid.*

¹⁷ Ministère de la santé - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002 - Répertoire ADELI – Mai 2002

Leur répartition géographique est relativement homogène, même s'ils sont principalement concentrés dans les grandes agglomérations.

Ces deux professions, qui ne partagent ni la même formation ni la même durée d'études, présentent toutefois des complémentarités avec les tâches incombant aux ophtalmologues. Il conviendrait de les renforcer, en s'appuyant sur les différents exemples européens existants.

B. LES RAISONS DE CETTE INEGALE REPARTITION DES PROFESSIONNELS LIBERAUX SUR LE TERRITOIRE

Les différents professionnels de santé auditionnés ainsi que les élus, les organismes de tutelle et les chercheurs ont cherché, ces dernières années à analyser les causes des disparités géographiques, ce qui constitue un préalable indispensable à la proposition de mesures adéquates et adaptées aux différentes réalités géographiques et professionnelles.

1. Le caractère relativement secondaire de l'importance des revenus dans les critères de choix d'installation du professionnel de santé

La question des revenus est rapidement apparue comme secondaire, même s'il existe des différences entre les professions. En effet, un médecin généraliste installé en zone rurale gagne autant, voire plus, que son confrère exerçant en zone urbaine. Ainsi, selon la DREES, les omnipraticiens et les masseurs kinésithérapeutes perçoivent des revenus supérieurs d'environ 10% à la moyenne dans les espaces à dominante rurale ou les petites unités urbaines. A l'opposé, les dentistes, comme la plupart des spécialistes ont des revenus beaucoup plus faibles dans ces zones.

En outre, plusieurs études ont été réalisées, à l'échelon national¹⁹ et dans différentes régions concluant toutes que la décision d'installation n'est pas motivée par les revenus anticipés. Ainsi, en Ile de France, seuls 0,9% des médecins ayant répondu à l'enquête de l'union régionale des caisses d'assurance - maladie se sont installés pour des raisons d'opportunité financière²⁰. En Basse Normandie, la motivation financière n'est pas retenue comme un critère déterminant dans le choix d'une installation²¹.

Par ailleurs, 54% des jeunes médecins²² ont un conjoint entrant dans la catégorie socioprofessionnelle des cadres supérieurs. Ainsi, même si le revenu du praticien est plus élevé en zone rurale, il reste inférieur aux deux revenus, dont bénéficieraient en ville ce médecin et son conjoint.

¹⁸ Ministère de la santé - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques - *Ibid.*

¹⁹ BUI DANG HA DOAN - L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974 - 1999) - Cahiers de sociologie et de démographie médicale - Janvier - mars 2003

²⁰ Union régionale des caisses d'assurance-maladie d'Ile de France - Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux - mars 2002

²¹ Union régionale des caisses d'assurance-maladie de Basse Normandie - Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux - 2001

²² Cf. annexe n°11- Ministère de la santé - Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques - Notes

Le choix d'installation des jeunes médecins dépend principalement des conditions d'exercice et de vie, dont les inconvénients en zone rurale ou en zone urbaine défavorisée ne sont pas compensés par le surcroît de rémunération.

2. L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire s'explique d'abord par des conditions de vie plus contraignantes dans les zones déficitaires.

Les auditions des différents professionnels de santé ont fait ressortir l'importance des conditions d'exercice et des conditions de vie dans le choix du lieu d'installation et du mode d'exercice.

2.1 Les conditions de vie

Le cadre de vie apparaît comme essentiel dans le choix du lieu d'installation. C'est ainsi que la région des études, l'accès aux services publics, culturels et commerciaux et les possibilités d'emploi pour le conjoint apparaissent comme les principaux déterminants du lieu d'installation, ce qui pénalise les zones rurales et périurbaines défavorisées. Une étude réalisée en 2001 par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie de Basse-Normandie auprès de jeunes médecins montre l'importance des déterminants extra-professionnels : 70% de ces derniers accordent une importance prioritaire à leur futur cadre de vie. A *contrario*, la difficulté pour le conjoint d'avoir un exercice professionnel satisfaisant (critère déterminant pour 27% d'entre eux) apparaît comme l'un des principaux freins à l'installation en milieu rural et se révèle plus importante pour les 30-40 ans et les femmes.

70% des omnipraticiens s'installent ainsi dans leur région de formation, même si de fortes disparités sont constatées entre les régions. 84% des médecins diplômés en Provence Alpes Côte d'Azur s'y installent contre 62% seulement pour la région Centre. Cette prégnance de la région de formation peut s'expliquer par la connaissance des conditions d'exercice proposées, par la constitution de réseaux professionnels et par l'accès facilité aux différents services médicaux.

Cependant, les différences de répartition se situant au niveau infra régional, cette implantation ne résout pas les problèmes de proximité d'accès aux soins. En effet, les jeunes praticiens tendent à s'installer à proximité des facultés de médecine et, en Ile de France, 47,8 % des médecins font de cette proximité du lieu d'étude un argument d'installation.

En outre, compte tenu de l'implantation du lieu de formation au centre des grandes villes, les jeunes médecins, souvent eux même issus des centres urbains, adoptent ou souhaitent conserver des styles de vie citadins et continuer à bénéficier du tissu social et commercial. Les étudiants et les jeunes médecins interrogés dans le cadre de la mission, ont unanimement insisté sur l'importance des services publics et autres auxquels ils veulent avoir accès, comme la majorité des jeunes adultes. Du fait de la féminisation des professions médicales, la possibilité de disposer à proximité de l'ensemble des services scolaires et universitaires s'avère également être un facteur important dans le choix du lieu d'installation.

Enfin, le lieu d'implantation doit offrir de réelles opportunités de travail pour le conjoint. En effet, une étude du centre de sociologie et de démographie médicale²³ montre la place prépondérante dans le choix du lieu d'installation de la possibilité pour le conjoint d'avoir une

²³ Julien GALLI- Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France - cahiers de sociologie et de démographie médicale, 42^{ème} année, n°4, 379-394, octobre - décembre 2002

activité professionnelle. Ce critère est ainsi considéré comme prioritaire par 48,6% des femmes, et 31,9% des hommes.

2.2 Des conditions d'exercice jugées plus contraignantes

Tout comme les conditions de vie, les conditions d'exercice en milieu rural ou en milieu urbain sensible répondent moins aux aspirations des professionnels de santé.

En effet, si les professionnels de santé redoutent de s'installer en zone rurale, c'est avant tout par crainte d'un exercice isolé et éloigné des centres hospitaliers. Selon l'étude menée par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie en Basse-Normandie en 2001, l'accès aux établissements de santé est un critère déterminant dans l'installation pour 49% des jeunes médecins. Cette même étude révèle également l'aspiration des jeunes médecins à une organisation professionnelle structurée qu'elle soit en groupe (26% des répondants) ou en réseau (8%).

Ils craignent par ailleurs la lourdeur de la charge de travail, la difficulté à trouver un remplaçant et la multiplication des permanences qui caractérisent les zones peu denses en professionnels de santé. Ainsi en Basse-Normandie, 36% des médecins des cantons ruraux interrogés par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie contre 26% de ceux des cantons urbains, ressentent comme une entrave à leur exercice la forte charge de l'activité. De même, la difficulté à trouver des remplaçants constitue un frein pour 68% des médecins des cantons ruraux contre 44% de ceux exerçant dans les cantons urbains. Enfin, les gardes pèsent plus en zone rurale qu'en zone urbaine puisque 40% des praticiens ruraux s'en plaignent contre seulement 26% de leurs confrères urbains.

Ensuite, la nature très spécialisée de la formation et l'éloignement géographique du centre hospitalier universitaire pour le jeune médecin installé en zone rurale peut conduire ces derniers à ressentir la pratique professionnelle dans ces zones à la fois comme dévalorisée et paradoxalement comme trop responsabilisante.

Enfin, les jeunes médecins craignent avec l'exercice en milieu rural ou en milieu urbain sensible d'avoir à assumer des responsabilités auxquelles leur formation initiale ne les a pas préparés.

2.3 Les aspirations des jeunes professionnels de santé

Il semble que les médecins souhaitent retarder leur installation. L'âge moyen de la première installation recule, 37,5 ans pour la France et 41 ans pour Paris²⁴. Le conseil national de l'ordre des médecins confirme cette tendance en affichant 36 ans pour la première installation sur le territoire national et 38,5 ans pour la capitale. Il faut cependant rappeler que l'entrée dans la vie professionnelle est plus tardive pour les médecins du fait de la durée de leurs études. Ainsi, le répertoire ADELI situe l'âge d'entrée en activité à 30 ans pour les médecins libéraux. L'écart entre l'âge d'installation et celui du début d'activité s'explique d'abord par une carrière qui débute de plus en plus dans le secteur hospitalier. Cela peut également s'expliquer par d'autres raisons, sans qu'aucune ne semble l'emporter véritablement : crainte face aux investissements à consentir -coût financier important d'acquisition d'un cabinet dans la capitale ou les grands centres urbains et charges souvent ressenties comme toujours plus lourdes - volonté de mieux maîtriser leur temps de travail en assurant des remplacements qui leur permettent de choisir et le lieu et la durée

²⁴ Union régionale des caisses d'assurance-maladie d'Ile de France- auditions – Mars 2003

de leur exercice, souvent pour une rémunération identique voire supérieure à celle de leurs confrères installés.

D'une part, les jeunes médecins souhaitent une pratique plus collective et plus technicienne de leur activité que leurs aînés, tout en ayant une amplitude horaire et une charge de travail moins élevées.

Ces souhaits se conjuguent mal aujourd'hui avec la réalité du territoire national et de l'égal accès aux soins. Il convient cependant de distinguer les zones urbaines défavorisées des zones rurales car si toutes deux connaissent des problèmes d'accès aux soins et d'inégale répartition des professionnels de santé, les zones urbaines défavorisées sont désertées pour des raisons spécifiques.

2.4 Les spécificités propres aux zones urbaines difficiles²⁵

Les difficultés dans ces zones sont liées d'une part à l'insécurité ou au sentiment d'insécurité des professionnels de santé dans leur pratique professionnelle quotidienne et d'autre part aux problèmes liés à la composante sociale de la population concernée.

Comme le souligne la délégation interministérielle à la ville, les questions de sécurité affectant les professionnels de santé ne peuvent être abordées qu'en référence au contexte global et complexe de dégradation de la qualité de vie dans ces territoires urbains. Ceux-ci concentrent des difficultés sociales, sanitaires, économiques et urbaines. Ils souffrent en outre d'un climat d'insécurité alimenté par des faits réels et un sentiment général d'insécurité qui, s'il dépasse souvent la réalité objective, a néanmoins des conséquences comparables.

Si l'insécurité concerne des faits graves -agressions ou vols- qui restent cependant exceptionnels, elle est plus généralement liée à l'accumulation de faits de moindre importance - incivilités, insultes, violences verbales, dégradations- qui tendent à se banaliser. Ces actes sont d'autant plus mal acceptés que les professionnels ne perçoivent pas les réponses policières et judiciaires qui y sont apportées. Ainsi, insécurité et sentiment d'insécurité pèsent parfois lourdement sur le moral des professionnels, leurs possibilités d'exercice et l'attractivité de ces zones.

Ces problèmes de sécurité et de sentiment d'insécurité ont pour conséquence actuelle la difficulté de trouver des remplaçants et des successeurs à la reprise des cabinets. En outre, ils ont également pour conséquence des difficultés pour la mise en place de la permanence des soins et des visites à domicile. Ces problèmes peuvent à l'extrême déboucher sur la démission pure et simple du professionnel, qui ferme son cabinet sans avoir de successeur. Cette fermeture représente pour les habitants du quartier une diminution de leurs accès aux soins et constitue un pas de plus, avec la fermeture des autres services et commerces, vers la régression sociale de celui-ci.

Il faut cependant souligner que les problèmes de sécurité et le sentiment d'insécurité tiennent en partie à l'exercice isolé du professionnel. En effet, les exercices collectifs, cabinets de groupe ou centres de santé, bénéficient à la fois d'une organisation et d'un effet de nombre qui leur permet d'éviter en partie ces difficultés.

²⁵ Ministère de la santé - Inspection générale des affaires sociales - Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé - octobre 2001 et Dr Jacques Lebas rapport sur l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville - Etudes et recherches - mars 2002.

A ces problèmes de sécurisation et de sentiment d'insécurité s'ajoute une rémunération moindre que dans les zones résidentielles en raison de la part importante de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle ou de patients étrangers.

A cet égard, les responsables des centres de santé et les syndicats de professionnels de santé libéraux, dont la clientèle dans ces territoires urbains difficiles est majoritairement désocialisée, ont souligné l'absentéisme des patients, qui pénalise leur activité et donc leur chiffre d'affaires. Ce phénomène se vérifie notamment dans le cadre des soins dentaires, ces derniers honorent très irrégulièrement leurs rendez-vous, ce qui entraîne un manque à gagner pour les praticiens ou les organismes gestionnaires. Enfin, les tarifs de remboursements attachés à la couverture maladie universelle, considérés comme trop faibles conduisent à rendre l'exercice dans ces zones encore moins attractif. Ainsi, un pourcentage important de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle peut donc être préjudiciable à la rentabilité d'un cabinet.

II. PRIVILEGIER UNE PANOPLIE DE MESURES INCITATIVES S'ADAPTANT A LA DIVERSITE DES SITUATIONS LOCALES.

A. LES MESURES INCITATIVES DOIVENT AUJOURD'HUI ETRE PREFEREES AUX MESURES COERCITIVES

Les mesures incitatives apparaissent plus efficaces et plus consensuelles que des mesures réglementaires, quelle que soit la nature de ces incitations. En effet, elles permettent d'encourager les comportements vertueux de répartition des professionnels de santé et, constitue une stratégie *gagnant gagnant*, tant pour les pouvoirs publics et les financeurs, que pour les professionnels de santé et, au final, les patients.

En outre, les exemples étrangers montrent les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des tentatives de régulation impératives. Le Royaume-Uni depuis 1945 et l'Allemagne depuis 1993, par exemple, connaissent un tel système.

Si le problème de l'inégale répartition des professionnels de santé a été résolu, le *National Health Service* (NHS) britannique et la régulation germanique ne sont pas sans poser de nouveaux problèmes.

Au Royaume-Uni,²⁶ chaque médecin pour exercer doit être inscrit sur une liste tenue par l'autorité locale de santé. L'installation est orchestrée par les *Medical Practice committees* (MPC) qui contrôlent la distribution de médecins généralistes sur une zone donnée. Les MPC sont composées majoritairement de médecins généralistes et leur avis, autrefois conforme, est consultatif depuis 1997. Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée. Quatre types de zones ont ainsi été définis : au delà de 2500 patients, les zones sont dites « désignées », entre 2100 et 2500 patients, elles sont « ouvertes », entre 1700 et 2100 patients elles sont « intermédiaires » et en deçà de 1700, les zones sont dites « restreintes ». D'autres critères tels que le caractère déshérité du lieu sont également pris en compte. Les MPC peuvent proposer, en cas d'excédent de l'offre, de refuser l'inscription sur la liste établie par le *Primary Care trust*. L'avis étant consultatif, les autorités locales peuvent ou non le suivre. Cette procédure est également à l'œuvre pour la reprise d'un cabinet existant ou d'agrandissement.

Le NHS, en créant un système d'autorisations par zones, a rendu les carrières médicales moins attractives, ce que démontre une réduction du nombre de candidats par rapport aux places offertes et le recours croissant aux médecins étrangers. Le Royaume-Uni s'oriente d'ailleurs aujourd'hui vers des mécanismes incitatifs :

- *golden hello schemes* s'adressent aux jeunes médecins qui se voient attribuer une bourse de 5000 livres
- *golden goodbye schemes* visent les médecins entre 60 et 65 ans susceptibles de partir à la retraite et prend la forme d'une prime annuelle de 10 000 livres en échange du maintien en activité
- *golden come back schemes*, en cours de négociation, visent les médecins ayant cessé leur activité et prêts à exercer à nouveau

²⁶Ministère de la santé - Inspection générale des affaires sociales - Le système de santé en Angleterre – juin 2002

La régulation en Allemagne, sur le mode d'une autorisation ou non à exercer, quant à elle, aboutit aujourd'hui à un vieillissement accéléré de la population médicale et à une baisse importante du nombre d'étudiants en médecine. En effet, cette régulation a créé un phénomène de *first in, last out* : les médecins déjà installés au moment de la mise en place de la régulation, ont pris les places dévolues par la planification, empêchant de nouvelles installations et créant une file d'attente non pas pour les patients mais pour les médecins. Ce phénomène en rendant moins attractives les professions de santé, accélère la relative pénurie de ces professionnels qui se profile également en Allemagne.

Cependant, si les mesures incitatives devaient échouer, des mesures de nature réglementaire pourraient dans les dix prochaines années être envisagées. **Ces mesures peuvent être graduelles et ne pas remettre en cause la liberté d'installation.**

C'est ainsi que certains syndicats de médecins libéraux (SML), organismes d'assurance maladie (CANAM) et experts (DATAR) suggèrent, à long terme, l'instauration d'un régime **d'autorisations administratives** pour les cabinets. D'autres, notamment la CSMF, imaginent une **régulation par la profession elle-même**, ce qui serait préférable. Ce régime de régulation des installations pourrait s'inspirer de celui des pharmaciens. Il s'agirait donc de responsabiliser les professions médicales en leur confiant la charge de se répartir le plus harmonieusement possible sur le territoire.

En attendant l'éventuelle émergence de cette autorégulation, c'est toutefois, et conformément à l'objet la mission, la piste des mesures incitatives pour résorber les inégalités régionales en matière d'offre de soins ambulatoires, qui est privilégiée. Le sens des responsabilités de l'ensemble des acteurs et leur capacité à s'organiser entre eux favoriseront la réussite de ces mesures.

En outre, ces mesures, loin de s'opposer à une éventuelle autorégulation, pourraient également constituer autant de leviers d'actions complémentaires.

B. UNE PANOPLIE DE MESURES ADAPTEES AUX SITUATIONS LOCALES ET A L'ENSEMBLE DES PROFESSIONS DE SANTE

Compte tenu de la pluralité des situations et des professions, **une réponse unique n'est pas envisageable**. En conséquence, différents instruments d'aide à l'installation doivent être développés pour rendre le dispositif attractif. En outre, les différents professionnels ne sollicitent pas tous les mêmes solutions. Ainsi, le principal syndicat national des chirurgiens dentistes, la confédération nationale des syndicats dentaires, n'est par exemple pas favorable aux aides financières à l'installation puisque de nombreux cabinets, possédant une situation financière saine et bénéficiant d'une clientèle suffisante, ne trouvent pas aujourd'hui de repreneurs malgré un prix de vente faible ou nul. En revanche, le syndicat national autonome des orthoptistes, qui souligne que leur profession est l'une des moins bien rémunérées parmi les paramédicales, souhaite la mise en place rapide de ces aides face aux coûts élevés représentés par l'installation d'un cabinet.

Cependant, au vu du nombre relativement limité de professionnels de santé libéraux concernés par l'ensemble de ces mesures, **des solutions locales, ponctuelles et adaptées** apparaissent plus pertinentes qu'une réponse unique et globale. En outre, ces solutions ne doivent pas être envisagées isolément mais emboîtées les unes dans les autres, à l'image d'une fusée à plusieurs étages, chaque étage ne pouvant donner sa pleine efficacité sans les autres, pour influencer sensiblement l'installation de ces professionnels.

Une distinction peut être opérée entre les mesures immédiatement opérationnelles et des perspectives à moyen terme

1. Les mesures immédiatement opérationnelles

1.1 Prendre les décrets d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 relatif aux aides à l'installation même si leur efficacité paraît limitée

L'article 39 de la loi de finances de la sécurité sociale 2002 prévoit **des primes à l'installation pour les professionnels de santé dans les zones déficitaires**. Deux projets de décrets relatifs, pour le premier, à la détermination de zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation et, pour le second, aux contreparties de ces dernières sont en cours d'élaboration.

Les auditions ont montré l'impact probablement limité d'une telle prime du fait de son faible montant et de son caractère non pérenne, et ce, même si le projet de décret relatif aux contreparties de l'attribution des aides à l'installation prévoit une obligation de demeurer dans une zone déficitaire pendant cinq ans.

Si ces aides à l'installation ne permettent pas de résoudre dans sa globalité le problème de la répartition géographique des professionnels libéraux sur le territoire, elles peuvent en influencer certains lors de leur choix d'installation et sont, de toute façon, attendues.

Il semble cependant que la piste des aides à l'installation, pour se révéler efficaces et réellement incitatives, devrait prévoir de les verser sur plus de cinq ans et, en terme d'équité, s'accompagner également d'une aide au maintien pour les professionnels déjà installés dans les zones déficitaires.

1.2 Autoriser les cabinets multisites

Le conseil national de l'ordre des médecins est en train de réécrire l'article 85 du code de déontologie, pour permettre sous certaines conditions, **l'installation de cabinets multisites en particulier dans des zones démographiquement déprimées** où une installation permanente n'est pas économiquement viable mais où l'offre de soins de proximité doit être maintenue pour des raisons de service public. Cette présence physique, même à temps partiel, d'un médecin contribue fortement au sentiment de sécurité médicale du patient, comme l'ont souligné les élus locaux auditionnés. Il est souhaitable que ces propositions soient rendues rapidement publiques.

1.3 Assouplir et régionaliser les *numerus clausus* dans les facultés de médecine et de pharmacie et le nombre d'entrées dans les écoles de paramédicaux

La remontée du *numerus clausus* est indispensable pour retrouver un niveau global de densité qui rende possible les actions corrigeant les disparités constatées entre les régions et à l'intérieur même des régions. C'est ainsi que le *numerus clausus* pour les médecins est passé de 4700 en 2002 à 5100 en 2003.

Cette augmentation des *numerus clausus* ou des places dans les écoles en fonction des professions concernent l'ensemble des carrières médicales et paramédicales, mais n'atteindra son plein effet qu'entre trois et dix ans, selon les professions.

Cet accroissement brut aura cependant un effet limité en terme de réduction des inégalités interrégionales et pourrait même s'avérer préjudiciable, s'il n'est pas accompagné à moyen terme des ajustements tels que la **régionalisation**, mais aussi de sa fixation non pas en fonction des besoins en personnel médical des centres hospitaliers universitaires mais **des besoins de la population**.

Il est donc essentiel qu'une réflexion soit rapidement engagée sur les modalités de fixation du *numerus clausus*.

2. Perspectives à moyen terme

Plusieurs types de mesures sont envisagés. Il s'agit tout d'abord de propositions relevant de la fiscalité ou des cotisations sociales. Plus fondamentalement, il est ensuite proposé de promouvoir et de faciliter les initiatives des collectivités locales en matière d'installation de professionnels de santé. Enfin, des modes d'exercices plus collectifs et répondant mieux aux aspirations des professionnels de santé doivent leur être proposés. Toutes ces mesures, cependant, nécessitent du temps de réflexion et du temps pour les voir jouer leur plein effet.

2.1 Développer les incitations en matière de fiscalité et de charges sociales

Des dispositifs d'exonération existent, qu'il faut rendre plus performants, tout en instaurant de nouvelles mesures, ciblées et efficaces.

L'impact de ces mesures sera d'autant plus grand qu'elles seront mises en œuvre dans **un cadre contractuel**. Le professionnel de santé souhaitant en bénéficier, ne pourra le faire qu'en s'engageant à exercer, pour une période donnée, sur un territoire défini comme déficitaire.

Aménager les dispositifs existants pour les rendre plus efficaces

De nombreux dispositifs existent et reposent sur un zonage multiforme, urbain et rural. Les zones franches urbaines sont le dispositif le plus connu. Quarante zones ont été créées par la loi 96-987 du 14 novembre 1996, et quarante et un zones nouvelles le seront prochainement. Ces zones permettent à tous les professionnels, et donc aux professionnels de santé libéraux de bénéficier des exonérations fiscales et sociales qui y sont attachées :

- **Exonération d'impôt sur le revenu (IR), sur les bénéfices non commerciaux ou sur les sociétés (IS), pendant cinq ans.** Les bénéfices sont soumis à l'IR ou à l'IS à hauteur de 40% à 80%, étalés dans le temps.
- En outre, les professionnels de santé libéraux installés dans ces zones franches bénéficient également d'une **exonération des cotisations maladie et maternité**.
- S'ils sont employeurs, ils bénéficient également d'une **exonération sur les**

cotisations patronales. Il pourrait être demandé à la direction de la législation fiscale un bilan de l'effet des zones franches quant à l'installation des professionnels libéraux.

Dans les communes de moins de deux mille habitants, **les conseils municipaux peuvent exonérer de taxe professionnelle les médecins et auxiliaires médicaux** (article 1464 D du code général des Impôts). Cette exonération est de deux ans à partir de leur installation. En outre, les délibérations d'exonérations prises par les groupements de communes à fiscalité propre, le département ou la région s'appliquent pour leur part de taxe professionnelle, dans les communes de moins de 2000 habitants dans leur ressort géographique. Ce dispositif, soit **parce qu'il est peu adapté ou mal connu a été peu utilisé**, comme l'a souligné la direction générale de la législation fiscale. Ainsi, en 2001, seules 1650 communes, ont voté une telle exonération. Toutefois, le cadre juridique existe et pourrait être aménagé pour concerner l'ensemble des zones considérées comme déficitaires. Il est à noter, notamment dans la perspective du développement d'un exercice collectif que le plafond actuel paraît insuffisant et mal adapté.

Enfin, les collectivités locales ont sur les zones franches, mais également sur les territoires ruraux de développement prioritaire et les zones de redynamisation urbaine la **possibilité d'exonérer du paiement de la taxe foncière pendant deux ans**, suivant la création du cabinet.

Moduler les exonérations de charges sociales dont bénéficient les professionnels de santé libéraux

Actuellement, l'article L 162-5-11 dispose que les caisses prennent en charge une partie des cotisations d'assurance vieillesse, de cotisations familiales et de cotisations maladie maternité dues par les médecins généralistes et spécialistes de secteur 1, quel que soit leur lieu d'implantation.

La part de l'assurance vieillesse, prise en charge par les caisses est aujourd'hui de deux tiers pour les médecins généralistes et de 56,7% pour les spécialistes, la différence s'expliquant par l'absence de convention spécifique avec les spécialistes.

S'agissant des prestations familiales, le taux de cotisation pour les praticiens en secteur I est le suivant :

	Généralistes	Spécialistes
A la charge du médecin	0,4% sous le plafond sécurité sociale 2,5% sur le montant supérieur du plafond	1,1% sur l'intégration des revenus 1,8% sur le montant supérieur au plafond
A la charge de l'assurance-maladie	5% sous le plafond sécurité sociale 2,9% sur l'intégralité	1,8% sous plafond sécurité sociale 2,5% sur l'intégralité

Enfin, s'agissant des cotisations maladie- maternité, le taux de cotisation à charge de l'assurance maladie est de 9,7% pour les généralistes et 8,2 % pour les spécialistes, à charge des médecins : 0,11% pour les généralistes et 1,61% pour les spécialistes.

Il pourrait être envisagé de moduler, à la hausse comme à la baisse, la part prise en charge par les caisses en fonction de la zone où s'installent les professionnels. Le critère territorial retenu pourrait être celui prévu à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002.

Sous réserve d'une expertise juridique plus fine, une telle mesure, dont l'impact auprès des professionnels reste à déterminer, pourrait être prise dans le cadre réglementaire. En outre,

cette modulation peut être envisagée uniquement dans le cadre de la réforme à venir de l'assurance maladie et, surtout, **dans un climat de confiance et un dialogue restauré entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.**

Etudier et développer de nouvelles pistes d'exonération

La possibilité pourrait être donnée aux collectivités locales, situées dans les zones déficitaires mentionnées à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002, de voter une **exonération de taxe professionnelle pour les professionnels de santé** s'y installant et, le cas échéant, pour ceux déjà présents dans ces zones. Une telle mesure, pour être efficace, devrait être au moins partiellement compensée par le budget de l'Etat. Une étude d'impact devra être menée sachant que les médecins s'acquittent de 2000 à 3000 euros de taxe professionnelle annuelle.

Il pourrait également être envisagé, sur ces mêmes zones, une **exonération partielle d'impôt sur le revenu ou sur les bénéfices non commerciaux qui pourrait se traduire par exemple, par une exonération sur les quinze mille premiers euros gagnés**, le montant devant être suffisamment élevé pour être incitatif. En effet, les mesures fiscales sont efficaces dans la mesure où l'élasticité au revenu est forte ou la hausse du revenu anticipé significative. Ainsi, pour être réellement efficace, cette exonération devra être importante. En outre, les professionnels auditionnés mettent en avant qu'elle aura un effet réel sur la répartition géographique des professionnels de santé que si elle s'applique à la fois aux professionnels s'installant dans ces zones déficitaires et à ceux déjà installés afin de les encourager à s'y maintenir.

Il pourrait également être envisagé **d'augmenter le plafond d'amortissement déductible pour les véhicules des professionnels de santé installés dans les zones difficiles d'accès**, celles où les médecins se déplacent davantage en raison de l'âge élevé des patients et de l'éloignement de ces derniers. Ce plafond, actuellement de 18 300 euros, pourrait facilement augmenter puisque cette limitation de déduction ne concerne déjà pas, les taxis, les auto-écoles et les ambulanciers.

Enfin, dans le cadre du développement des cabinets de groupe, **la récupération de la taxe sur la valeur ajoutée** pourrait être offerte aux collectivités locales achetant les locaux et les mettant à la disposition des professionnels de santé. Toutefois, il est d'ores et déjà possible pour une collectivité locale, de confier à une société d'économie mixte d'aménagement la maîtrise d'œuvre des cabinets ainsi aidés, ce qui permet de récupérer cet impôt.

Avantages des mesures fiscales

Le premier **avantage** des mesures d'exonération fiscale est qu'elles ont la faveur des professionnels libéraux, mais aussi, dans la mesure où elles sont compensées par l'Etat, des collectivités locales.

Ensuite, elles ont pour atout d'être réellement incitatives et de pouvoir être rapidement mises en œuvre.

Enfin, l'efficacité des exonérations fiscales et de charges sociales présente le double avantage sur les dispositifs réglementaires et sur les aides versées sous forme de subvention de valoriser les comportements vertueux, en l'occurrence de répartition des professionnels de santé et de pouvoir être évaluée *a posteriori*.

Définir un zonage pertinent pour renforcer l'impact des mesures d'exonérations fiscales et de charges sociales

Les zonages instaurent une discrimination positive à l'égard de territoires en crise - anciennes zones de reconversion, zones franches urbaines, zones de redynamisation urbaine, etc - ou à l'égard de territoires soumis à un handicap naturel - zones de montagne. Les zonages constituent ainsi un important **outil de territorialisation de l'action publique**. Ils permettent d'adapter avec une certaine **souplesse** les différentes politiques sectorielles soit par des incitations, soit par des restrictions. Par le ciblage qu'ils permettent, les zonages sont une façon de rapprocher les politiques publiques des besoins spécifiques de certains territoires. Ils constituent un bon principe de politique publique puisqu'ils manifestent un rapprochement des actions et des besoins locaux.

Il convient cependant de déterminer des critères de zonage pertinent afin de pallier leurs éventuelles limites.

La multiplication des zonages sur le territoire conduit à une complexité qui peut faire perdre au système une partie de son efficacité.

Afin de surmonter cet obstacle, outre la définition précise des zones sanitaires que devrait apporter le projet de décret d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, une simplification de l'ensemble des dispositifs de zonage existants permettrait de les rendre cohérents. C'est ainsi que l'éventuelle création d'un zonage spécifique aux inégalités en terme d'accès aux soins **doit s'appuyer sur une réflexion partagée entre l'ensemble des acteurs**. En effet, l'établissement de périmètres résultant de l'application non concertée de critères définis nationalement, pourrait s'avouer incohérente avec les territoires réellement déficitaires à l'échelon local. Ainsi, le département de la Manche a connu une expérience de détermination des zones déficitaires en offre de soins, effectuée par l'union régionale des caisses d'assurance maladie de Basse-Normandie, qui ne correspondait pas à la réalité ressentie par les professionnels et les élus, qui les ont donc, au terme d'une concertation, redessinées.

Par ailleurs, pour endiguer le risque d'*effets d'aubaine*, l'attribution des aides, allègements ou exonérations fiscales et sociales doit s'effectuer non seulement sur la base de critères d'éligibilité mais encore sur la pertinence du projet bénéficiaire au regard des besoins réels du territoire. Un tel **cadre contractuel** permettrait donc de faire correspondre le nombre d'installations avec les besoins de la population.

Le zonage peut quelquefois créer des frontières entre des territoires aux problèmes souvent proches avec le risque d'instaurer une inégalité de traitement qui se justifie difficilement localement. Dès lors, **un lissage dans l'espace doit être imaginé** afin que les allègements fiscaux et sociaux ou les aides ne créent pas de discrimination injuste.

En somme, pour donner aux incitations fiscales leur pleine efficacité, le zonage doit être défini sous l'autorité de l'Etat, avec tous les acteurs concernés, à l'échelon régional, départemental ou intercommunal, sur la base de critères nationaux. La procédure contractuelle en permettant de faire précéder le zonage d'une phase de négociation avec les acteurs locaux contribue à mobiliser les énergies locales, et à débouche sur un diagnostic partagé répondant aux besoins de la population.

Au total, la détermination de territoires déficitaires pour les professionnels de santé, doit

être menée de manière concertée, à l'échelon local, en poursuivant un nombre d'objectifs réduits, en ciblant un petit nombre de surfaces et en proposant un niveau d'aides suffisamment élevé, privilégiant les cofinancements et prévoyant l'évaluation de leurs effets.

2.2. Moduler la rémunération

L'incitation financière peut reposer sur des exonérations fiscales, comme vu précédemment, mais également sur un changement des modes de rémunérations.

Moduler les lettres clefs C et/ou V

Actuellement, la valeur des consultations ou des visites, des actes pour les infirmiers est la même quelles que soient les contraintes techniques ou matérielles qui pèsent sur eux, telles que les difficultés d'accès.

Les contraintes d'exercice étant plus élevées dans les zones rurales ou urbaines défavorisées, il pourrait être envisagé **de majorer le tarif des consultations ou/et des visites** dans ces zones à l'image de ce qui existe au Québec. Depuis 1982, la loi 27²⁷ a instauré dans cette province et pour les trois premières années d'exercice des médecins des niveaux de tarifs différents en fonction des zones où ils s'installent. Ainsi, les praticiens exerçant dans une *région éloignée* ou *isolée* bénéficient d'un tarif majoré à 115% pour les généralistes et 120 % pour les spécialistes. A l'origine la loi avait également prévu que les médecins installés dans *une région universitaire* percevaient seulement 70% du tarif, mais cette disposition, controversée, a été annulée par le juge constitutionnel québécois en novembre 2002.

La critique faite, en France, à ce genre de mécanisme est que la lettre clef rémunère un acte intellectuel et que cet acte n'est pas différent selon le lieu d'exercice. Cependant, la lettre clef est censée couvrir l'ensemble des charges inhérentes à l'exercice médical ou à l'acte de soins et celle-ci pourrait donc être modulée selon le lieu d'exercice et l'intérêt général pour la communauté. Elle pourrait en outre, à l'exemple du Québec, être réservée aux premières années d'exercice ou inversement couvrir l'ensemble de la carrière effectuée dans les zones déficitaires. Cette dernière hypothèse semble plus juste dans la mesure où l'on cherche à moduler la rémunération en fonction de la difficulté d'exercice et des besoins de la population.

Cette mesure semble difficile à mettre en œuvre pour l'Etat car elle repose sur les négociations conventionnelles entre les partenaires. Elle peut cependant faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Mettre en œuvre des aides pérennes pour l'exercice dans des zones déficitaires

Si la modulation de la rémunération des consultations et des actes s'avère délicate, les aides peuvent prendre la forme de forfaits versés aux professionnels de santé en contrepartie d'un exercice dans ces zones et en complément des paiements à l'acte. Cette rémunération au cabinet viserait à compenser les inconvénients de l'activité dans de telles zones.

C'est dans ce contexte qu'un accord a permis de définir une rémunération spécifique pour les médecins de montagne.

²⁷ Yann BOURGUIL, Ulrike DÜRR, Gérard de POUVOURVILLE, Sophie ROCAMORA-HOUZARD - Groupe Image-ENSP - La régulation des professions de santé - Etudes monographiques - 2000

Cette solution repose cependant sur les négociations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé.

Toutefois, dans le cadre de la réforme de l'assurance - maladie, il peut être envisagé une distinction, dans la rémunération, entre les missions d'intérêt général et l'activité purement libérale. Cette dernière continuerait à être rémunérée à l'acte, tandis qu'un forfait prendrait en charge toutes les missions d'intérêt général, telles que la permanence des soins ou l'exercice dans des zones déficitaires. Une telle séparation entre les missions de service public et l'activité libérale existe déjà pour d'autres professions libérales, telles que les avocats, les notaires ou les vétérinaires. Cette séparation serait, en outre, en cohérence avec la réforme en cours du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité distinguant en effet les deux types de missions.

Au-delà, l'intérêt d'une telle réflexion réside dans le fait qu'elle pourrait être l'occasion de redéfinir la place des professionnels de santé libéraux dans l'offre de soins et, plus globalement, dans la société. Elle pourrait prendre la forme d'une réunion rassemblant l'ensemble des partenaires, sous l'égide du ministre en charge de la santé. La liste des missions d'intérêt général et les rémunérations y étant associées seraient discutées et définies au cours de cette rencontre.

2.3 Mieux valoriser le rôle des collectivités locales

De nombreux élus locaux ont pris des initiatives notamment pour favoriser l'installation en engageant des programmes d'investissement de réhabilitation de bâtiments communaux locaux ou en octroyant certains avantages aux jeunes médecins à la recherche d'une première installation, afin de favoriser l'accueil de nouveaux praticiens. Il convient aujourd'hui de valoriser et d'accompagner ces initiatives locales, qui permettent d'améliorer à la fois les conditions de vie matérielles et les conditions d'exercice des médecins dans les zones déficitaires.

Des initiatives nombreuses au Parlement comme sur le terrain

Deux propositions de loi ont été enregistrées cette année au Parlement, la première à la présidence du Sénat le 10 janvier 2003, la seconde à la présidence de l'Assemblée nationale, le 10 avril 2003, mettant en évidence l'importance de ce sujet pour les élus locaux et nationaux.

La proposition de loi déposée au Sénat ne remet pas en cause la liberté d'installation et s'appuie sur un mélange de mesures existantes et à créer. Elle définit un contrat d'objectif entre l'Etat et les médecins, reposant sur les outils incitatifs à l'installation, des dégrèvements fiscaux ainsi qu'un engagement de la part du médecin d'exercer dans la zone déficitaire durant six années. En outre, elle inscrit dans la loi d'aménagement du territoire, l'obligation pour l'Etat de créer des « maisons de santé » ou des services privés d'utilité publique.

La proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale et relative à la régulation de la démographie médicale et à l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire, prévoit la mise en place d'un *numerus clausus* à l'installation des médecins, à l'instar du dispositif en vigueur pour les officines de pharmacie, afin de réduire les écarts de densité que l'on constate aujourd'hui sur le territoire. Cette mesure s'accompagne de mesures incitatives, par l'octroi d'aides au profit des médecins généralistes s'installant en zone rurale. Elle pose également le principe de la détermination du nombre et de la répartition des étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine au-delà de la première année doit être fonction des évolutions prévisibles de la démographie médicale et des besoins de santé de la population.

Au-delà de ces deux propositions de loi, les associations d'élus se mobilisent fortement sur la problématique de la désertification sanitaire. C'était, par exemple, le sujet de l'assemblée de l'association des maires ruraux en 2002. En outre, les élus locaux ont des attentes en la matière et font preuve d'initiatives intéressantes, nombreuses et originales illustrées ici par trois expériences.

L'expérience menée dans le Tarn

Le sénateur du Tarn, Jean-Marc PASTOR, à l'origine d'une des deux propositions de loi, a présenté la situation de son département. Confrontées à l'absence d'installation de médecins généralistes libéraux depuis trois ans, cinq communes rurales de moins de 1500 habitants se sont mobilisées, dans un premier temps sans concertation entre elles, pour financer l'investissement de cabinets médicaux. L'investissement a représenté jusqu'à deux ans de budget pour ces communes.

Dans un deuxième temps, une coopération entre les services de l'Etat, le conseil général, le conseil de l'ordre, l'assurance maladie et les communes a émergé, fondée sur les intercommunalités existantes.

Devant la difficulté persistante à trouver des médecins libéraux, les acteurs locaux ont cherché et réussi à faciliter l'installation de cinq praticiens espagnols en leur proposant un logement et un cabinet. Le succès de cette initiative reste mitigé, car les médecins ne se sont pas coordonnés avec les autres professionnels de santé et plusieurs d'entre eux ont déjà quitté le Tarn.

L'expérience menée dans la Manche

Le Conseil général en étroite collaboration avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, l'union régionale des caisses d'assurance-maladie, l'union régionale des médecins libéraux et la caisse primaire d'assurance-maladie, a procédé en plusieurs étapes :

Dès novembre 2001, il a entrepris plusieurs opérations promotionnelles pour inciter des médecins à s'installer dans les zones déficitaires : réunion à l'Assemblée nationale, campagne dans les journaux professionnels et dans les facultés de médecine. Le résultat de cette opération s'est avéré modeste, puisque trois médecins seulement se sont installés, dont deux dans des cantons non déficitaires.

Le Conseil général a ensuite aidé au financement non pas de médecins mais de cabinets pluridisciplinaires, sur la base d'une carte des besoins non satisfaits établis par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie de Basse-Normandie.

Enfin, en collaboration avec une association de développement local du commerce et de l'artisanat, des études de marché ont été réalisées mettant en évidence le potentiel de certains territoires et ont permis d'attirer quatre médecins belges. En outre, pour tenter de mieux répondre à leurs aspirations personnelles, un questionnaire a été établi et a débouché sur des propositions d'installation correspondant à leur style de vie.

L'expérience menée dans la Mayenne

En Mayenne, le Conseil départemental de l'ordre des médecins a pris conscience de la faiblesse médicale, suite à des courriers de patients se plaignant du comportement agressif de certains médecins, surmenés par une amplitude de travail trop importante.

Les initiatives, plurielles, reposent sur un travail en commun avec les Conseils régionaux et généraux, l'agence régionale de l'hospitalisation, les services de l'Etat, l'union régionale des caisses d'assurance-maladie et les directeurs des centres hospitaliers :

Afin de réduire la fréquence des gardes, le nombre de secteurs a été diminué passant de trente cinq à vingt et un, l'objectif étant d'atteindre une nuit de garde et un week-end par médecin toutes les sept semaines.

Pour lutter contre l'isolement dans l'exercice professionnel, et tenir compte des aspirations des jeunes médecins, et notamment des femmes, la mise en place de statuts professionnels nouveaux a été expérimentée, avec l'accord du Conseil national de l'ordre : assistants salariés, associés temps partiel, cabinets multisites.

Enfin, toujours pour mutualiser les connaissances et réduire l'isolement un site Internet a été financé par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et le Conseil général²⁸. Il est composé de deux portails, l'un ouvert au grand public et lui permettant de connaître l'ensemble des praticiens du département et un site sécurisé, où les professionnels de santé accèdent à la formation continue, à un service de messagerie, à des dossiers médicaux partagés et au tableau de garde. Ils peuvent en outre y commander, en ligne, les ordonnances et autres documents de la caisse primaire d'assurance-maladie. Le développement de ce site, se heurte à l'absence d'accès au haut débit dans le département.

2.4. Développer les cabinets de groupe pluridisciplinaires réels ou virtuels

Les initiatives des collectivités locales visant à aider à l'investissement de cabinets pluri-professionnels et pluridisciplinaires doivent être encouragées. Ces financements permettent une diminution des charges des professionnels de santé et facilitent sa venue sans le lier dans la zone déficitaire pour l'ensemble de sa carrière.

Les professionnels y travaillant ne relèveront pas uniquement du statut libéral mais pourront également être salariés.

Cependant, afin d'une part d'éviter une concurrence entre les communes qui nuirait à l'efficacité de telles initiatives, et d'autre part d'assurer la viabilité de ces cabinets de groupe, les réflexions doivent être menées sur un bassin de population suffisamment important et si possible reposer sur les intercommunalités existantes.

Il serait contre-productif de faire peser l'entièreté des dépenses sur une seule commune, les communes concernées ayant souvent peu de moyens propres. Ces dernières ne peuvent donc pas, et ne doivent pas, financer seules de telles mesures.

Des subventions de l'Etat, des collectivités locales ou de l'assurance maladie pourraient alors être prévues pour aider ces collectivités à investir et jouer un effet de levier, notamment en faveur de l'exercice collectif.

²⁸ www.sante-mayenne.com

Une réflexion sur les transports doit être menée en parallèle sur l'organisation des transports des consultants ou sur celle des visites à domicile. L'exercice de groupe, reposant sur un bassin de population important, peut desservir un territoire aux distances kilométriques importantes. Ce constat met en lumière un paradoxe entre la recherche de proximité et le regroupement de professionnels.

En effet, s'il faut préserver le déplacement des professionnels de santé au domicile des patients immobilisés ou difficilement transportables, notamment pour les infirmiers, la pénurie médicale justifie également que le patient se déplace autant que possible dans les maisons médicales. Dans cette optique, un assouplissement des conditions de remboursement des frais de transports pourrait être envisagé.

Par ailleurs, ces maisons de santé peuvent également **prendre une forme virtuelle**. La création de cabinet de groupe en chef lieu de canton fait en effet courir le risque de fermeture ou de baisse substantielle du chiffre d'affaires des pharmacies dans les communes où plus aucun médecin n'est présent physiquement, ce qui appauvrit également ces communes. La forme virtuelle, en reliant par les technologies de l'information et de la communication les professionnels de santé, permet aux médecins qui prennent des congés, d'être remplacés par leur confrère et de mutualiser les moyens, en particulier les assistants téléphoniques, sans porter préjudice au tissu préexistant.

S'agissant du financement ou de l'aide au financement des cabinets par les collectivités locales, il devrait être juridiquement sécurisé. Outre le risque de contentieux pour concurrence déloyale qu'un professionnel non aidé par la collectivité locale pourrait engager, les chambres régionales des comptes pourraient constater l'existence d'avantages indus nés de l'utilisation de biens publics pour des intérêts privés. Par ailleurs, elles pourraient estimer que les dépenses, ici à la charge des collectivités locales, sont des dépenses relevant de l'assurance maladie puisque les frais de fonctionnement et d'investissement du cabinet sont inclus dans les honoraires versés aux médecins.

Face au grand intérêt que présentent ces cabinets pluridisciplinaires et professionnels, une réécriture des textes législatifs et réglementaires est nécessaire.

2.5. Favoriser un exercice collectif et décloisonné

Afin de rompre l'isolement redouté par les professionnels de santé exerçant dans les zones déficitaires, un exercice collectif doit être encouragé. De même, il paraît important d'optimiser la ressource médicale, notamment là où elle est rare. Le régime minier a, par exemple, entamé une réflexion visant à ouvrir ses centres de santé, principalement situés dans l'est et le nord de la France, zones déficitaires en offre de soins, aux populations des autres régimes de protection sociale.

Outre les maisons de santé, les cabinets de groupe et les centres de santé, l'exercice collectif, quant-à lui peut revêtir la forme de réseaux ou dans certains cas d'un exercice mobile. De nouvelles formes de travail et de statuts pour les professionnels doivent également pouvoir être créés. Afin de décloisonner les soins, un exercice rapprochant le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier devra être promu.

Encourager le développement des réseaux de santé et de la télé-médecine

Les réseaux de santé, mode d'exercice collectif regroupé autour d'une pathologie ou d'une population, apparaissent comme un facteur positif de maintien des professionnels de santé libéraux dans les zones déficitaires. Ils offrent à l'échelle du territoire de proximité, du secteur sanitaire ou de la région, un maillage entre les structures de santé, les professionnels exerçant en libéral, les services publics et les associations, permettent de partager des connaissances et de mieux s'orienter dans le système de santé et couvrent les champs sanitaires, médico-social et social. Les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie, en charge de la décision de financer le développement des réseaux (via la dotation régionale ad hoc) et du développement des réseaux, pourraient être encouragées à initier ou soutenir leur création dans les zones rurales et les zones périurbaines, afin d'y assurer la continuité des prises en charge.

La télé santé constitue également une pratique médicale plus coopérative et permet de sécuriser les diagnostics. Les nouvelles technologies offrent en effet des possibilités nouvelles pour l'exercice de la médecine, notamment pour la consultation à distance, la coordination des soins ou dans le domaine de la formation à distance des praticiens. Les échanges de données médicales numérisées entre centres de soins, hôpitaux et médecins favorisent de surcroît le développement de la recherche médicale et des opérations chirurgicales à distance réalisées par des équipes médicales de nationalités différentes.

La totalité des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) dispose d'un réseau informatique, de même que 80% des centres hospitaliers (CH) notamment pour les systèmes d'information administratifs. A l'heure actuelle, cependant, des zones entières du territoire national, le plus souvent déficitaires en professionnels libéraux, ne bénéficient pas de **réseau haut débit ou de couverture cellulaire**, comme l'ont fait remarquer le représentant des maires ruraux ou le président du conseil départemental de l'ordre de la Mayenne.

En matière de soins dentaires, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes a suggéré la création de **plateaux techniques mobiles**, bus ou camions aménagés, respectant les normes de sécurité sanitaire. Cette proposition paraît simple à mettre en œuvre et économiquement viable. L'investissement n'est que de 25% supérieur à celui d'un plateau technique classique. En outre, ce type d'installation peut desservir notamment des maisons de santé, des maisons de retraite ou des centres spécialisés pour personnes handicapées. Il paraît adapté aux problématiques du monde rural, en permettant de concilier proximité pour la population, et rentabilité pour les professionnels, ainsi qu'un exercice plus collectif. A titre expérimental, un tel équipement a été mis en œuvre dans le département des Hauts de Seine pour permettre un accès aux soins dentaires aux personnes sans domicile fixe. Un tel dispositif peut être imaginé pour l'ensemble des professions utilisant un plateau technique.

Décloisonner les secteurs hospitalier et ambulatoire

Beaucoup d'éléments séparent encore le monde libéral du monde hospitalier : les statuts juridiques, les modes de rémunération, les pratiques et les cultures professionnelles.

Le rapprochement entre la ville et l'hôpital apparaît une voie incontournable, en particulier dans les zones déficitaires et ce, pour plusieurs raisons :

- techniques tout d'abord, de plus en plus de patients peuvent être pris en charge en ambulatoire là où autrefois une hospitalisation était nécessaire
- d'amélioration de la qualité ensuite, pour répondre à la demande de prise en charge globale des patients.
- démographiques : la croissance de la part des personnes âgées dans la population française, impliquant d'une part de favoriser le maintien à domicile et d'autre part

d'établir des relations formalisées entre l'amont et l'aval du séjour hospitalier, lorsqu'une telle hospitalisation est inévitable, afin d'éviter des ruptures de prise en charge.

- Les territoires déficitaires conjuguent difficultés de recrutement à l'hôpital et carence des installations en libéral, d'où l'importance cruciale de mutualiser les ressources. En outre, l'un des critères des jeunes médecins dans le choix du lieu d'installation est la proximité d'un établissement de santé.

Le décloisonnement entre les secteurs hospitalier et ambulatoire passe par la réaffirmation des hôpitaux de proximité et par le développement des passerelles entre les professionnels.

Réaffirmer l'importance des hôpitaux locaux

L'exercice collectif pluri-professionnel peut utilement s'appuyer sur **l'hôpital de proximité et en particulier sur les hôpitaux locaux**²⁹. Ces derniers constituent un facteur de dynamisme dans l'installation et le maintien des professionnels de santé, comme l'a rappelé lors des auditions le représentant de l'association des généralistes des hôpitaux locaux. A côté des formes d'exercice collectif indiquées ci-dessus, je vous propose donc d'encourager le maintien et le développement de ces structures, et en particulier de leur activité de médecine et de soins de suite, comme le propose la circulaire relative aux hôpitaux locaux du 28 mai 2003.

Favoriser la venue de professionnels libéraux à l'hôpital

Il existe déjà plusieurs voies permettant la venue de médecins libéraux à l'hôpital, qui pourraient être assouplies.

Les praticiens libéraux peuvent, tout d'abord, être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier, en tant que « salariés ». Plusieurs statuts coexistent :

- La vacation, dont le niveau de rémunération est trop faible
- La situation « contractuelle »
- Le statut de praticien hospitalier à temps partiel, qui souffre d'une certaine rigidité.

Les pistes promouvant la présence de praticiens à temps partiel dans les hôpitaux doivent être encouragées. Elles passent probablement par un rapprochement des statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel, ainsi que par une homogénéisation, à la hausse, des situations des praticiens contractuels. En outre, un va et vient entre ces différents statuts doit être possible tout au long d'une carrière.

En terme de coopération, à proprement parler, de nombreuses possibilités sont déjà ouvertes par l'article L 6112-4 du code de la santé public qui dispose que « les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent-ils recourir **à l'aide technique des établissements** assurant le service public hospitalier ». Ce terme peut recouvrir un très grand nombre de coopérations entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires : accès à la documentation, à la formation. D'autres applications pourraient intervenir, par exemple dans le domaine des

²⁹ Cf. Annexe 9: implantation des hôpitaux locaux et densité des médecins généralistes par canton

vigilances³⁰. Cette aide technique doit être développée pour rompre l'isolement des professionnels de santé exerçant en ambulatoire.

De même, l'article susmentionné, permet aux médecins libéraux, en signant un contrat, de **recourir au plateau technique** des établissements de santé.

Par ailleurs, l'association au service public hospitalier (défini au titre IV de la loi du 9 janvier 1986) permet aux médecins libéraux d'exercer ponctuellement à l'hôpital public. Toutefois, les conditions de cette association n'ont jamais véritablement été précisées, sauf dans des domaines mineurs du point de vue de l'exercice médical.

Ces coopérations entre la ville et l'hôpital paraissent cependant encore peu nombreuses. Dans les zones rurales et périurbaines, afin de répondre tant aux difficultés de recrutement des hôpitaux de taille moyenne, qu'au souhait des médecins libéraux de diversifier leur exercice, il paraît intéressant de permettre au **groupement de coopération sanitaire**, seul instrument de coopération entre les établissements publics de santé et les cliniques privées, d'associer en son sein **des praticiens libéraux**.

Favoriser les remplacements et expérimenter un statut de collaborateur associé et ou salarié

Les auditions ont fait apparaître qu'une des causes récurrentes de refus d'installation en zone rurale était l'absence de possibilité de remplacement et donc la difficulté de pouvoir prendre des congés ou de trouver un successeur. Il faut **donc faciliter les remplacements temporaires en zone déficitaire**, ce qui pourrait inciter à moyen terme les professionnels concernés à s'installer dans ces territoires.

Inversement, les centres urbains, et notamment Paris, connaissent un phénomène de « professionnalisation » du remplacement - l'âge moyen d'installation est de 37,5 ans en France, et de 41 ans à Paris. Cette tendance indique peut-être une remise en cause de l'attachement à l'exercice libéral et il conviendrait donc de s'interroger sur les attentes des professionnels de santé.

Une réflexion sur le statut des médecins remplacés et remplaçants doit donc être amorcée en vue d'orienter les remplaçants vers les zones déficitaires. Comme l'a suggéré l'association des médecins généralistes exerçants à l'hôpital local (AGHL), il pourrait être envisagé de reconnaître au médecin remplacé l'accomplissement d'un service public par leur présence jour et nuit, sur des territoires peu desservis. Ce temps de travail pourrait donner droit à des journées de *repos compensateur* pour lesquelles le praticien percevrait une indemnité forfaitaire. Le remplaçant se verrait, pour sa part, attribuer le bénéfice, par exemple, d'un abattement fiscal sur les revenus liés à ce remplacement. Néanmoins cette mesure présente des difficultés de mise en place, notamment sur la définition et le montant de la rémunération.

Par ailleurs, de nouvelles formes de travail et de rémunération des professionnels de santé exerçant en ambulatoire doivent être expérimentées. Pour faciliter l'installation des jeunes praticiens, en particulier dans les zones les moins attractives, et y pallier leur manque, un nouveau statut est à l'étude, celui **d'assistant ou « collaborateur associé »** Suggéré par le doyen BERLAND dans son rapport sur la démographie médicale, il est examiné par le conseil de l'ordre national des médecins qui envisage de modifier le code de déontologie pour le rendre possible.

³⁰ Toutefois, l'arrêt du conseil d'Etat 23 février 1979, Sieur Tolub, précise que ces prestations ne peuvent être reçues qu'à titre onéreux.

Les syndicats auditionnés se disent intéressés par la réflexion sur cette nouvelle catégorie de praticiens.

Ce statut existe déjà dans d'autres professions libérales, par exemple, chez les avocats. Certes, le salariat ne semble possible que pour des cabinets de taille importante et paraît donc adapté au développement des cabinets de groupes.

Si le choix du salariat n'était pas retenu, le collaborateur libéral pourrait être rémunéré par rétrocession. Les cabinets dentaires et les officines de pharmacie connaissent depuis longtemps les « **assistants collaborateurs** » qui peuvent être salariés mais dont le statut s'apparente le plus souvent à un *louage d'ouvrage*. Dans cette hypothèse, ils disposent du matériel et de la patientèle et ils perçoivent des honoraires dont ils rétrocèdent une partie au titulaire du cabinet. Cette rétrocession est soumise à la TVA, qui est partiellement récupérable au *prorata* des chiffres d'affaires réalisés. Jacques REIGNAULT, président de la conférence nationale des professions de santé, a précisé la complète indépendance, de l'assistant collaborateur, qui doit avoir sa propre plaque, son propre carnet de rendez-vous et qui fixe ses horaires librement.

Les jeunes praticiens, de l'Intersyndicale nationale autonome des résidents (ISNAR) et du syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) sont intéressés par cette formule d'exercice, moins contraignante et moins coûteuse que l'installation en libéral.

Dans les zones déficitaires, la mise en place de ces nouveaux statuts, permettrait, en lien avec l'exonération des charges patronales et salariales, de décharger les médecins installés d'une partie de leur charge de travail. En outre, ils offriraient à de jeunes praticiens, d'exercer pour la durée de leur choix dans ces zones, sans s'y sentir définitivement engagés. Le cas échéant, à l'instar de ce qui se passe chez les avocats, leur statut pourrait évoluer, passant de salarié, à associé en prenant des parts au capital du cabinet, puis successeur.

2.6. Agir en amont sur la formation

Encourager et rendre attractif les stages dans les zones déficitaires

Tout d'abord, il pourrait être envisagé de créer dès le deuxième cycle des études de médecine un stage en ambulatoire, afin de susciter des vocations pour la médecine générale.

Par ailleurs, le stage du sixième semestre chez un praticien libéral devrait pouvoir s'effectuer plus facilement dans les zones déficitaires. En effet, les futurs médecins tendent aujourd'hui à effectuer ce stage dans la ville où ils poursuivent leurs études, ce qui ne leur permet pas de découvrir un exercice différent de leur art. La découverte d'une pratique loin du centre hospitalier universitaire, permettrait à ces futurs médecins de devenir d'abord les remplaçants occasionnels de leur tuteur, puis le cas échéant leurs successeurs dans ces zones.

Pour donner un caractère incitatif à ce stage en zone déficitaire, une prime indemnisant notamment la charge financière que cet éloignement engendre pourrait être créée.

Octroyer des bourses aux étudiants s'engageant à exercer dans les zones déficitaires pour une durée déterminée

Il a été proposé par la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) la création d'un fond de régulation de la démographie médicale,

dont le montant serait fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, et financé par l'assurance maladie. Ce fond permettrait le versement d'une bourse, dès la deuxième année, aux étudiants en médecine. En contrepartie, ces derniers s'engageraient, pour une période minimum de cinq ans, à débiter leur exercice professionnel dans une zone désignée comme déficitaire.

La CANAM estime que la proposition serait plus attractive si ces jeunes médecins étaient salariés, par exemple d'un établissement de santé, mais toutes les formes d'exercice peuvent être retenues, y compris celles de salarié d'un médecin ou de collaborateur associé proposé plus haut.

Ces bourses pourraient également être allouées à des médecins déjà en exercice pour leur permettre de se réorienter vers des disciplines reconnues déficitaires.

Ces propositions ont reçu un accueil très favorable de l'ensemble des professionnels auditionnés.

Mener une réflexion sur le contour des métiers

La piste évoquée par Yvon BERLAND dans son rapport relatif à la « démographie des professions de santé, de la famille et des personnes handicapées » remis au ministre en charge de la santé le 3 décembre 2002, d'une redéfinition du contour des métiers me paraissent particulièrement intéressantes.

Ce rapport évoque également d'autres pistes tel qu'un partage des tâches renouvelé, la création de nouveaux métiers et la mise en place de passerelles entre les différentes professions de santé.

Redéfinir de la sorte les contours de certains métiers implique dans certains cas des transferts de compétence. Ce pourrait être le cas, par exemple, entre les sages-femmes et les obstétriciens, les orthoptistes, voire les opticiens- lunetiers et les ophtalmologistes, les infirmières et les médecins pour certains actes – par exemple la surveillance de la dialyse péritonéale, les infirmières et les « auxiliaires de vie ou aides- soignantes » pour les actes de *nursing*. Il convient néanmoins d'être prudent sur cette redéfinition en l'enfermant dans un cadre strict et en la situant d'emblée sous la responsabilité des médecins.

Un tel partage des compétences, permettrait dans un premier temps de gagner du temps médical et infirmier dans les zones qui en manquent. Il favoriserait également l'accès sur ces territoires à des prescriptions ou des soins prodigués aujourd'hui par des professionnels peu nombreux et concentrés dans les villes de plus de 200 000 habitants. Par la suite, ce transfert des tâches permettrait d'augmenter rapidement le nombre de professionnels, le temps de formation des para- médicaux étant plus court. Il sera pourtant nécessaire de conjuguer cette redéfinition des tâches, avec une politique fortement incitative pour attirer les nouveaux professionnels dans les zones déficitaires.

Cependant, les auditions ont permis de constater une réticence des professionnels concernés à l'égard de ces propositions qui remettent en cause les rémunérations et peut-être plus encore la place de chacun dans l'offre de soins.

Toutefois, le doyen Yvon BERLAND, s'est vu confier une nouvelle mission visant à étudier, expérimenter et évaluer les coopérations qui pourraient être organisées entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et des professions paramédicales. Le bilan de ces expérimentations, prévu pour le début 2004, est très attendu.

2.7 Mieux évaluer les besoins en professionnels de santé et donner un outil de prospective aux professionnels

Actuellement, le *numerus clausus* qui fixe le nombre de places offertes à l'entrée de la deuxième année des études de médecine ainsi que les places ouvertes au concours de l'internat, est trop souvent fonction des besoins en temps médical des centres hospitaliers universitaires et pas assez en fonction des évolutions démographiques ni des besoins régionaux de la population.

De même, les places en écoles d'infirmières sont également déterminées à partir des seuls besoins hospitaliers.

Il est essentiel que **les besoins soient définis par région** et de façon concertée entre les différents partenaires : représentants de l'Etat, agence régionale de l'hospitalisation, élus, URML, URCAM, caisses, conseils départementaux de l'ordre, représentants des usagers.

Il apparaît donc nécessaire, pour définir le nombre de places de développer et de s'appuyer sur les **comités régionaux de la démographie des professions de santé** pour évoluer les besoins. Les conclusions du rapport des professeurs Jacques DOMERGUE et Henri GUIDICELLI³¹ vont dans ce sens en précisant que « le nombre de chirurgiens à former doit être défini par région, par spécialité, en fonction des évolutions démographiques et des besoins de la population. ». Un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ambulatoire pourrait ainsi voir le jour. Son objectif serait d'inciter à la convergence vers la moyenne nationale le ratio médecin/population dans chacune des régions et au sein de chaque région.

Certes, la régionalisation tant du *numerus clausus* que du nombre de places au concours d'internat, ne permettra pas de résoudre entièrement les inégalités de répartition régionales, puisqu'il n'existe aucune garantie de voir les médecins exercer dans leur région de formation. C'est cependant le cas de 70%³² d'entre eux, ce qui justifie une telle proposition.

Par ailleurs, plusieurs unions régionales des caisses d'assurance-maladie, par exemple en Basse Normandie et en Poitou Charente fournissent aux médecins désireux de s'installer **une véritable étude de marché** afin de les orienter là où le besoin s'en fait sentir. Ces initiatives doivent être mieux connues pour être généralisées.

L'outil informatique créé dans ces régions offre aux praticiens candidats à l'installation la possibilité d'estimer la nature de l'activité et le potentiel économique d'une installation à partir de la densité médicale par canton, le nombre d'actes ou les évolutions démographiques de la population.

2.8 Répartir les effectifs par spécialité pour garantir l'accès aux spécialistes sur l'ensemble du territoire

La densité de spécialistes est, comme nous l'avons vu, fortement corrélée à celle des médecins généralistes, ce qui rend difficile l'accès à certaines spécialités pour les populations situées en zone rurale ou périurbaine, ce qui est particulièrement pénalisant pour les spécialités de premier recours.

³¹ Professeur Jacques Domergues et professeur Henri Guidicelli – rapport sur la chirurgie française – février 2003

³² Ministère de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques- Audition Avril 2002

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs³³, une détermination des effectifs par spécialité devra être envisagée et atteindra son plein effet, en matière de réduction des inégalités géographiques de répartition, si elle intervient en parallèle d'une évaluation des besoins régionale et concertée.

Actuellement le nombre de places au concours de l'internat est fixé nationalement par grandes disciplines. Si certaines disciplines correspondent à des spécialités, deux d'entre-elles, la médecine et la chirurgie, représentant plus de la moitié des places mises au concours, correspondent respectivement à seize et treize spécialités différentes.

Dans la perspective d'une stabilisation des effectifs, il paraît important de s'assurer que les formations choisies correspondent aux besoins prioritaires. La régulation suppose ainsi que la répartition du nombre de places au concours d'internat soit faite impérativement par spécialités et par région.

³³ Guy Nicolas- Michèle Duret – Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale – juin 2001 et professeur Jacques DOMERGUE et professeur Henri Guidicelli - *ibid.*

CONCLUSION

L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et l'apparition de zones de pénurie lancent un défi à notre système de santé auquel il appartient à l'ensemble des partenaires de répondre rapidement afin de garantir aux usagers un accès aux soins de proximité respectant les principes du service public : l'égalité, la qualité, la continuité et la mutabilité. L'Etat, en tant que garant de l'accès aux soins sur le territoire, se doit d'occuper toute la place qu'il lui revient dans cette mission, régaliennne par excellence. La crise actuelle entre l'assurance maladie et les professionnels de santé légitime davantage encore cette intervention. La réforme de l'assurance maladie devra permettre la reprise du dialogue et le retour de la confiance, préalables indispensables à la réduction de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.

La situation actuelle n'est pas irréversible sous réserve d'agir sur l'ensemble des causes à l'origine de ces inégalités géographiques en améliorant la qualité de vie et les modalités d'exercice des professionnels qui y sont installés ou qui envisagent de l'être.

Les solutions passent certes par une politique d'incitation positive pouvant se traduire par des allègements d'impôts et de charges sociales ou par des aides pérennes aux cabinets. Elles passent cependant davantage par l'appui de l'Etat et de l'assurance-maladie aux collectivités locales qui soutiennent financièrement la création des cabinets de groupe pluri-professionnels et pluridisciplinaires. Mais c'est surtout sur la formation et sur l'évolution du mode d'exercice que les efforts devront porter, afin de l'assouplir et de le rendre plus coopératif.

Aucune des propositions de ce rapport n'est exclusive, l'ensemble constituant une « boîte à outils » ou chaque solution devra s'emboîter avec d'autres pour atteindre son plein effet. Régionaliser le *numerus clausus* ou augmenter le nombre de places dans les écoles sans soutenir les actions des collectivités locales et sans permettre l'évolution du mode d'exercice par exemple, ne sera pas suffisant pour pallier l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.

C'est à ce prix que les professionnels de santé pourront s'épanouir dans leur art tout en répondant aux besoins de la population et aux évolutions démographiques sur l'ensemble du territoire. Ils conserveront ainsi la place essentielle qui leur est due dans la cité moderne.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

1. Prendre les décrets d'application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 relatif aux aides à l'installation
2. Autoriser les cabinets multisites en suivant la réécriture par conseil national de l'ordre des médecins et l'article 85 du code de déontologie
3. Evaluer à l'échelon régional et de manière concertée les besoins en professionnels de santé et donner un outil de prospective aux professionnels
4. Assouplir et régionaliser d'une part les *numerus clausus* dans les facultés de médecine et de pharmacie et d'autre part le nombre d'entrées dans les écoles de paramédicaux.
5. Développer, dans un cadre contractuel, les incitations en matière d'exonérations fiscales et de charges sociales en ciblant les nouvelles mesures ciblées sur les professionnels de santé exerçant dans les zones déficitaires :
 - Exonérer du paiement de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux les quinze mille premiers euros gagnés
 - Exempter du paiement de taxe professionnelle les professionnels de santé s'installant et déjà présents dans ces zones
 - Augmenter le plafond d'amortissement déductible pour les véhicules des professionnels de santé installés dans les zones difficiles d'accès
 - Permettre aux collectivités locales achetant les locaux et les mettant à la disposition des professionnels de santé de récupérer la taxe sur la valeur ajoutée
 - Moduler les exonérations de charges sociales dont bénéficient les professionnels de santé libéraux
6. Augmenter le tarif des consultations ou/et des visites des professionnels exerçant dans les zones déficitaires
7. Mettre en œuvre des aides pérennes pour l'exercice dans des zones déficitaires
8. Encourager le financement par les collectivités locales de cabinets pluri-professionnels et pluridisciplinaires réels ou virtuels afin de favoriser un exercice collectif et décloisonné
9. Encourager le développement des réseaux de santé et de la télé médecine.
10. Réaffirmer la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins afin de développer des synergies entre ces établissements, situés majoritairement dans les zones rurales, et les médecins qui y sont installés
11. Favoriser la venue de professionnels libéraux à l'hôpital en promouvant la présence de praticiens à temps partiel dans les hôpitaux et en améliorant la situation des praticiens contractuels.

12. Développer les coopérations entre la ville et l'hôpital en permettant au groupement de coopération sanitaire d'associer en son sein des praticiens libéraux.
13. Favoriser les remplacements des médecins exerçant en zone de pénurie de façon à alléger leur exercice
14. Expérimenter un statut de collaborateur associé et ou salarié.
15. Encourager et rendre attractif les stages dans les zones rurales ou urbaines défavorisées.
16. Octroyer des bourses aux étudiants s'engageant à exercer dans les zones déficitaires pour une durée déterminée.

Annexe 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

I. Professionnels de santé exerçant en ambulatoire

Syndicats de médecins libéraux

M. ALEXANDRE, représentant de l'Alliance Intersyndicale des Médecins Indépendants de France
M. ATLANI, représentant du SMI et de l'union collégiale des chirurgiens et des spécialistes français
M. BRUN, président de l'Alliance Intersyndicale des Médecins Indépendants de France
M. CARON, représentant du syndicat des médecins libéraux
Mme CERTAIN, représentante de MG France
M. CHASSANG, président de la confédération des syndicats de médecins français
M. CABRERA, président du Syndicat des Médecins Libéraux
M. LEICHER, représentant de MG France
M. MICHEL, représentant de MG France
M. ORTIZ, représentant de la confédération des syndicats de médecins français
M. RIGAL, représentant de la fédération des médecins de France

Représentants des syndicats et associations d'étudiants en médecine

Mme COSTE, présidente de l'association des étudiants en médecine de France
M. GREGORY, représentant de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH)
M. NAZAC, président de l'intersyndicat national des chefs de cliniques assistants des hôpitaux des villes de facultés. (ISNCCA)
Mme LEBRUN, représentant de l'intersyndicat national des chefs de cliniques assistants des hôpitaux des villes de facultés
Mme de ROFFIONDE, représentante de l'Intersyndicale Nationale autonome des Résidents (ISNAR)
M. HELIS, représentant de l'Intersyndicale Nationale autonome des Résidents
M. MARCHAND, représentant de l'Intersyndicale Nationale autonome des Résidents

Représentants du syndicat national des jeunes médecins généralistes

Mme BATARDY – FERRIGNO, trésorière
Mme BUSCAIL, vice-présidente
M. FARIA, président
M. LE TAILLANDIER, chargé de mission
Mme RACHOUX, secrétaire générale
M. TERRAUX, vice-président

Unions régionales des médecins libéraux (URML)

M. HIRSCH, président de l'URML de Franche Comté

Conseil national de l'ordre des médecins

M. LANGLOIS, président
M. CHATIN, président de la section Santé publique

Conseils départementaux de l'ordre des médecins

M. BUREAU, président du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Manche
M. VENIER, président du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Mayenne

Représentants des centres de santé :

M. BEAUPIN, représentant de l'union syndicale des médecins de centres de santé
M. BREMAUD, représentant de l'union syndicale des médecins de centres de santé
M. BRODARD, représentant du comité national de liaison des centres de santé
Mme JORDAN, représentante de l'union nationale des associations coordinatrices de soins et santé (UNACSS)
Mme LANDREAU, représentante du comité national de liaison des centres de santé
M. PRIOU, représentant de l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPS)

Syndicats d'infirmiers :

Mme CACHEUX, représentante de la fédération nationale des infirmières
Mme CARONNE, représentante de Convergence infirmière
Mme HESNART, représentante de la fédération nationale des infirmières

Syndicats et ordres de chirurgiens -dentistes :

M. DUCHAUSSOIS, représentant de la confédération nationale des syndicats dentaires
M. PARFAIT, représentant de la Fédération des Chirurgiens Dentistes de France
M. REGARD, vice-président du conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes
M. ROBERT, président du conseil national de l'ordre national des chirurgiens dentistes
M. SEFEDJIAN, représentant de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux
Mme SOPPELSA, ordre des Chirurgiens dentistes

Syndicats de masseurs - kinésithérapeutes :

M. COLNAT, représentant de la fédération française des masseurs-kinésithérapeutes

Représentants des Pharmaciens :

M. AUDHOUÏ, représentant du conseil national de l'ordre des pharmaciens
M. CAPDEVILLE, président de la fédération des syndicats de pharmaciens français
M. CROUCHET, représentant de l'association des pharmacies rurales
M. JAPHET, Président de l'union nationale des pharmacies de France
M. PARROT, président du conseil national de l'ordre des pharmaciens
M. TROUILLET, représentant de l'association des pharmacies rurales

Syndicats et ordre des sages femmes :

Mme BICHERON, Présidente du conseil national de l'ordre des sages-femmes
Mme GIRONA, représentante du conseil national de l'ordre des sages femmes
Mme MAGNIOL, représentante de l'organisation nationale des syndicats de sages-femmes
Mme DAUPHIN, représentante de l'organisation nationale des syndicats de sages-femmes

Syndicat des orthoptistes

Mme ABADIE, représentante du Syndicat National Autonome des orthoptistes

II. Professionnels des établissements hospitaliers publics et privés

Représentants des conférences de l' hospitalisation publique et privée

M. DOLLET, représentant de l'association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)

M. GEOFFROY, représentant de la Fédération de l'Hospitalisation Privée.

M. FARAGGI, président d la Confédération Nationale des Hôpitaux Généraux

M. HERAULT, président de l'association des médecins généralistes exerçant dans les hôpitaux locaux (AGHL)

M. PIQUEMAL, président de la Conférence des Présidents des conférences médicales d'établissement de centres hospitaliers

M. PONSEILLE, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée

Mme QUILLET, représentante de la Fédération Hospitalière de France

M. TRUFFIER, représentant de la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'assistance privée (FEHAP)

M. VALMANY, représentant de la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers Généraux

Représentants des praticiens hospitaliers

Mme BOCHER, présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers

M. CARVIN, syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics

M. DEGOS, président du syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics

M. FARAGGI, président de la confédération des hôpitaux généraux

M. GARNIER, représentant de la coordination médicale hospitalière

M. GARRIC, représentant de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers

M. GIBERT, représentant de la coordination médicale hospitalière

M. GIRAUDBIT, représentant de la confédération des hôpitaux généraux

M. GROSS, représentant du syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics

M. MALAPET, représentant du syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics

M. MARCHAND, représentant de la coordination médicale hospitalière

M. WAGNER, syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics

III. Représentants de l'Assurance – maladie

Représentants des caisses d'assurance- Maladie:

Mme BINOIS, représentante de la caisse centrale de la mutuelle sociale agricole

Mme BLUM-BOISGARD, médecin conseil à la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles

M. CORVEZ, médecin conseil national à la caisse centrale de la mutuelle sociale agricole
Mme DI MENZA, représentante de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
Mme LEFEVRE, représentante de la caisse centrale de la mutuelle sociale agricole
Mme LEPEU, représentante de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
Mme HEULS-BERIN, représentante de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles
M. POSTEL-VINAY, directeur de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles

Représentants des unions régionales des caisses d'assurance-maladie

M. CHERASSE, représentant de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie d'Ile de France
M. DORME, représentant de la conférence des directeurs des unions régionales des caisses d'assurance-maladie
M. LOSSON, président de la conférence des directeurs des unions régionales des caisses d'assurance-maladie
M. ROBELET, représentant de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie de Poitou Charente

IV. Représentants des collectivités locales et élus

M DILAIN, président de l'association Ville et banlieue et maire de Clichy Sous-Bois (93)
M. DOMERGUE, député de l'Hérault.
Mme FELTIN, représentante de l'Association Ville et banlieue
M. JEANNE, chargé de mission au conseil général de la Manche
M. JULIE, représentant de l'Association des Petites Villes de France
M. LAVALLEY, chargé de mission au conseil général de la Manche
M. LEMOINE, député, vice-président du conseil général de la Manche
Mme MIRA, représentante de l'Association des Maires des Communes rurales de France
M. PASTOR, sénateur du Tarn
Mme SERRES COMBOURIEN, représentante de l'Association des Maires de France

V. Représentants de l'Etat

Représentants du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Représentants de l'administration centrale

M. BAUDURET, conseil technique auprès de la directrice générale de l'action sociale
Mme BLONDEAU- KATOUZIAN, direction générale de la santé
M. BRAICHET, direction générale de la santé
Mme BREUIL, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, chef de bureau des professions de santé
M. COUTY, directeur de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
M. GUIOT, direction générale de la santé
Mme LEGER, directrice générale de l'action sociale
M. LIBAUT, directeur de la sécurité Sociale, ministère de la santé
M. RUAUD, Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, bureau des officines de pharmacie

Mme SABLONNIERE, direction générale de la santé
M. TAPIN, direction générale de la santé
Mme VENENCIE, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, chef du bureau de l'exercice médical
M. ZAHARIEV, direction générale de la santé

Représentants des services déconcentrés

M. BENEVISE, président de la conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaire et sociale, directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région Rhône-Alpes
Mme WILAUME, représentante de la conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaire et sociale, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de la région Nord-Pas-de-Calais

Représentants des ARH

M. DUBOSC, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie
M. GARCIA, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine
Mme MELEDER, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Basse-Normandie
Mme PODEUR, présidente de la Conférence des Agences régionales de l'hospitalisation, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

Représentants du ministère des finances

M. CARAYON, direction du budget
M. GIRAULT, direction générale des impôts et de la législation fiscale
Mme GOBIN, direction de la prévision
M. DUVIVIER, direction générale des impôts et de la législation fiscale
Mme LEGOUT-GOLLADON, direction du budget
M. SAMSON, direction du budget

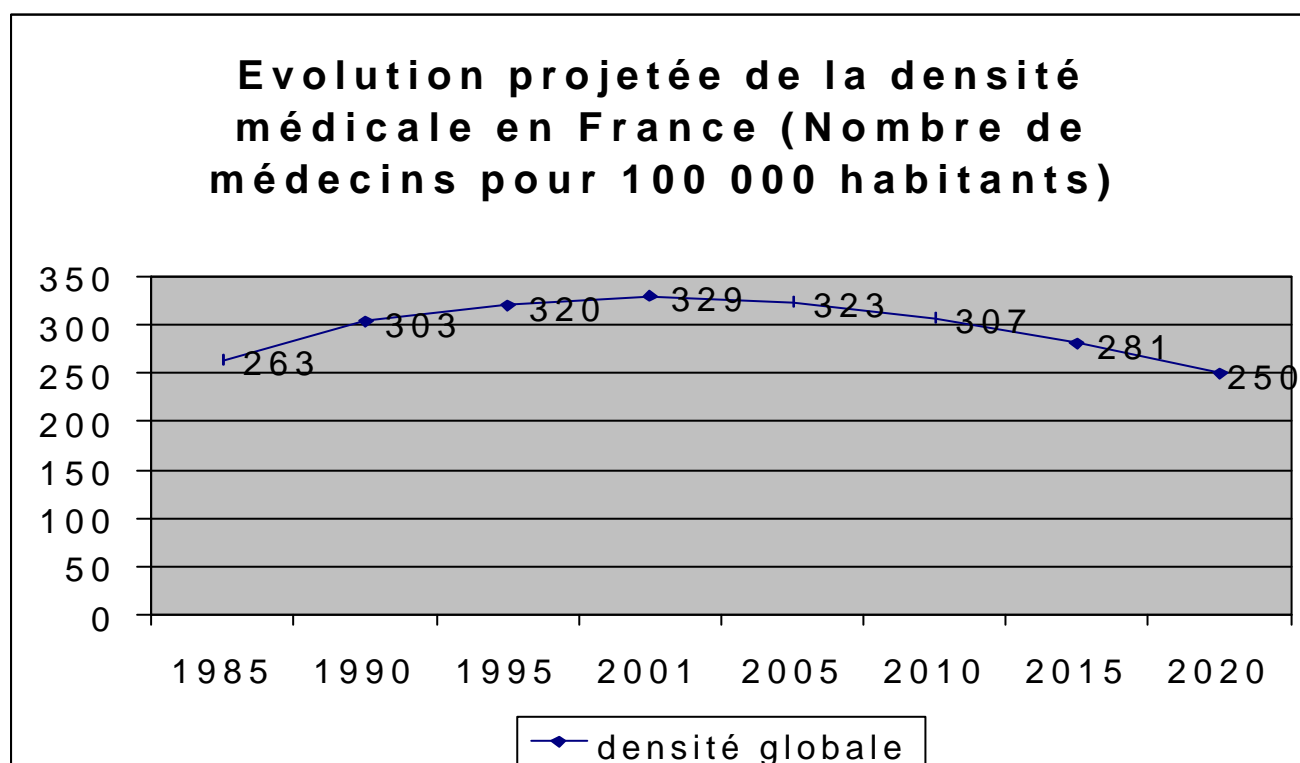
Représentant du ministère de l'agriculture

M. BALNI, ministère de l'agriculture

VI. Experts et personnalités qualifiées

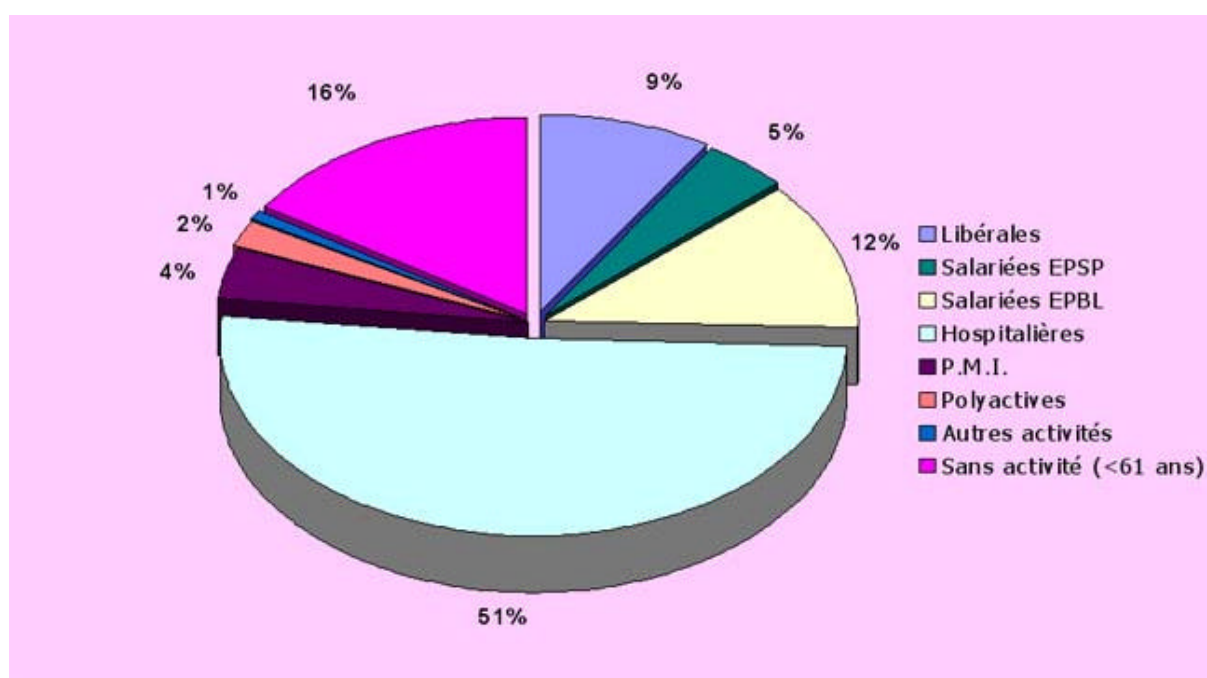
M. AUBARD, Président de la Conférence des Doyens des universités
M. BERLAND, doyen de la faculté de médecine de Marseille
M. BOUTAN, médecin ancien président de MG France
M. BRODIN, faculté BICHAT, département de santé
M. DEVEVEY, délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
Mme FONTAINE, fédération nationale des observatoire régionaux de santé
M. de KERVASDOUE, professeur au conservatoire national des arts et métiers
Mme LUCAS GABRIELLI, centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
M. NICOLAS, conseiller médical, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Mme POLTON, directrice du centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
M. REIGNAULT, président du CNPS
M. TONNELIER, centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
M. TRUGEON, président de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)

Annexe 2: évolution projetée de la densité médicale en France



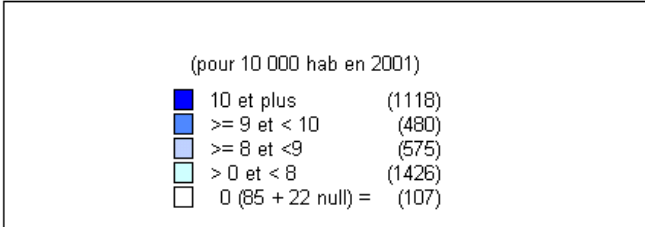
Source : DREES, études et résultats N°156, février 2002. Projection à numerus clausus constant de 4700 places à partir de 2001.

Annexe 3 : Répartition des sages-femmes en fonction de leur mode d'exercice

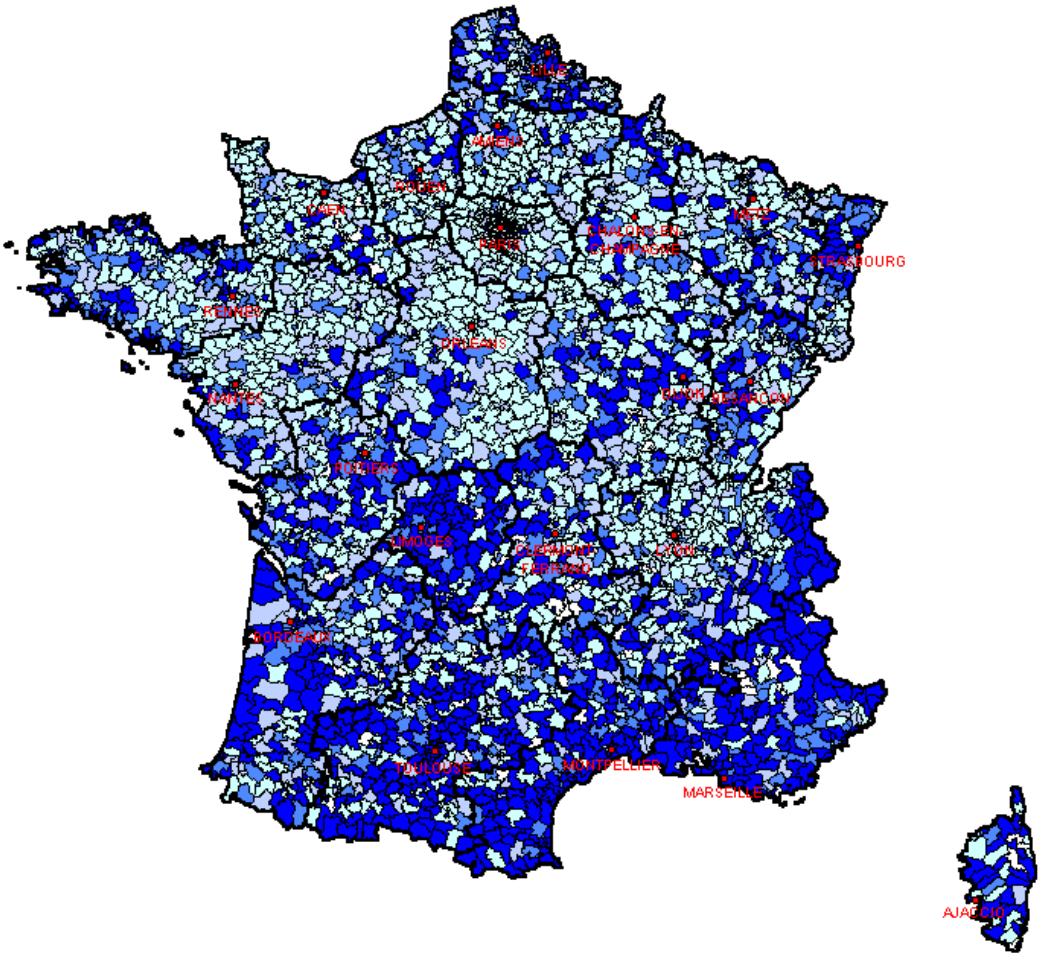


Source: Conseil national de l'ordre des sages-femmes 2003

Annexe 4 : la densité des médecins généralistes par canton.

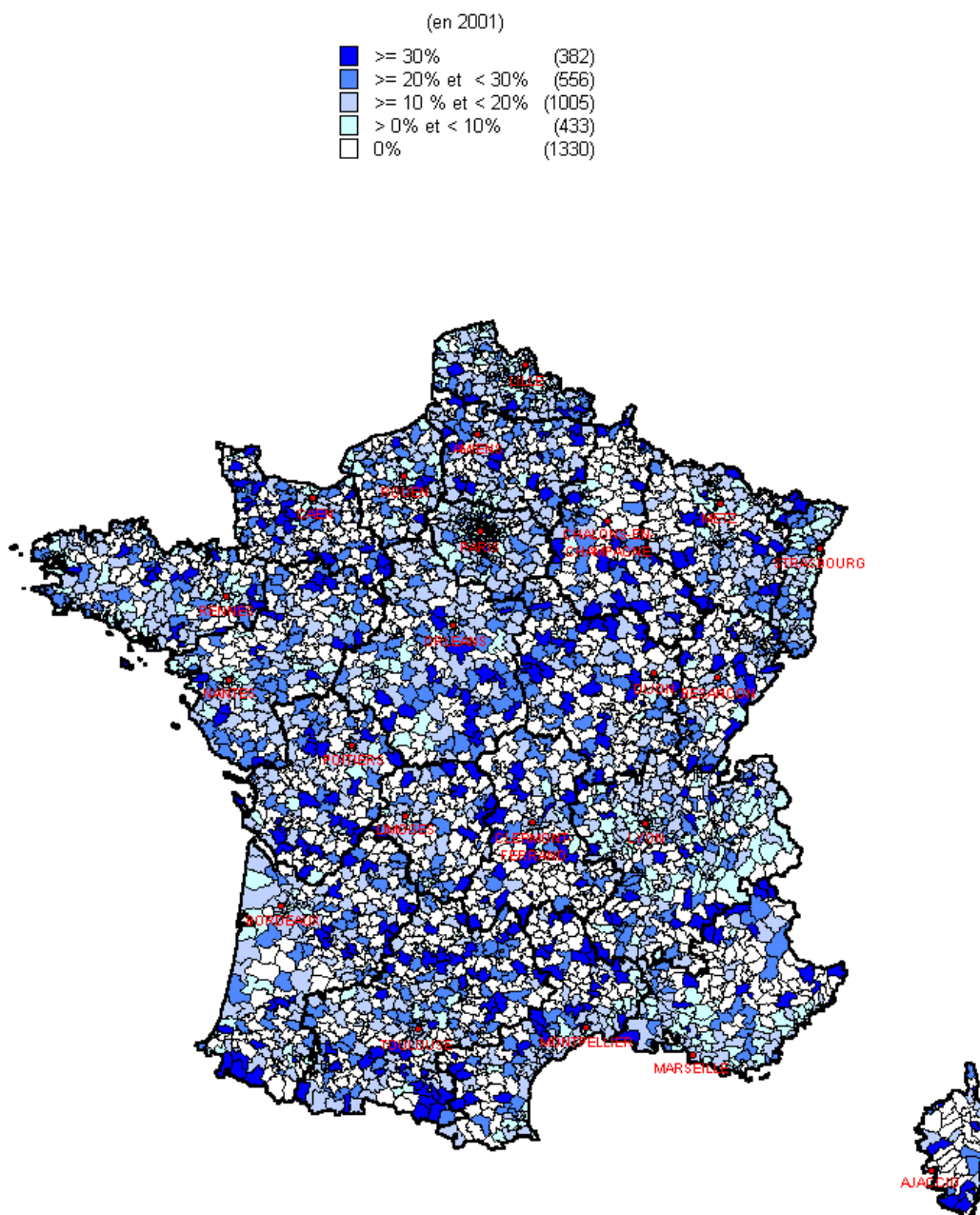


Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
Densité moyenne : 9,3



Source : DHOS-O-03
Le 28/03/03

Annexe 6 : part des médecins généralistes de plus de 55 ans par rapport au nombre total des médecins généralistes par canton



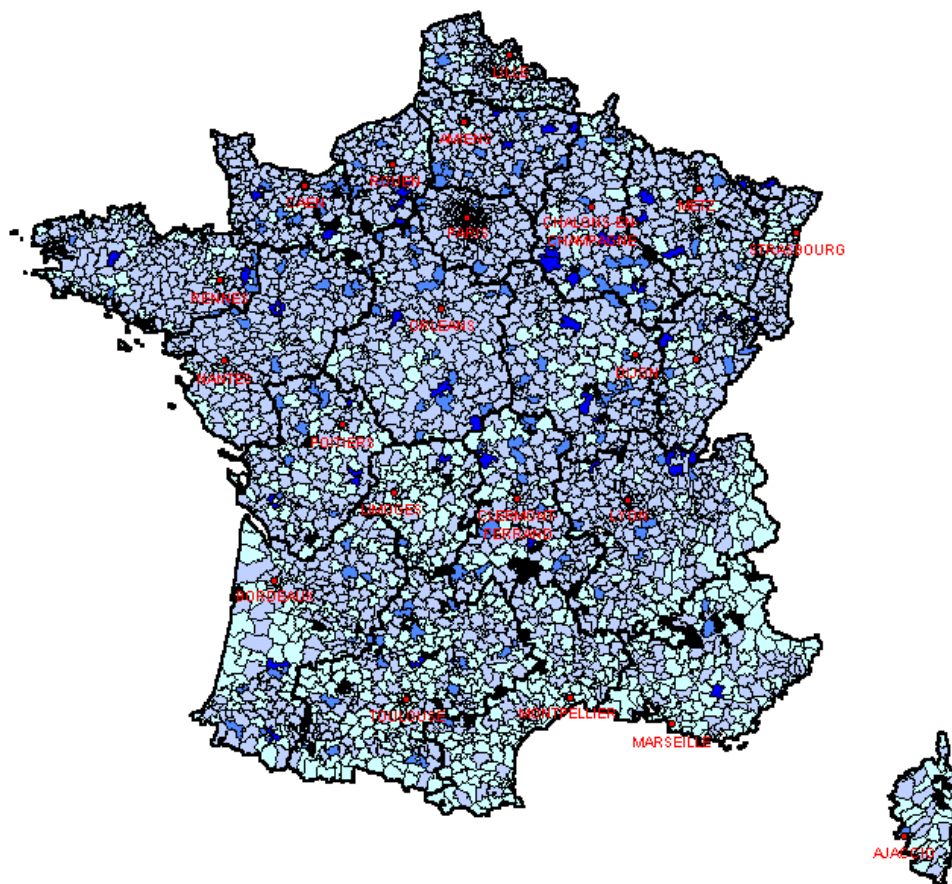
Source : DHOS-O-03
Le 02/04/03

Annexe 7 : nombre d'habitants pour un médecin généraliste

(en 2001)

- Cantons avec 0 médecin (85)
- 3 000 et plus (54)
- ≥ 2000 et < 3000 (174)
- ≥ 1000 et < 2000 (2254)
- ≥ 1 et < 1000 (1117)
- non renseigné (22)

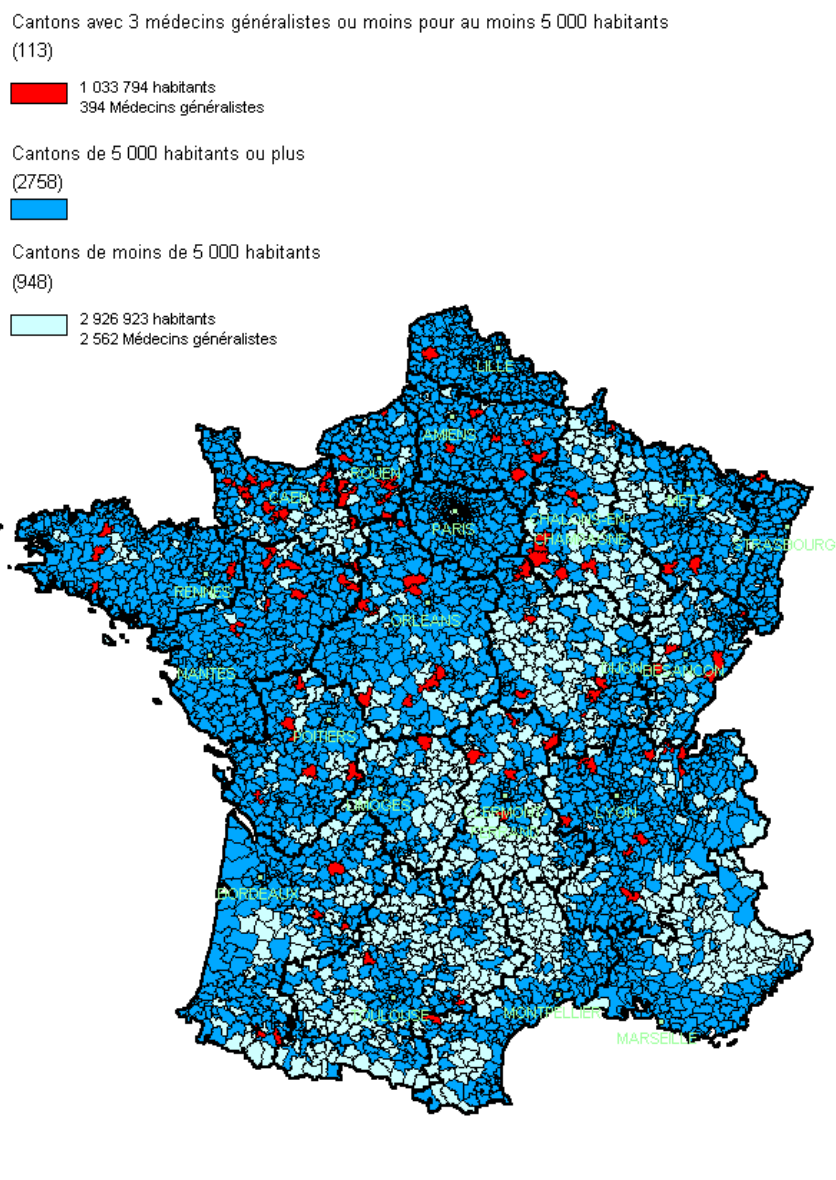
Population 99 : 58 518 748
Nombre de médecins généralistes : 54 426
Moyenne : 1075,20



Source : DHOS-O-03
Le 11/04/03

Note : cette carte permet d'avoir une représentation des zones de pénuries (un médecin pour 3000 habitants) et surtout illustre la difficulté pour certains cantons d'offrir des conditions économiques suffisantes pour l'installation d'un cabinet

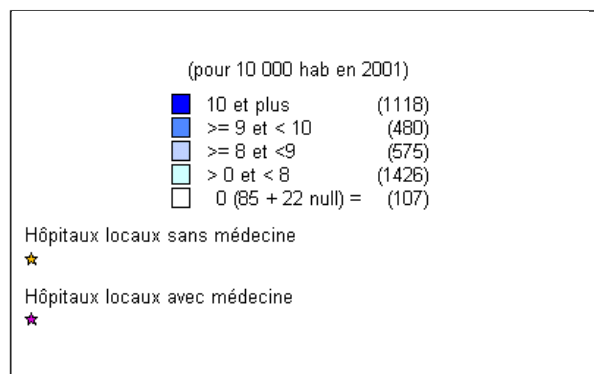
Annexe 8 : zones déficitaires en matière d'offre de soins



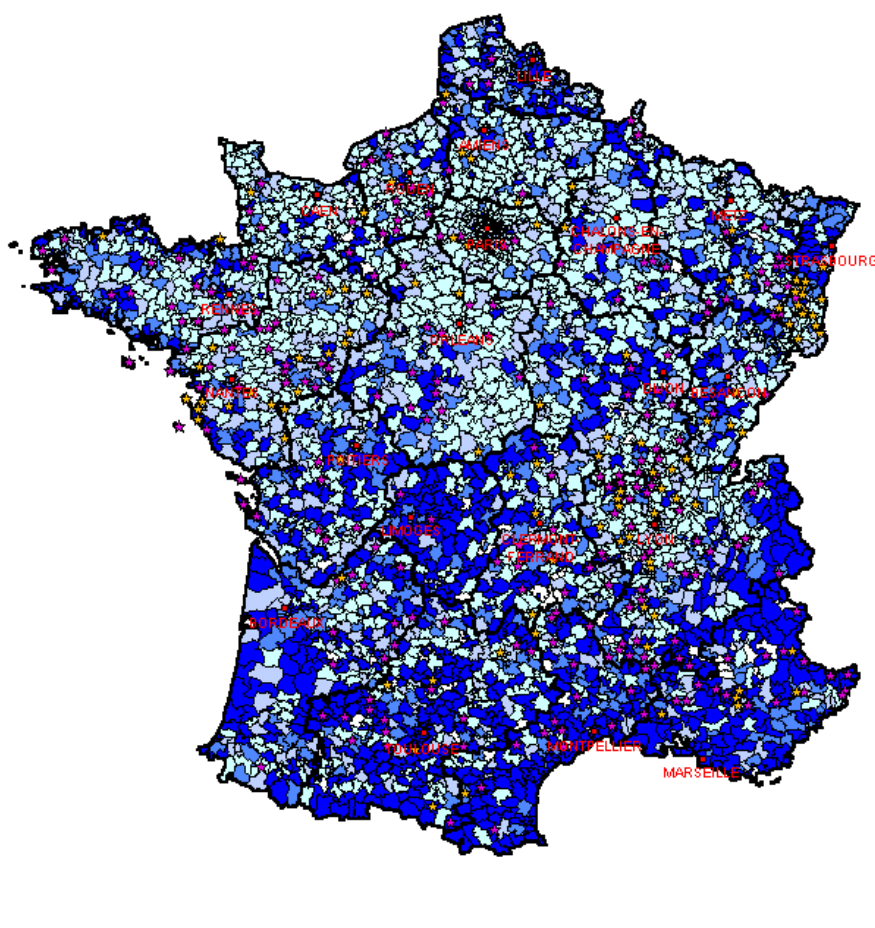
Source : DHOS-C-03
Le 18/04/03

Note: une zone est considérée, sur cette carte, comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins 5000 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin liées à une faible densité médicale (moins de trois médecins pour 5000 habitants).

Annexe 9: implantation des hôpitaux locaux et densité des médecins généralistes par canton



Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
Densité moyenne : 9,3



Source : DHOS-O-03
Le 28/03/03

Note: cette carte superpose l'implantation d'hôpitaux locaux avec la densité de médecins libéraux. Elle met en évidence la corrélation entre la présence d'un hôpital local doté d'un service de médecine et une densité suffisante de praticiens libéraux.

Annexe 10 : proposition de la CANAM

OBJET

Création d'un fonds de régulation de la démographie médicale et d'une autorisation d'installation pour l'exercice conventionnel d'une profession de santé.

EXPOSE DES MOTIFS

➤ **I-** Pour prévenir le risque de pénurie de médecins dans certaines disciplines ou dans certaines zones géographiques (zones rurales ou quartiers urbains sensibles, par exemple), il est proposé aux étudiants en médecine, à partir de la 2^{ème} année et le cas échéant jusqu'à la fin de l'internat, de bénéficier d'une bourse en contrepartie de laquelle ils s'engagent par contrat à débiter leur exercice professionnel sur des postes ouverts à leur intention.

Ces médecins boursiers sont destinés à devenir en début de carrière salariés d'un établissement de santé de rattachement désigné par le directeur de l'A.R.H. Pour les disciplines compatibles avec l'exercice en cabinet de ville, ils sont appelés à partager leur temps de travail entre l'hôpital où ils entretiennent la pratique de la discussion des cas cliniques complexes, la maison médicale ou le cabinet médical de ville et la participation aux gardes et astreintes.

Le fonds finance également des bourses allouées à des médecins en exercice qui suivent à plein temps une formation leur permettant de se réorienter vers les disciplines reconnues déficitaires.

Le fonds est financé par les régimes d'assurance maladie. Son montant est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

➤ **II-** Pour lui donner toute sa portée, le dispositif est complété par l'institution d'une autorisation d'exercice conventionnel délivrée par le directeur de l'A.R.H. en application d'une annexe spécifique au schéma régional d'organisation sanitaire.

Tout en respectant les droits acquis des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés déjà installés, le dispositif s'efforce de trouver un équilibre entre la satisfaction des besoins de la population, la priorité à accorder au service public hospitalier si la pénurie de médecins s'aggrave, la liberté du choix de la région administrative d'installation pour l'exercice conventionnel et la stabilité des situations administratives compatible avec la conduite d'un projet professionnel dans la durée.

INSTRUMENT JURIDIQUE

ARTICLE A

➤ **I-** Il est créé au sein de la CNAMTS un fonds de régulation de la démographie médicale. Le fonds a pour objet le financement de bourses allouées aux étudiants en médecine qui concluent avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouve le siège de l'université un contrat d'études médicales par lequel ils s'engagent, à l'issue de l'internat, à occuper l'un des postes de médecin salarié d'établissements de santé ouverts à leur intention dans les disciplines et les zones déficitaires au regard des besoins de la population.

Le fonds finance également des bourses allouées aux médecins en exercice qui concluent avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouve le siège de l'université un contrat d'orientation professionnelle par lequel ils s'engagent à l'issue de la formation, à occuper l'un des postes de

médecin salarié d'établissements de santé ouverts à leur intention dans les disciplines et les zones déficitaires au regard des besoins de la population.

Un décret en Conseil d'Etat détermine :

1. les années d'études médicales et les formations d'orientation professionnelle ouvrant droit à une bourse ;
2. les règles de priorité à respecter pour l'attribution des bourses par les caisses primaires d'assurance maladie ;
3. la durée, le cas échéant renouvelable, des contrats de travail des médecins ayant souscrit un contrat d'études médicales ou un contrat d'orientation professionnelle ;
4. les conditions de détermination par le directeur de l'A.R.H. des postes offerts dans les disciplines et dans les zones déficitaires, ainsi que les modalités de publication par le ministre chargé de la santé de la liste nationale des postes vacants ;
5. les règles d'affectation des candidats aux postes vacants en cas de pluralité de candidatures pour le même poste ;
6. les catégories d'emplois hospitaliers qui dispensent le médecin des obligations souscrites dans le contrat d'études médicales ;
7. les conditions de recouvrement par les caisses primaires d'assurance maladie du montant des bourses versées en cas d'inobservation par le médecin des engagements souscrits dans le contrat d'études médicales ou dans le contrat d'orientation professionnelle.

Des arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget déterminent :

1. le modèle du contrat d'études médicales et du contrat d'orientation professionnelle ;
2. les montants des bourses tenant compte de la situation de famille et, pour les contrats d'études médicales, de l'année d'études ;
3. les modèles de contrat de travail des médecins ayant souscrit un contrat d'études médicales ou un contrat d'orientation professionnelle. Suivant les disciplines médicales, les modèles de contrat de travail fixent les modalités de répartition du temps de travail entre l'établissement de santé, le cabinet de ville et la participation aux gardes et astreintes, ainsi que les possibilités d'adaptation locale par accord entre les parties.

➤ **II** - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L 722-4 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

➤ **III** - Pour les disciplines compatibles avec l'exercice professionnel en ville, les établissements de santé qui emploient un médecin à raison du contrat d'études médicales ou du contrat d'orientation professionnelle qu'il a souscrit, concluent avec le Conseil Général et le cas échéant les autres collectivités locales territorialement compétentes des conventions qui fixent les conditions dans lesquelles les collectivités mettent à la disposition du médecin et le cas échéant des autres professionnels de santé les locaux et les équipements nécessaires au fonctionnement du cabinet ou de la maison médicale.

➤ **IV** - Les soins dispensés au cabinet ou en maison médicale sont facturés par l'établissement de santé et pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions en vigueur pour les consultations externes hospitalières.

ARTICLE B

➤ **I** - L'exercice professionnel dans le cadre des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du chapitre 2 du Titre VI du Livre 1^{er} de la première partie du code de la sécurité sociale est subordonné à la délivrance par le directeur de l'A.R.H. d'une autorisation d'exercice conventionnel.

L'autorisation est accordée ou refusée par application des dispositions d'une annexe spécifique au schéma régional de l'organisation sanitaire arrêtée par le directeur de l'A.R.H. et relative à l'exercice conventionnel des professions de médecin, sage-femme, chirurgien dentiste, auxiliaire médical et directeur de laboratoire d'analyses de biologie médicale. L'annexe relative à l'exercice conventionnel détermine, en tenant compte des besoins prioritaires du service public hospitalier et des indices de besoins [indicatifs] fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, par profession et pour chaque discipline médicale, les zones de libre installation et les zones où la délivrance de l'autorisation d'exercice conventionnel est suspendue. Le zonage est établi de telle sorte que les professionnels de santé aient la garantie d'obtenir une autorisation d'exercice conventionnel dans [la région administrative de leur choix] un nombre minimum de régions administratives fixé par décret en Conseil d'Etat.

➤ **II** - L'autorisation d'exercice conventionnel est accordée pour une durée minimale et renouvelable de dix années, fixée par décret en Conseil d'Etat.

Le renouvellement de l'autorisation ne peut être refusé, pour des motifs tirés exclusivement de la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire, qu'avec un préavis de trois ans et suivant une procédure fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'autorisation d'exercice conventionnel ne peut pas être retirée, sauf si le professionnel de santé, qui exerce dans une zone excédentaire au sens du schéma régional d'organisation sanitaire, atteint un âge limite fixé par décret en Conseil d'Etat.

➤ **III** - Les professionnels de santé conventionnés et installés à la date d'entrée en vigueur de la présente loi bénéficient de plein droit d'une autorisation d'exercer dans la zone où est situé leur domicile professionnel. Cette autorisation ne prend fin qu'à la date où ils cessent l'exercice conventionnel dans la zone considérée ou lorsqu'ils exercent dans une zone excédentaire ou sens du schéma régional d'organisation sanitaire et qu'ils atteignent un âge limite fixé par décret en Conseil d'Etat.

➤ **IV** - L'annexe au schéma régional de l'organisation sanitaire relative à l'exercice conventionnel est arrêtée pour la première fois par le directeur de l'A.R.H. dans les douze mois qui suivent la publication de la présente loi.

INCIDENCE FINANCIERE

1. Bourses d'étudiants en médecine :

En régime de croisière, au bout de dix années, le coût annuel des bourses individuelles de 1 500 € par mois, dans l'hypothèse où 10 % de chaque génération de 5 000 étudiants en médecine bénéficieraient d'une bourse, s'élèverait à :

$$5\,000 \times 0,1 \times 1\,500 \times 12 \times 10 = 90 \text{ millions d'euros}$$

2. Bourses allouées aux médecins ayant souscrit un contrat d'orientation professionnelle :

(à préciser)

Annexe 11 : notes de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Éléments statistiques sur les professions des conjoints de médecins et sur les charges et revenus des professionnels de santé par type de zone géographique

Les motivations qui sont à l'origine du choix de leur lieu d'installation par les professionnels de santé sont bien sûr essentielles pour les réflexions visant à favoriser leur installation dans les zones déficitaires. Plusieurs études ont comme nous vous l'avions signalé tenter d'explorer les motifs privés (emploi du conjoint, attrait pour la région...) ou professionnels (proximité d'un hôpital...) de ces choix. Les deux notes jointes fournissent quelques éléments statistiques inédits sur deux facteurs susceptibles d'orienter les décisions d'installation des professionnels de santé, à savoir, la situation professionnelle du conjoint (analyse menée sur les seuls médecins), et les différences de charges et revenus tirés de l'activité libérale selon le type de zone géographique.

Sur le premier point, il apparaît que la proportion de conjoints cadres supérieurs est particulièrement élevée chez les médecins (55 %), soit 17 points de plus que cette même proportion dans l'ensemble des cadres supérieurs (38 %). La proportion de conjoints de médecins inactifs est également particulièrement importante (21 % si l'on ne tient pas compte des étudiants et retraités), en particulier chez les généralistes libéraux (28 % de conjoints inactifs).

S'agissant des profils de revenus en fonction du type de zone géographique d'implantation, les résultats dépendent des professionnels considérés. Les omnipraticiens et les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent des revenus supérieurs d'environ 10 % à la moyenne dans l'espace à dominante rurale ou les petites unités urbaines, alors que les revenus des infirmiers dans ces zones sont plus proches de la moyenne. A l'opposé, les dentistes, comme les quelques spécialités médicales étudiées ont des revenus beaucoup plus faibles dans ces zones que dans les unités urbaines de taille moyenne.

En espérant que ces éléments vous seront utiles dans le cadre de la réflexion que vous menez et en restant à votre disposition pour toute information complémentaire.

Note 2 : Situation professionnelle des conjoints de médecins

Les possibilités d'emploi offertes à un éventuel conjoint peuvent faire partie des éléments pris en compte par les médecins dans leur choix de lieu d'exercice. L'exercice dans des zones rurales ou des petites unités urbaines pourrait donc être d'autant moins souhaité que le conjoint désire effectivement exercer un emploi, ou qu'il appartient à une catégorie socio-professionnelle élevée (et donc aurait plus de difficultés à trouver un emploi correspondant à ses qualifications dans une telle zone). Ce sont les répartitions des conjoints de médecins selon ces deux critères (catégorie socio-professionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi) que nous analysons ici, en exploitant les données des enquêtes Emploi de l'Insee 1990 à 2002¹. L'analyse est menée pour les quatre

¹ L'analyse montre que ces répartitions structurelles sont stables sur l'ensemble des années étudiées. Elles sont donc données ici en moyenne sur l'ensemble de ces douze années, ce qui permet de lisser les aléas statistiques liés à un échantillon réduit pour une seule année et / ou de pousser plus loin les analyses. Au total, l'échantillon d'analyse pour l'ensemble des 12 années est proche de 8 000 pour les médecins actifs occupés. Tous les médecins actifs occupés sont retenus, même ceux de moins de trente ans (reclassés en 'internes' et donc exclus de nos autres travaux démographiques).

catégories de médecins actifs occupés pouvant être isolées à partir des enquêtes Emploi, à savoir les généralistes libéraux, les spécialistes libéraux, les médecins salariés hospitaliers et les médecins salariés non hospitaliers. Les résultats les concernant sont comparés à ceux des cadres supérieurs ayant un emploi ou de l'ensemble des actifs occupés.

Environ la moitié des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur...

Globalement, sur l'ensemble de la période, 82 % des médecins déclarent vivre en couple, soit une proportion légèrement plus élevée que celle observée sur l'ensemble des cadres supérieurs (78 %), et bien supérieure à celle observée sur l'ensemble des actifs (74 %) (tableau 1). Au sein des médecins, la proportion d'actifs occupés vivant en couple est plus élevée chez les libéraux (87 % chez les généralistes libéraux et 84 % chez les spécialistes).

Tableau 1 – Pourcentage d'actifs occupés ayant un conjoint et répartition des conjoints par catégorie socio-professionnelle, pour plusieurs catégories d'actifs occupés.

		Répartition selon la catégorie socio-professionnelle actuelle ou ancienne du conjoint						
	% ayant un conjoint	agriculteur	commerçant	cadre supérieur	profession intermédiaire	employé	ouvrier	n'a jamais travaillé
Ensemble des médecins actifs occupés	81,7	0,4	2,8	54,9	27,0	9,2	0,9	4,9
libéraux généralistes	86,8	0,7	3,3	47,3	30,4	10,9	0,7	6,7
libéraux spécialistes	84,3	0,2	3,8	55,5	26,3	9,0	0,7	4,5
salariés hospitaliers	74,6	0,3	1,3	58,7	27,0	7,5	1,1	4,1
salariés non hospitaliers	81,4	0,2	2,8	67,8	17,5	8,4	1,1	2,2
Ensemble des actifs occupés	73,6	3,3	7,1	11,2	20,1	31,1	22,7	4,4
dont : cadres supérieurs	78,1	0,3	3,8	37,7	28,7	22,0	3,4	4,1

Source : enquêtes Emploi 1990-2002.

Lecture : En moyenne sur la période 1990-2002, 86,8 % des médecins généralistes actifs occupés déclarent vivre en couple (en étant ou non mariés). 54,9 % de ceux qui vivent en couple ont un conjoint ayant une profession de cadre supérieur (que celui l'exerce encore ou ait cessé de l'exercer pour être inactif ou au chômage).

Parmi les médecins vivant en couple, 55 % ont un conjoint cadre supérieur (que celui-ci occupe encore effectivement ou non un emploi²), 27% ont un conjoint appartenant à une profession intermédiaire et 9 % un conjoint employé. La proportion de conjoints cadres supérieurs est donc particulièrement élevée chez les médecins (55 %), soit 17 points de plus que cette même proportion dans l'ensemble des cadres supérieurs (38 %). La proportion de conjoints cadres supérieurs est toutefois légèrement inférieure chez les généralistes libéraux (47 %).

² C'est la catégorie sociale actuelle ou à défaut la dernière connue qui est commentée ici.

...mais seuls les deux tiers des conjoints de médecins libéraux exercent un emploi.

Les analyses précédentes s'intéressaient à la catégorie sociale des conjoints de médecins, que ces conjoints aient ou non un emploi. Mais il est également intéressant de voir quelle proportion de conjoints de médecins exercent effectivement un emploi. 73 % des médecins vivant en couple ont un conjoint actif occupé (tableau 2). Cette proportion est identique à celle observée pour l'ensemble des conjoints de cadres et professions intellectuelles supérieures (73 %), et légèrement inférieure à celle observée pour l'ensemble des conjoints d'actifs occupés (76 %). En effet, la proportion de conjoints de médecins inactifs est particulièrement importante (21 % si l'on ne tient pas compte des étudiants et retraités), en particulier chez les généralistes libéraux (28 % de conjoints inactifs) et les spécialistes libéraux (24 %). Pour toutes ces deux dernières catégories, la part de conjoints inactifs est donc bien supérieur à celle observée sur l'ensemble des cadres supérieurs, et on peut vérifier que cet écart n'est pas uniquement dû à des différences de structures (par âge ou sexe) entre médecins et cadres supérieurs³.

Tableau 2 – Répartition des conjoints par statut vis-à-vis de l'activité, pour plusieurs catégories d'actifs occupés

	répartition selon le statut d'actif du conjoint				
	actif occupé	chômeur	étudiant	retraité	autre inactif
Ensemble des médecins actifs occupés	73,3	2,5	1,4	1,9	21,0
libéraux généralistes	67,1	2,2	0,8	1,9	28,0
libéraux spécialistes	69,5	2,7	1,1	2,8	24,0
salariés hospitaliers	79,4	2,8	2,4	0,8	14,6
salariés non hospitaliers	84,3	2,5	0,8	3,1	9,2
Ensemble des actifs occupés	75,6	6,6	0,7	2,9	14,2
dont : cadres supérieurs	73,4	5,0	1,2	2,5	18,1

Source : enquêtes *Emploi* 1990-2002.

Pour finir, il serait intéressant de vérifier si, comme nous le supposions, la catégorie sociale du conjoint ou son statut vis-à-vis de l'emploi est effectivement liée au choix du lieu géographique d'exercice du médecin. Les données de l'enquête *Emploi* dont nous disposons ne permettent malheureusement pas de connaître le lieu d'exercice du médecin, mais uniquement son lieu de résidence. C'est donc à partir de cette dernière information que sont produits les résultats qui suivent.

Globalement, la part de conjoints de médecins cadres supérieurs semble effectivement plutôt croître avec la taille de l'unité urbaine de résidence⁴.

³ En effet, en premier lieu, médecins (pris globalement) et cadres supérieurs ne diffèrent que peu du point de vue de leur structure par âge ou sexe. Ainsi, dans l'échantillon étudié (qui porte sur les années 1990 à 2002), l'âge moyen des premiers est de 43 ans, contre 42 ans pour les seconds, et les âges médians sont identiques aux âges moyens. Les distributions des âges sont également assez proches. Ainsi, 25 % des médecins ont moins de 36 ans (contre 34 ans pour les cadres supérieurs), et 25 % ont plus de 49 ans (contre 50 ans pour les cadres supérieurs). La part de femmes est, elle, légèrement plus élevée chez les médecins (37 %), que dans l'ensemble des cadres supérieurs (33 %). En second lieu, à âge et sexe donnés, la probabilité d'avoir un conjoint inactif pour un actif vivant en couple, reste significativement plus forte pour les médecins libéraux que pour les autres actifs.

⁴ Les unités urbaines sont définies par l'Insee à partir des briques élémentaires que sont les communes : une unité urbaine rassemble des communes regroupant au moins 2 000 habitants qui vivent dans des habitations séparées de moins de 200 m de l'habitation la plus proche de l'unité. La notion d'unité urbaine se réfère donc à la continuité du bâti (par opposition à d'autres nomenclatures, comme celle des aires urbaines, qui tiennent compte des migrations domicile-travail).

Elle est par exemple de 40 % pour les médecins résidant dans une commune rurale, contre 64 % pour les médecins résidant dans l'agglomération parisienne (tableau 3)⁵. En cela, les conjoints de médecins seraient assez comparables aux conjoints de l'ensemble des cadres supérieurs : chez ces derniers, la part de conjoints eux-mêmes cadres supérieurs augmente très continûment de 27 % en commune rurale à 38 % dans les unités urbaines de plus de 200 000 habitants et 47 % dans l'agglomération parisienne.

La part de conjoints inactifs semble elle comme attendu plutôt décroître avec la taille d'unité urbaine.

Même si la taille de l'échantillon disponible limite les analyses plus détaillées, il semblerait que l'augmentation de la part de conjoint de médecins qui sont cadres supérieurs ou la diminution de la part de conjoints inactifs avec la taille de l'unité urbaine de résidence s'observent également pour les seuls médecins libéraux.

Toutefois, un autre enseignement notable de ces analyses est que la part des médecins résidant dans une commune rurale est loin d'être négligeable (14 %) et semble notamment plus élevée que la part des médecins exerçant en commune rurale. Certains médecins feraient donc le choix de vivre à la campagne tout en exerçant en ville, ce qui d'une part, amène à relativiser l'effet désincitatif d'une installation à la campagne, et d'autre part, souligne les limites d'analyses menées à l'aide de la typologie de zones géographiques utilisée ici (qui ne tient pas compte de distances...).

Tableau 3 – Proportions des conjoints de médecins (resp. de cadres supérieurs) qui sont cadres supérieurs ou inactifs selon le type géographique de zone de résidence

Taille d'unité urbaine de la zone de résidence	Médecins			Cadres supérieurs	
	Part des conjoints cadres supérieurs	Part des conjoints inactifs (hors étudiants et retraités)	Répartition des médecins (vivant en couple ou non)	Part des conjoints cadres supérieurs	Part des conjoints inactifs (hors étudiants et retraités)
commune rurale	40	29	14	27	20
u. u. de moins de 5000 habitants	46	34	4	30	23
u. u. de 5000 à moins de 10 000 h.	58	27	3	30	22
u. u. de 10 000 à moins de 20 000 h.	57	18	3	31	20
u. u. de 20 000 à moins de 50 000 h.	49	21	7	32	19
u. u. de 50 000 à moins de 100 000 h.	56	25	6	32	21
u. u. de 100 000 à moins de 200 000 h.	51	24	9	35	19
u. u. de 200 000 à moins de 2 000 000 h.	59	18	30	38	19
agglomération parisienne	64	14	24	47	15
ensemble	55	21	100	38	18

Champ : conjoints des médecins actifs occupés vivant en couple

Source : enquêtes Emploi 1990-2002.

Nota : compte tenu de la taille de l'échantillon disponible, les résultats relatifs à certaines tranches d'unités urbaines doivent être considérés avec prudence.

⁵ Et ces effets persistent à âge et sexe contrôlés.

Note 3 : Revenus et charges des professionnels de santé libéraux en fonction du type de zone géographique d'installation.

Les profils de taux de charge et de revenus en fonction des types de zones géographiques apparaissent très différents d'une profession de santé à l'autre. Le principal point commun entre ces professions est d'avoir des revenus et des honoraires systématiquement inférieurs dans les communes rurales aux honoraires et revenus dans les petites unités urbaines de moins de 5 000 ou 10 000 habitants. La hiérarchie relative des revenus entre petites unités urbaines et grandes unités urbaines (ou entre communes rurales et grandes unités urbaines) dépend, elle, de la profession.

Les omnipraticiens sont les seuls professionnels à percevoir des honoraires et des revenus nettement plus élevés dans les zones rurales et les petites unités urbaines que dans les autres types de zones. Leurs taux de charges sont également plus faibles dans ces zones.

Les masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les zones rurales ou les petites unités urbaines jouissent également d'honoraires et de revenus supérieurs à ceux de la moyenne de la profession, mais inférieurs à ceux qui exercent dans des unités urbaines moyennes. Les infirmiers ont eux des honoraires et des revenus qui semblent dépendre de manière moins régulière du type de zone d'exercice. Pour ces derniers, seul l'exercice dans l'espace à dominante rurale, c'est-à-dire dans de petites communes économiquement isolées (au sens où leurs actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) se traduirait par des revenus légèrement supérieurs à la moyenne, tandis que les revenus resteraient inférieurs à la moyenne dans les communes rurales ou petites unités urbaines subissant l'attraction des aires urbaines.

En résumé, omnipraticiens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers ont en commun d'avoir des revenus supérieurs à la moyenne dans l'« espace à dominante rurale ».

Les dentistes, comme les spécialistes médicaux étudiés ici (radiologues, cardiologues, ophtalmologues, pédiatres, gynécologues) ont au contraire des revenus et des honoraires nettement plus faibles qu'en moyenne dans les communes rurales, les petites unités urbaines ou dans l'espace à dominante rurale.

Les comparaisons de revenus effectuées ici ne peuvent malheureusement pas tenir compte des autres caractéristiques des professionnels (et notamment de leur région d'activité), exercice qui nécessiterait que la DREES puisse avoir accès à la fois aux typologies de zone et aux régions dans les micro-données issues des déclarations de bénéficiaires non commerciaux qu'elle exploite pour étudier les revenus (cf. encadré 1 pour la méthode utilisée ici).

Deux professions dont les revenus décroissent quand le degré d'urbanisation augmente : les omnipraticiens...

Parmi les professionnels de santé étudiés ici, les omnipraticiens sont les seuls à avoir des revenus moyens qui, si l'on excepte les communes rurales, décroissent de manière régulière lorsque la taille d'unité urbaine croît. Supérieurs de 15 % à la moyenne⁶ dans les unités urbaines de moins de 5000 habitants, ils sont inférieurs de 9 % à la moyenne dans l'unité urbaine de Paris (du fait d'honoraires plus faibles et d'un taux de charge particulièrement élevé).

De manière cohérente, les omnipraticiens exerçant dans un espace à dominante rural (i.e. dans une commune rurale ou une petite unité urbaine qui n'envoient pas 40 % de leurs actifs travailler dans des aires urbaines, cf. encadré 2), ont également un revenu supérieur à la moyenne, de 11 %. Ce surcroît de revenu est de 12 % dans les communes multipolarisées (communes rurales ou non, qui se situent entre plusieurs aires urbaines où vont travailler au moins 40 % de leurs actifs, cf.

⁶ En 2000, après déduction des charges estimées à 46,7 % des honoraires nets, l'activité libérale d'un omnipraticien lui a rapporté en moyenne 52 600 €, d'après les chiffres estimés par la DREES à partir des honoraires du SNIR et déclarations fiscales des bénéficiaires non commerciaux (Etudes et Résultats n°200). Les revenus moyens estimés dans cette note sont eux légèrement différents, car ils s'appuient sur les honoraires et les effectifs figurant dans les BNC, et non dans le SNIR.

encadré 2). Dans toutes ces zones, les taux de charges, proches de 44 ou 45 % sont légèrement inférieurs à la moyenne (46,7 %). Ces taux de charges moins élevés résultent de montants de charges peu différents de la moyenne, mais rapportés à des honoraires supérieurs à la moyenne. Ces résultats semblent donc indiquer des perspectives de revenus supérieures en zones peu urbanisées. Ils ne tiennent toutefois pas compte des autres caractéristiques des médecins pouvant influencer leur revenu (région, âge, sexe...), ni bien sûr du temps de travail de ces derniers.

... et les masseurs-kinésithérapeutes

Si l'on se restreint aux unités urbaines de plus de 5000 habitants, les masseurs-kinésithérapeutes ont, comme les omnipraticiens, des honoraires et des revenus plutôt décroissants avec la taille d'unité urbaine, et des taux de charges croissant avec cette dernière. Leurs revenus sont donc en moyenne les plus élevés dans les unités urbaines de 5000 à 9999 habitants, où ils sont supérieurs de 10 % à la moyenne, et sont en moyenne les plus faibles dans les unités urbaines de 200 000 à 1 999 999 habitants (-3 %) et surtout dans l'unité urbaine de Paris (-8 %), où, comme pour les omnipraticiens, le taux de charge est particulièrement élevé (49,9 % contre 48,4 % en moyenne et 47,1 % dans les unités urbaines de 5000 à 9000 habitants).

Globalement, les masseurs-kinésithérapeutes ont des revenus relativement plus faibles dans les aires urbaines, c'est-à-dire dans les pôles urbains (où ils ont des revenus inférieurs à la moyenne de 2 % et sont 1,5 fois plus nombreux qu'ailleurs par rapport au nombre d'habitants), les couronnes périurbaines qui les entourent (-3 %) et relativement plus élevés dans l'espace à dominante rurale (+ 9%) ou dans les communes multipolarisées (situées entre plusieurs aires urbaines, +5 %).

Les infirmiers

Les infirmiers partagent avec les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes le fait d'avoir des profils de revenus en fonction de la taille d'unité urbaine en « U » inversé. Ils se distinguent des médecins par des revenus particulièrement faibles en commune rurale (-7 % par rapport à la moyenne de la profession). Toutefois, leurs revenus dans l'« espace à dominante rurale » (qui regroupe à la fois des communes rurales et des petites unités urbaines dont les actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) sont eux proches de la moyenne (+1 %). C'est également dans ce type de zone que leur densité est la plus élevée. Contrairement aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers se distinguent par des revenus moins élevés en communes multipolarisées (-3 %) qu'en pôle urbain. Ainsi, pour cette profession, seul l'exercice dans des communes économiquement isolées (au sens où leurs actifs ne vont pas massivement travailler dans des aires urbaines) se traduirait par des revenus très légèrement supérieurs à la moyenne, tandis que les petites communes subissant l'attraction des aires urbaines offriraient des perspectives financières moins intéressantes.

Les dentistes ont des revenus plus élevés dans les pôles urbains

Les dentistes ont des revenus bien inférieurs à la moyenne dans les communes rurales (-15 %), et légèrement inférieurs à la moyenne dans l'espace à dominante rurale (-2 %). C'est dans les pôles urbains que leurs revenus sont les plus élevés, ou dans les unités urbaines de taille moyenne (10 000 à 200 000 habitants).

Tableau 1 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la taille d'unité urbaine des omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes.

	moyenne / total	Commune rurale	Unité urbaine de moins de 5.000 habitants	Unité urbaine de 5.000 à 9.999 habitants	moyenne commune rurale et unités urbaines < 9999 habitants	Unité urbaine de 10.000 à 19.999 habitants	Unité urbaine de 20.000 à 49.999 habitants	Unité urbaine de 50.000 à 99.999 habitants	Unité urbaine de 100.000 à 199.999 habitants	Unité urbaine de 200.000 à 1.999.999 habitants	Unité urbaine de Paris
Omnipraticiens											
effectifs	75742	8813	4221	3580	16614	3422	4630	4923	4318	16192	9029
DGI											
densité DGI	98	61	114	107	78	105	112	113	112	120	94
honoraires nets DGI	100	102	109	107	105	104	101	102	97	96	96
charges	100	98	102	102	100	102	101	101	98	98	103
revenus	100	106	115	111	110	105	102	103	96	94	91
DGI											
taux de charge	46,7%	44,6%	43,7%	44,8%	44,4%	45,9%	46,4%	46,2%	47,2%	47,8%	50,0%
Infirmiers											
effectifs	62093	10446	3991	3080	17517	2515	3010	3475	2888	11583	3588
DGI											
densité DGI	74	73	108	92	82	78	73	80	75	86	37
honoraires nets DGI	100	97	103	103	99	103	105	99	100	98	103
charges	100	102	103	102	102	102	99	97	98	98	102
revenus	100	93	104	104	98	103	109	101	102	99	103
DGI											
taux de charge	40,2%	42,2%	39,9%	39,7%	41,2%	39,9%	37,9%	39,3%	39,0%	39,9%	40,0%
Kinésithérapeutes											
effectifs	44433	3861	2697	2368	8926	2079	2674	2773	2303	10313	6439
DGI											
densité DGI	59	27	73	71	42	64	65	63	60	76	67
honoraires nets DGI	100	98	107	107	103	107	104	106	99	97	94
charges	100	98	105	104	102	105	103	105	100	97	97
revenus	100	97	108	110	104	109	105	107	98	97	92
DGI											
taux de charge	48,4%	48,5%	47,7%	47,1%	47,9%	47,5%	47,9%	48,0%	48,8%	48,4%	49,9%
Dentistes											
effectifs	41858	3028	2462	2324	7814	2075	2734	2877	2526	9448	6570
DGI											
densité DGI	57	21	67	70	36	64	66	66	65	70	68
honoraires nets DGI	100	85	99	101	94	108	110	109	107	95	101
charges	100	85	97	101	93	107	109	108	106	96	102
revenus	100	85	101	102	95	110	112	110	107	94	100

DGI											
taux de charge	60,7%	60,8%	59,9%	60,2%	60,3%	59,9%	60,1%	60,2%	60,4%	61,1%	61,4%

Source : déclarations de bénéfices non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les effectifs et densités sont calculés à partir des déclarations BNC et des populations au recensement de 1999. Ils peuvent différer en niveau de ceux estimés à partir d'ADELI (mais suivent des évolutions proches en fonction de la taille d'aire urbaine)

Lecture : dans les déclarations de bénéfices non commerciaux, 8813 omnipraticiens déclarent exercer dans une commune considérée comme rurale par l'Insee. Les honoraires nets (i.e. auxquels on a retiré les débours et rétrocessions) qu'ils déclarent dans les BNC sont supérieurs de 2 % aux honoraires nets déclarés dans les BNC par l'ensemble des omnipraticiens. Le montant moyen de leurs charges est lui inférieur de 2 %. Ils ont au total des revenus supérieurs de 6 % à la moyenne de leur profession.

Tableau 2 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la situation vis-à-vis des aires urbaines des omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes.

	moyenne /total	Communes des DOM	Communes appartenant à un pôle urbain	Communes monopolarisées (appartenant à une couronne périurbaine)	Communes multipolarisées	Espace à dominante rurale
Omnipraticiens						
effectifs DGI	75742	975	40117	6154	2095	9787
densité (DGI)			112	66	72	93
Honoraires nets DGI	100	114	98	100	107	107
Charges	100	107	100	95	100	103
Revenus DGI	100	120	95	104	112	111
taux de charge	46,7%	43,9%	47,8%	44,3%	43,9%	44,9%
Infirmiers						
effectifs DGI	62093	872	25104	6700	2064	9836
densité (DGI)			70	72	71	93
honoraires nets DGI	100	151	99	94	98	103
charges	100	139	98	97	99	105
revenus DGI	100	159	100	92	97	101
taux de charge	40,2%	37,0%	39,7%	41,4%	40,8%	41,1%
Kinésithérapeutes						
effectifs DGI	44433	454	25202	3513	1124	5214
densité (DGI)			71	38	39	49
honoraires nets DGI	100	98	99	98	104	107
charges	100	104	99	99	104	105
revenus DGI	100	93	98	97	105	109
taux de charge	48,4%	51,1%	48,5%	48,8%	48,2%	47,4%
Dentistes						
effectifs DGI	41858	494	24836	3057	963	4694

<i>densité (DGI)</i>			70	33	33	44
honoraires nets DGI	100	95	102	91	98	96
charges	100	94	102	92	99	95
revenus DGI	100	97	101	91	97	98
<i>taux de charge</i>	60,7%	60,0%	60,9%	60,9%	61,2%	59,9%

Source : déclarations de bénéficiaires non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les densités sont calculées à partir des effectifs des professionnels recueillis dans les déclarations BNC et des populations au recensement de 1999 selon la typologie des aires urbaines (P. Bessy-Piétri, Y. Sicamois, « 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines », Insee Première n°765, 2001).

Les spécialités médicales.

Les quelques spécialités médicales étudiées ici se caractérisent avant tout par une très faible présence dans les communes rurales ou les unités urbaines de petite taille, ainsi que dans les communes n'appartenant pas à un pôle urbain⁷.

Elles ont des revenus systématiquement plus faibles dans les communes rurales et les petites unités urbaines que dans les unités urbaines de taille plus importante, à l'exception de l'unité urbaine de Paris pour les radiologues, les cardiologues et les ophtalmologues, du fait d'honoraires inférieurs à la moyenne. La variation des revenus en fonction des tailles d'unités urbaines et les tailles d'unités urbaines ou sont observés les revenus maximums varient selon les spécialités.

⁷ C'est en raison de leur faible présence en dehors des pôles urbains que les résultats concernant les spécialités médicales selon la typologie des espaces urbains ou ruraux ne sont pas présentés.

Tableau 3 – Honoraires, charges et revenus en fonction de la taille d'unité urbaine pour quelques spécialités médicales.

	moyenne /total	Commune rurale	Unité urbaine de moins de 5.000 habitants	Unité urbaine de 5.000 à 9.999 habitants	moyenne communale rurale et unités urbaines <9999 h	Unité urbaine de 10.000 à 19.999 habitants	Unité urbaine de 20.000 à 49.999 habitants	Unité urbaine de 50.000 à 99.999 habitants	Unité urbaine de 100.000 à 199.999 habitants	Unité urbaine de 200.000 à 999.999 habitants	Unité urbaine de Paris
Radiologues											
effectifs DGI	3270				235	248	350	333	281	813	775
densité DGI	5				1	8	8	8	7	6	8
honoraires nets DGI	100		N.S.		85	114	110	107	106	107	83
charges	100				85	105	104	105	102	110	87
revenus	100				84	127	117	109	112	103	78
DGI											
taux de charge	58,1%				61,9%	53,5%	55,4%	57,3%	56,0%	59,8%	60,8%
Cardiologues											
effectifs DGI	3343				175	229	352	356	284	1001	771
densité DGI	5				1	7	8	8	7	7	8
honoraires nets DGI	100		N.S.		90	96	100	111	125	104	84
charges	100				91	97	98	108	117	105	88
revenus	100				89	96	102	115	133	103	80
DGI											
taux de charge	48,2%				48,8%	48,6%	47,4%	46,5%	45,0%	48,6%	50,7%
Ophthalmologues											
effectifs DGI	4233				273	308	436	454	354	1219	916
densité DGI	7				1	9	11	10	9	9	9
honoraires nets DGI	100		N.S.		89	108	111	115	110	101	83
charges	100				85	103	110	112	111	104	84
revenus	100				92	113	112	117	108	99	82
DGI											
taux de charge	48,5%				46,4%	46,3%	47,9%	47,3%	49,1%	49,7%	48,9%
Pédiatres											
effectifs DGI	2647				85	160	278	291	251	813	684
densité DGI	4				0	5	7	7	6	6	7
honoraires nets DGI	100		N.S.		72	89	96	100	97	103	105
charges	100				77	89	99	99	98	103	104
revenus	100				68	89	93	101	97	104	105

DGI									
taux de charge	49,4%		52,7%	49,4%	50,9%	49,1%	49,5%	49,1%	49,0%
Gynécologues									
effectifs	4936		199	288	518	547	468	1525	1192
DGI									
densité DGI	8		1	9	13	13	12	11	12
honoraires	100	N.S.	75	81	93	102	103	102	107
nets DGI									
charges	100		76	86	93	98	101	103	106
revenus	100		74	76	92	107	105	101	108
DGI									
taux de charge	51,0%		51,6%	54,1%	51,4%	49,0%	50,1%	51,6%	50,7%

Source : déclarations de bénéfices non commerciaux, calculs DREES

N.B. Les effectifs et densités sont calculés à partir des déclarations BNC et des populations au recensement de 1999. Ils peuvent différer de ceux estimés à partir d'ADELI.

Encadré 1 - Méthodologie

La DREES estime chaque année les revenus que les principaux professionnels de santé tirent de leur activité libérale. Cette estimation est réalisée en appliquant à des honoraires moyens tirés du Système National Inter-régimes de l'Assurance-Maladie des taux de charges moyens estimés par la DREES à partir de micro-données fournies par la DGI via l'Insee (correspondant aux déclarations fiscales de bénéficiaires non commerciaux anonymisés).

Les micro-données fiscales dont nous disposons ne permettent pas de reconstituer d'information sur le type de zone géographique d'exercice (du fait de l'absence du code commune, dont la présence pourrait rendre dans certains cas les données indirectement nominatives). Néanmoins, à notre demande, l'Insee a réalisé une exploitation statistique de ses propres fichiers de bénéficiaires non commerciaux (contenant le code commune) pour nous fournir les éléments nous permettant d'estimer par type de zone géographique des « honoraires nets déclarés à la DGI » et des taux de charge, et donc d'estimer des revenus. Si la démarche suivie assure que les taux de charges par zone géographique obtenus sont identiques à ceux publiés par la DREES pour la France entière dans son constat annuel sur les revenus d'activité libérale⁸, il n'en est pas de même pour les honoraires (et donc les revenus), qui sont ici estimés à partir des données fiscales de BNC (honoraires et effectifs) et non du SNIR. Les différences entre les deux procédures d'estimations ne sont toutefois pas susceptibles de remettre en cause les analyses.

Encadré 2 : unités et aires urbaines

Deux nomenclatures géographiques, produites par Insee, sont utilisées ici : celles des unités urbaines et celles des aires urbaines. Ces nomenclatures reflètent deux approches distinctes (mais liées) : la première, celle des unités urbaines, se réfère à la continuité du bâti ; la seconde, celle des aires urbaines prend en compte les migrations domicile travail entre la ville et sa périphérie⁹. Ces deux nomenclatures permettent donc des analyses complémentaires, sans que l'une ou l'autre s'impose d'emblée pour des analyses de répartition géographique des professionnels de santé. En effet, si d'un côté tenir compte des migrations quotidiennes des personnes peut sembler pertinent pour mesurer l'accessibilité à des services, les personnes dont les besoins de soins sont les plus importants ne sont en général pas (ou plutôt plus) concernées par les déplacements domicile-travail.

Les unités urbaines sont définies comme des ensembles de communes regroupant au moins 2000 habitants dont les habitations ne sont pas séparées de la plus proche de plus de 200 m. Les aires urbaines sont, elles, définies comme des ensembles de communes d'un seul tenant et sans enclave, constituées par un pôle urbain (unité urbaine offrant au moins 5000 emplois n'étant pas elle-même attirée à plus de 40 % par une autre unité urbaine) et une couronne périurbaine (composées des communes envoyant travailler dans l'aire urbaine 40 % ou plus de leurs résidents actifs).

Les deux nomenclatures proposent une approche légèrement différente du 'rural'. Dans l'approche par 'unité urbaine', sont rurales toutes les communes n'appartenant pas à une unité urbaine (il s'agit donc d'ensembles d'habitations isolés de moins de 2000 habitants). Dans l'approche par 'aire urbaine', sont considérés comme faisant partie de l'espace à dominante rurale les communes rurales n'envoyant pas au moins 40% de leurs actifs dans des aires urbaines, mais également certaines petites unités urbaines : les unités urbaines comptant moins de 5000 emplois (et ne pouvant donc être 'pôles

⁸ Les revenus libéraux de l'année 2000 des médecins ont été publiés dans l'Etudes et Résultats n°200 (« L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 2000 », S. Audric) et ceux des autres professionnels vont être publiés par l'Insee dans le Synthèses consacré aux revenus des non salariés.

⁹ Cf. Julien, P. (2000) : « Mesurer un univers urbain en expansion », *Economie et Statistique*, n°336.

urbains') et envoyant moins de 40 % de leurs actifs dans des aires urbaines. Grosso modo, parmi les professionnels étudiés ici exerçant soit en commune rurale soit en espace à dominante rurale, seuls 30 à 40% sont classés à la fois en commune rurale et en espace à dominante rurale. Plus précisément, un peu plus de la moitié des professionnels exerçant en commune rurale exercent en espace à dominante rurale, un tiers exerce en couronne périurbaine, et un peu plus d'un dixième en commune multipolarisée. A l'inverse, parmi les professionnels exerçant en espace à dominante rurale, 40 à 60 % sont implantés dans une commune rurale, 20 à 30 % dans une unité urbaine de moins de 5000 habitants, 15 à 25% dans une unité urbaine de 5000 à 10 000 habitants.

En revanche, les deux nomenclatures utilisées ici ne permettent pas à elles seules de faire la distinction entre les communes que l'Insee définit comme des « villes centres » et les communes dites de « banlieue ». Ces dernières sont en effet regroupées, selon les nomenclatures, au sein de la même unité urbaine ou du même pôle urbain. La nomenclature en aires urbaines permet en revanche de faire la distinction entre les pôles urbains (constitués de villes centres et de banlieues) et leurs couronnes périurbaines (composées des communes envoyant travailler dans l'aire urbaine 40 % ou plus de leurs résidents actifs). On peut donc considérer que les couronnes périurbaines forment un troisième cercle concentrique autour des villes centres et de leurs banlieues. Au-delà de ce troisième cercle, on trouve les communes « multipolarisées », qui sont des communes dont 40 % ou plus des actifs résidents vont travailler dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elle.