

## **Chapitre V**

# **La répartition territoriale des médecins libéraux**

---

**PRESENTATION**

---

*Il n'y a jamais eu, en France, autant de médecins qu'aujourd'hui, ni une densité médicale aussi forte. Pour autant, on s'inquiète d'une pénurie qui affecterait cette profession. Aussi la Cour a-t-elle estimé nécessaire de revenir sur la démographie médicale, déjà abordée dans le RALFSS de 2007.*

*Elle a ainsi procédé à une nouvelle enquête à ce sujet, en se focalisant plus particulièrement sur la répartition territoriale des médecins libéraux, notamment généralistes, qui joue un rôle déterminant dans l'accès aux soins.*

*Il en ressort une augmentation des effectifs de médecins, qui a laissé cependant subsister d'importantes disparités (I). Face à ces tendances lourdes, les leviers de l'action publique sur l'installation des médecins qui peuvent être variés (régulation affinée par faculté et par spécialité des flux de formation, aides financières incitatives, mécanismes contraignants ou mesures portant sur l'organisation des soins) demeurent insuffisamment ou mal utilisés (II).*

---

## **I - Une croissance des effectifs qui laisse subsister d'importantes disparités**

### **A – Un nombre inégalé de médecins, un mode d'exercice en mutation structurelle**

Le nombre de médecins n'a cessé de progresser au cours des quarante dernières années. Après une croissance forte -un quasi-triplement des effectifs, passés, pour la France métropolitaine, de 59 000 médecins en 1968 à 173 000 en 1990- le nombre de praticiens a ensuite progressé plus modérément, notamment lors de la dernière décennie où il a augmenté de 194 000 en 2000 à 209 000 en 2009<sup>155</sup>. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, pour la France entière, il y avait 216 000 médecins actifs<sup>156</sup>.

---

155. Source des données : DREES, répertoire ADELI, série redressée. Jusqu'en 2009, la DREES procédait à un redressement statistique de ses données de manière à les faire coïncider avec celles du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). En 2010, elle a été amenée à abandonner ce redressement. Les données désormais non redressées pour 2010 (207 500) et 2011 (209 000) ne sont ainsi pas directement comparables avec celles des années précédentes.

156. Source : Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Cette évolution de long terme, qui s'explique principalement par celle du *numerus clausus*<sup>157</sup>, est plus dynamique que celle de la population : la densité en médecins (France métropolitaine) a ainsi crû, dans le même temps, de 119 praticiens pour 100 000 habitants en 1968 à 306 en 1990, puis 330 en 2000 et, enfin, 335 en 2009.

#### **La difficulté du dénombrement des médecins**

Deux sources d'information permettent de dénombrer l'ensemble des médecins en activité : le répertoire ADELI<sup>158</sup> (automatisation des listes) géré par la DREES et le fichier national du CNOM. Pour les médecins libéraux, s'y ajoutent les données du système national interrégimes (SNIR) de la CNAMTS et le fichier des cotisants de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) à laquelle ces praticiens cotisent obligatoirement.

Comme l'évoquait le RALFSS de 2007, les données présentées par ces différentes sources ne sont pas directement comparables entre elles en raison des différences de champ, des écarts liés au mode d'approche institutionnelle du médecin et au développement d'une activité « mixte ».

Le répertoire ADELI a vocation à être remplacé par le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Or, ce dernier n'est toujours pas opérationnel alors qu'il devait l'être fin 2004.

La population des médecins se caractérise par un vieillissement de la profession et sa féminisation : au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 39,7 % des médecins en France métropolitaine étaient des femmes, contre 29,6 % au 1<sup>er</sup> janvier 1990. Plus généralement, l'évolution de la durée de travail des médecins en ville comme à l'hôpital est une donnée majeure. Le souhait partagé par l'ensemble des médecins de libérer du temps pour leur famille ou d'autres activités personnelles se traduit par une progression du temps partiel. A l'hôpital, les contraintes réglementaires entraînent une diminution sensible de la durée effective de travail. Parallèlement, pour la médecine de ville, la moindre attraction du modèle traditionnel d'exercice isolé s'accompagne de modifications structurelles des modes d'exercice.

L'exercice libéral reste dominant : il concerne en 2009, 59 % des médecins, 30 % étant en fonctions à l'hôpital et 11 % salariés dans d'autres structures. Cependant, sa part décroît depuis 1990 où elle était de

157. Le *numerus clausus*, instauré en 1971, est le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales au-delà de la première année. Ce *numerus clausus* est fixé chaque année par arrêté.

158. Le répertoire ADELI a vocation à recenser un ensemble de professions de santé (parmi lesquelles figurent les médecins) en activité libérale ou salariée. Il est alimenté par les enregistrements auprès de l'administration auxquels ces professions doivent procéder en application des dispositions du code de la santé publique.

62,6 %. Ce déclin semble devoir s'accélérer, seul un médecin sur dix s'établissant en libéral (hors remplaçants<sup>159</sup>) à la sortie de ses études, même si les choix d'un mode d'installation définitif se font sans doute plus tard que dans le passé, ce qui peut conduire à relativiser ce constat.

Ces mutations structurelles affectent tout particulièrement la médecine générale. Les généralistes sont ainsi devenus minoritaires alors qu'ils font l'objet d'attentes particulièrement fortes pour l'optimisation du parcours de soins. Une des raisons est le développement, au sein des omnipraticiens, des modes d'exercice particulier (MEP) comme l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine du sport etc., à la place de la médecine générale. Les MEP permettent notamment de demander une exemption à la participation à la permanence des soins (PDS<sup>160</sup>).

Ainsi, parmi les 61 300 omnipraticiens libéraux recensés par la CNAMTS, seuls 53 700, qui représentent 46 % du total des médecins libéraux, sont effectivement des généralistes, c'est-à-dire en mesure de se consacrer entièrement à la médecine de premier recours.

#### Evolution du nombre de médecins libéraux

| Médecins libéraux                                       | 1985   |      | 2000    |      | 2009    |      |
|---|--------|------|---------|------|---------|------|
|   |        | %    |         | %    |         | %    |
| Effectifs totaux  | 90 340 | 100% | 113 994 | 100% | 115 978 | 100% |
| Nombre d'omnipraticiens                                 | 52 467 | 58%  | 60 823  | 53%  | 61 315  | 53%  |
| <i>dont nombre de généralistes</i>                      | 46 324 | 51%  | 54 272  | 47%  | 53 652  | 46%  |
| <i>dont nombre de MEP (mode d'exercice particulier)</i> | 6 143  | 7%   | 6 551   | 6%   | 7 663   | 7%   |
| Nombre de spécialistes                                  | 37 873 | 42%  | 53 171  | 47%  | 54 663  | 47%  |

*Les pourcentages sont calculés par rapport aux effectifs totaux*

*Source : CNAMTS*

Cette évolution en faveur des MEP continue de se renforcer parmi les omnipraticiens libéraux : les effectifs de MEP ont crû de 17 % entre 2000 et 2009 tandis que ceux des généralistes ont légèrement diminué (-1 %).

Le souci de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale et sociale comme la volonté de pouvoir connaître des évolutions de carrière

159. Les remplaçants représentent le quart des nouveaux inscrits à l'ordre et sont des libéraux pour une très large majorité d'entre eux.

160. La permanence des soins en médecine ambulatoire est une mission de service public qui vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

plus ouvertes deviennent ainsi des facteurs déterminants dans le choix du lieu et des conditions d'installation des jeunes médecins.

## B – Des disparités géographiques importantes, mais des difficultés territorialement ciblées

La répartition géographique des médecins est hétérogène. Elle est marquée traditionnellement par un fort héliotropisme, encore plus net pour le secteur libéral. Le tableau ci-dessous illustre ce constat pour les médecins généralistes libéraux.

### Densité départementale en généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)

| 1985                                 |           | 2000                                 |           | 2007                                 |           |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
| <b>France métropolitaine</b>         | <b>84</b> | <b>France métropolitaine</b>         | <b>92</b> | <b>France métropolitaine</b>         | <b>87</b> |
| <b>Départements les plus denses</b>  |           | <b>Départements les plus denses</b>  |           | <b>Départements les plus denses</b>  |           |
| Hautes-Alpes                         | 131       | Hautes-Alpes                         | 136       | Hautes-Alpes                         | 120       |
| Alpes-Maritimes                      | 119       | Hérault                              | 123       | Haute-Vienne                         | 118       |
| Pyrénées-Orientales                  | 119       | Alpes-Maritimes                      | 122       | Bouches-du-Rhône                     | 117       |
| Haute-Garonne                        | 115       | Bouches-du-Rhône                     | 122       | Pyrénées-Orientales                  | 116       |
| Bouches-du-Rhône                     | 114       | Pyrénées-Orientales                  | 120       | Hérault                              | 114       |
| <b>Départements les moins denses</b> |           | <b>Départements les moins denses</b> |           | <b>Départements les moins denses</b> |           |
| Loire                                | 68        | Val d'Oise                           | 72        | Val d'Oise                           | 68        |
| Val d'Oise                           | 68        | Essonne                              | 72        | Seine-et-Marne                       | 67        |
| Oise                                 | 66        | Ain                                  | 72        | Ain                                  | 67        |
| Seine-Saint-Denis                    | 65        | Hauts-de-Seine                       | 71        | Hauts-de-Seine                       | 66        |
| Moselle                              | 65        | Seine-Saint-Denis                    | 67        | Seine-Saint-Denis                    | 60        |
| Différentiel*                        | 2,0       | Différentiel*                        | 2,0       | Différentiel*                        | 2,0       |

\*Différentiel : rapport entre la densité la plus élevée et la plus faible

Source : IRDES, logiciel Eco-Santé, d'après les données SNIR de la CNAMTS

Si la densité globale des généralistes est demeurée presque constante en dépit de la croissance des effectifs de l'ensemble des médecins, de grandes disparités se marquent entre pôles urbains et zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres des villes et certaines banlieues difficiles.

Pour autant, selon une étude de la DREES publiée en 2010 sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine<sup>161</sup>, les

161. Source : DREES, Document de travail « Les comptes nationaux de la santé 2009 », série Statistiques, n° 149, septembre 2010.

médecins généralistes libéraux constituent le 3<sup>ème</sup> des 137 équipements et services pour lesquels l'adéquation avec la population est actuellement la meilleure, après les pharmacies (1<sup>er</sup> rang) et les salons de coiffure (2<sup>ème</sup> rang) et avant les boulangeries (4<sup>ème</sup> rang).

En fait, pour les généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10 % des inégalités sont entre régions. Pour les spécialistes en ophtalmologie, les inégalités sont même à 95 % intra-régionales.

#### **La répartition territoriale des spécialistes libéraux**

Selon l'étude de la DREES précédemment citée sur la localisation des professionnels de santé libéraux, la répartition sur le territoire des 5 200 gynécologues (obstétriques et médicaux), 2 700 pédiatres et 4 900 ophtalmologistes libéraux est très contrastée.

Ainsi, dans la plupart des bassins de vie, la densité des spécialistes libéraux est inférieure de plus de 50 % à la moyenne nationale. Quelques bassins de vie majoritairement situés dans les grandes agglomérations ou dans le Sud ont une densité supérieure de plus de 50 % à la densité nationale. Les densités les plus élevées se rencontrent en Ile-de-France, en particulier dans l'agglomération parisienne.

Les ophtalmologistes se situent au 56<sup>ème</sup> rang (sur 137) des services et équipements les mieux en adéquation avec la population, les pédiatres au 64<sup>ème</sup> rang et les gynécologues au 66<sup>ème</sup> rang.

La DREES conclut ainsi que « la bonne adéquation des médecins généralistes libéraux avec la population n'est pas incompatible avec l'existence de zones sous dotées. Ce résultat suggère néanmoins que ce phénomène est globalement limité, soit parce que les zones sous dotées sont petites (en population), soit parce qu'elles sont peu nombreuses ». Ce constat va ainsi à l'encontre du sentiment général de pénurie amplement relayé.

Il est donc indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée. Des analyses à un niveau géographique détaillé ont été ainsi menées il y a quelques années respectivement par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la CNAMTS et les missions régionales de santé (MRS).

En 2005, les zones prioritaires définies sur la base d'une circulaire de janvier 2005<sup>162</sup> concernaient 1 600 médecins généralistes libéraux (3 % des effectifs) répartis sur 4 500 communes (12 %) soit une population de 2,6 millions d'habitants (4 %). Cependant, les critères de zonage ont été différents selon les régions. La liste des zones déficitaires s'est ainsi avérée peu homogène, ce qui n'est pas sans poser problème, les aides financières aux médecins installés ou s'installant étant depuis lors versées sur la base de ce zonage.

Désormais, à la suite de la loi HPST, ces travaux de zonage relèvent des agences régionales de santé (ARS) et seront réalisés dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il est ainsi essentiel de veiller que la nouvelle cartographie soit construite certes en fonction des réalités de chaque territoire de santé, mais également selon une approche homogène au regard des besoins de la population. A cet égard, il conviendrait qu'elle intègre systématiquement et non de façon facultative comme dans le cas du zonage précédent, le temps d'accès à un médecin qui ne devrait pas excéder un délai maximum donné.

### **C – Une nouvelle hausse de la démographie médicale, après la baisse des prochaines années, sans incidence sur l'ampleur des inégalités territoriales**

Selon les projections de la DREES publiées en 2009<sup>163</sup>, le nombre de médecins en activité en France baisserait dans les dix ans à venir de près de 10 % par rapport à 2006. Cette diminution résulterait au premier chef de nombreux départs à la retraite, qui vont concerner des promotions à numerus clausus élevé, voire antérieures à l'instauration de ce numerus clausus. Ces départs ne devraient être que partiellement compensés par les entrées en exercice des promotions formées à partir des années 2000, dont le numerus clausus, bien que croissant, reste inférieur à celui des promotions qui devraient partir à la retraite. Ce creux démographique pourrait aviver les difficultés liées aux inégalités territoriales de répartition, même si sa durée apparaît relativement limitée.

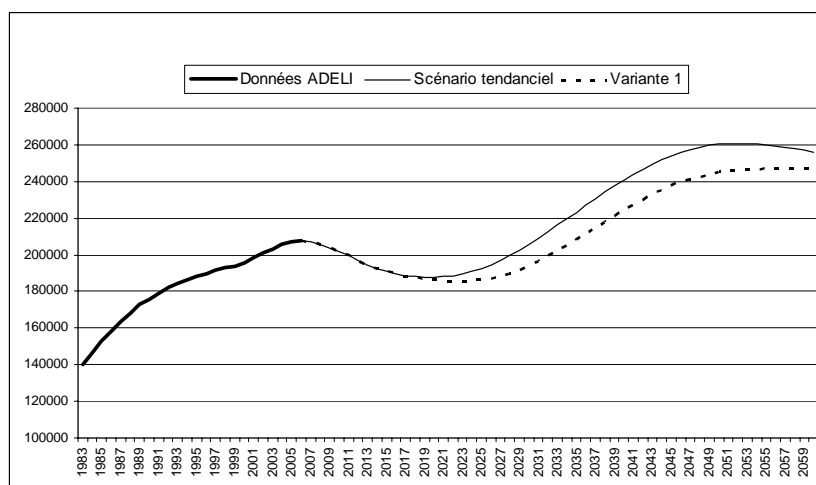
---

162. Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n° 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes.

163. Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », série Etudes et Résultats, n° 679, février 2009. Ces projections n'intègrent pas les médecins formés hors de France car ces effectifs sont difficiles à recenser avec précision.

Si une baisse de la démographie médicale est ainsi attendue dans la prochaine décennie, une hausse devrait en effet avoir lieu aussitôt après (les entrées et les sorties se compensant) et déboucher à terme sur un nombre de médecins largement supérieur à celui actuellement constaté comme l'indique le graphique ci-dessous.

### Evolution prévisionnelle des effectifs de médecins en activité



Source : fichier du conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES

Ainsi, dans le cas du scénario tendanciel de la DREES avec un numerus clausus porté par hypothèse à 8 000 en 2011, maintenu à ce niveau jusqu'en 2020, puis ramené à 7 000 en 2030<sup>164</sup>, les effectifs décroîtraient jusqu'en 2019 pour atteindre un niveau plancher de 188 000 médecins. Le nombre de médecins repartirait ensuite à la hausse et s'élèverait à 206 000 en 2030, puis à 256 000 en 2060.

Dans le cas d'un numerus clausus ramené par hypothèse à 7 000 en 2011 (variante 1 dans le graphique) et maintenu à ce niveau par la suite, les effectifs, après avoir chuté plus fortement que dans le scénario tendanciel, repartiraient ensuite également à la hausse. Mais le point de retournement serait plus tardif (il se situerait en 2024 et non plus en 2020) tandis que le nombre de médecins en 2060 serait de 247 000.

La DREES a complété en 2010 ses travaux avec de nouvelles hypothèses sur le numerus clausus. Il en ressort que la densité médicale,

164. En réalité, le numerus clausus a été fixé à 7 400 ces trois dernières années 2009, 2010 et 2011.

de 324 médecins pour 100 000 habitants en 2007, connaîtrait une hausse probable à long terme. Ainsi, dans le cas où le *numerus clausus* serait maintenu dans les prochaines décennies à 7 400, la densité médicale s'établirait durablement au-dessus de son niveau actuel, atteignant le chiffre de 344 en 2050.

Cette évolution du nombre de médecins ou de leur densité doit cependant être rapportée à celle des besoins en soins liés à l'évolution de la population et notamment à son vieillissement. En outre, ces projections ne disent rien sur les enjeux de l'organisation des soins associés aux différents niveaux de population de médecins ou de densité médicale. En tout état de cause, quelles que soient les hypothèses de *numerus clausus* - eu égard notamment à ces projections, le ministère de la santé a ouvert une réflexion, fin 2010, sur son éventuel abaissement- les effectifs de médecins devraient être ainsi en pleine croissance en 2030 et la densité médicale être à la hausse à long terme.

Pour autant, cette dynamique ne résoudra pas spontanément les inégalités de répartition des médecins.

Selon le scénario tendanciel de la DREES, les inégalités des densités médicales régionales seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006. Certaines régions seraient toujours mieux dotées en médecins que d'autres, mais ce ne serait plus les mêmes qu'en 2006 : la Picardie, le Centre et le Languedoc-Roussillon seraient les régions les moins dotées en médecins et la Bretagne, la Franche-Comté, le Poitou-Charentes, le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine seraient les régions les mieux dotées<sup>165</sup>. En outre, la part des médecins exerçant dans un pôle urbain disposant d'un centre hospitalier universitaire (CHU) progresserait et ce au détriment des autres zones (notamment des zones rurales).

## II - L'impact insuffisant des politiques actuelles

Compte tenu de ces tendances lourdes, une action publique efficace en faveur d'une meilleure répartition géographique apparaît comme une exigence impérieuse au regard de l'enjeu essentiel qu'est l'égalité d'accès aux soins et, par la même, l'égalité des chances dans le domaine de la santé.

Les différents leviers mis en œuvre à cette fin n'ont eu cependant qu'un impact limité, qu'il s'agisse de ceux mis en place dans le cadre des

---

165. Par ailleurs, toujours par rapport à 2006, l'Île-de-France et la région PACA ne se distingueraient plus, à l'horizon 2030, par des densités élevées.

études médicales (A), des nombreuses aides incitatives pour les médecins (B), ou encore de l'inaboutissement des mécanismes de régulation des installations (C). Les mesures de meilleure organisation du système de soins et de renforcement de la complémentarité entre professionnels de santé recèlent de nombreuses potentialités, mais demeurent peu exploitées (D).

## **A – Des dispositifs de régulation des flux sur le territoire insuffisamment efficaces lors des études médicales**

### **1 – Le numerus clausus**

Le numerus clausus, passé progressivement de 3 850 en 2000 à 7 400 en 2009, est depuis lors stabilisé à ce niveau. En outre, il a été modulé entre 2008 et 2010 en fonction des besoins des régions et de la démographie médicale.

Le numerus clausus, comme outil de régulation démographique et d'orientation géographique des installations, présente cependant de nombreuses limites. Outre les difficultés inhérentes à l'exercice, la fixation d'un numerus clausus, quel qu'il soit, n'aura de conséquences sur le nombre de diplômés et donc sur l'offre de soins, que dix à quinze ans plus tard compte tenu de la durée des études médicales. D'autre part, l'augmentation du numerus clausus peut se heurter, comme cela s'est observé dernièrement, aux capacités d'accueil des universités, notamment dans les régions structurellement déjà sous dotées.

De fait la modulation régionale du numerus clausus n'est pas l'instrument le mieux adapté pour remédier au problème démographique médical actuel, à savoir l'hétérogénéité de la répartition géographique des médecins sur le territoire : rien n'empêche un étudiant qui a suivi ses études dans une université située dans une région sous dotée de s'installer ensuite en zone sur dotée du fait du principe de la liberté d'installation.

Face au problème de répartition, la seule augmentation des effectifs n'est donc pas pertinente (cf infra).

### **2 – Les épreuves classantes nationales**

Les épreuves classantes nationales (ECN), mises en place en 2004, remplacent les concours de l'internat. Elles concernent, contrairement à ces derniers, tous les futurs médecins, qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité. Lors des ECN, les étudiants choisissent

leur affectation dans l'ordre du classement et, depuis 2010, dans la limite des postes disponibles entre désormais 30 spécialités (dont celle de médecine générale) et 28 subdivisions (ou villes).

*a) La forte augmentation du nombre d'internes en formation*

Conséquence du desserrement du numerus clausus il y a quelques années, le nombre de postes offerts aux ECN a globalement augmenté de plus de 70 % entre 2004 et 2010 passant ainsi de près de 4 000 en 2004 à plus de 6 800 en 2010. Pour la période 2010-2014, conformément à la loi HPST, les pouvoirs publics ont établi en juillet 2010 une répartition prévisionnelle quinquennale des postes proposés à l'issue des ECN. Cette répartition prévoit une augmentation sensible du nombre d'internes en formation passant de 6 839 postes en 2010 à 8 089 postes en 2014 (+18 %).

Mais cette progression a été répartie de manière très différente entre les inter-régions avant et après 2010. Entre 2004 et 2010, elle a bénéficié notamment à certaines régions sous dotées (Ouest, Nord-Ouest). En revanche, la répartition prévisionnelle quinquennale 2010-2014 bénéficiera d'abord aux régions sur-dotées (Sud, Ile-de-France<sup>166</sup>) et peu voire pas du tout aux régions sous-dotées (Nord-Ouest, Ouest et Nord-Est) comme le montre le tableau suivant.

---

166. Pour cette dernière région, la surdotation concerne les médecins spécialistes.

**Evolution du nombre de postes offerts aux ECN par inter-régions entre  
2004 et 2014**

|                          | 2004         | 2007         | 2010         | Δ 2010-<br>2004 | 2012         | 2013         | 2014         | Δ 2014-<br>2010 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Ile de France            | 817          | 788          | 950          | <b>16%</b>      | 1 343        | 1 381        | 1 389        | <b>46%</b>      |
| Nord-Est                 | 684          | 978          | 1 174        | <b>72%</b>      | 1 203        | 1 218        | 1 218        | <b>4%</b>       |
| Nord-Ouest               | 628          | 986          | 1 192        | <b>90%</b>      | 1 203        | 1 203        | 1 197        | <b>0%</b>       |
| Rhône-Alpes<br>Auvergne* | 468          | 597          | 837          | <b>79%</b>      | 956          | 977          | 994          | <b>19%</b>      |
| Ouest                    | 595          | 983          | 1 220        | <b>105%</b>     | 1 246        | 1 270        | 1 261        | <b>3%</b>       |
| Sud                      | 351          | 424          | 606          | <b>73%</b>      | 873          | 926          | 962          | <b>59%</b>      |
| Sud-Ouest**              | 350          | 518          | 762          | <b>118%</b>     | 901          | 926          | 930          | <b>22%</b>      |
| Antilles-G.              | 95           | 92           | 98           | <b>3%</b>       | 136          | 138          | 138          | <b>41%</b>      |
| <b>Total</b>             | <b>3 988</b> | <b>5 366</b> | <b>6 839</b> | <b>71%</b>      | <b>7 861</b> | <b>8 039</b> | <b>8 089</b> | <b>18%</b>      |

\* Y compris la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.

\*\* Sans la subdivision de Clermont-Ferrand pour les ECN de 2004.

Source : Arrêtés du 30 avril 2004 et du 28 juin 2007 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre respectivement des années universitaires 2004-2005 et 2007-2008 et arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision

Par ailleurs, afin d'augmenter le nombre de médecins généralistes, le nombre de postes ouverts aux ECN dans cette discipline a continûment été accru ces dernières années. Le nombre de postes ouverts aux ECN en médecine générale est ainsi passé de 1 841 en 2004 à 3 632 en 2010, soit un doublement et le pourcentage du nombre de postes ouverts en médecine générale parmi l'ensemble des postes ouverts est passé de 46 % en 2004 à 53 % en 2010 avec un pic à 56 % en 2008. En d'autres termes, dès les ECN 2005, la moitié au moins des postes offerts ont été des postes de médecine générale.

*b) Les limites des actions sur les ECN*

En raison du taux d'inadéquation -qui rapporte le nombre de postes non affectés à l'issue des ECN au nombre de postes ouverts-, se constate chaque année un nombre particulièrement élevé de postes non pourvus au terme de ces épreuves. Le facteur déterminant le taux d'inadéquation est le nombre important d'étudiants qui préfèrent redoubler leur dernière année avant de se présenter aux ECN pour tenter de bénéficier d'une

nouvelle et meilleure possibilité de choix l'année suivante<sup>167</sup>. Ce taux, d'environ 10 %, révèle l'importance des pratiques de redoublement pouvant atteindre 30 % dans certaines facultés.

Il concerne surtout la médecine générale dont les postes sont loin d'être tous pourvus comme l'indique le tableau ci-dessous, même s'il arrive que cette spécialité soit choisie par des étudiants très bien classés.

#### Nombre de postes pourvus à l'issue des ECN

| ECN   | 2004  | 2006  | 2008  | 2009  | 2010  | 2012  | 2014  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Postes ouverts aux ECN                              | 3 988 | 4 760 | 5 704 | 6 186 | 6 839 | 7 861 | 8 089 |
| Postes pourvus                                      | 3 368 | 4 430 | 5 084 | 5 518 | 6 132 | -     | -     |
| Postes non pourvus                                  | 620   | 330   | 620   | 668   | 707   | -     | -     |
| <b>Médecine générale (MG)</b>                       |       |       |       |       |       |       |       |
| Postes ouverts aux ECN                              | 1 841 | 2 353 | 3 200 | 3 333 | 3 632 | -     | -     |
| <i>% MG parmi l'ensemble des postes ouverts</i>     | 46,2% | 49,4% | 56,1% | 53,9% | 53,1% | -     | -     |
| Postes pourvus                                      | 1 232 | 2 030 | 2 591 | 2 721 | 2 964 | -     | -     |
| <i>% MG parmi l'ensemble des postes pourvus</i>     | 36,6% | 45,8% | 51,0% | 49,3% | 48,3% | -     | -     |
| Postes non pourvus                                  | 609   | 323   | 609   | 612   | 668   | -     | -     |
| <i>% MG parmi l'ensemble des postes non pourvus</i> | 98,2% | 97,9% | 98,2% | 91,6% | 94,5% | -     | -     |

Source : données ministère de la santé

Ce phénomène s'observe essentiellement dans les régions sous dotées. Il constitue ainsi un frein important aux efforts fournis pour apporter une meilleure réponse aux besoins en médecine générale et un obstacle pour la politique de répartition territoriale plus équilibrée des internes. Il peut ainsi apparaître paradoxal que les pouvoirs publics aient, pour la période 2010-2014, fortement augmenté le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, en ajoutant aux quelque 36 000 postes proposés par l'ONDPS pour la période près de 2 700 postes supplémentaires en médecine générale répartis entre les zones sous dotées.

En outre, la politique d'attribution des postes offerts aux ECN aux subdivisions en zone sous dotée semble s'être heurtée aux capacités d'accueil et de formation restreintes de ces subdivisions, ce dont

167. Un décret est en cours d'élaboration pour rendre obligatoire la validation par les étudiants de leur 6<sup>ème</sup> année de médecine avant de disposer des résultats des ECN, afin de limiter les redoublements de complaisance.

témoigne l'affectation préférentielle depuis 2010 des postes en faveur des villes du Sud et de Paris qui disposent d'un plus important potentiel de formation (voir supra).

En tout état de cause, comme pour le *numerus clausus*, les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat en raison du principe de la liberté d'installation comme l'illustre le tableau ci-dessous.

### Comparaison entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'ordre pour une région donnée

| Bilan 2001 à 2008 hors médecine générale                                   | Ile-de-France | Nord-Pas-de-Calais | Haute-Normandie | France métropolitaine |
|--|---------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Nombre de diplômés   | 2 991         | 1 213              | 522             | 15 263                |
| Nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins                         | 4 389         | 1 266              | 415             | 16 965                |
| Différentiel entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits à l'Ordre | 46,7%         | 4,4%               | -20,5%          | 11,2%                 |

Source : ONDPS, rapport 2010-2011, tome 1

### 3 – Les mesures en faveur de la médecine générale

Tout un ensemble de mesures ont été prises ces dernières années en faveur de la médecine générale pour sa reconnaissance en tant que spécialité, notamment sa filiarisation<sup>168</sup> et la mise en place d'un stage de médecine générale afin de sensibiliser les étudiants à cette discipline.

Leur mise en œuvre rencontre toutefois de sérieux obstacles.

Ainsi, une des limites à la politique de filiarisation de la médecine générale est, outre le taux d'inadéquation (voir supra), l'existence de « fuites » au sein même du système de formation (diplômes d'études spécialisées complémentaires<sup>169</sup> -DESC-...). Certes, les DESC constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des patients divers qui les

168. La filiarisation est le fait de transformer une spécialité en section autonome choisie dès le début de l'internat (à savoir dès l'issue des ECN).

169. A l'issue de leurs études de médecine, les internes obtiennent, outre le diplôme d'Etat de docteur en médecine, un diplôme d'études spécialisées (DES) qualifiant pour l'exercice exclusif de la spécialité considérée. Ils peuvent également postuler pour un DESC. Ce complément de formation leur reconnaît une compétence ou une qualification pour certaines spécialités. A titre d'exemple, pour les généralistes, ce dispositif peut leur permettre de devenir allergologue ou médecin du sport.

consultent. En même temps, ces formations complémentaires constituent pour les diplômés de médecine générale une opportunité de réorientation de leur activité. Les DESC peuvent ainsi permettre aux diplômés de médecine générale « d'échapper » à l'exercice de la médecine générale de premier recours.

Par ailleurs, le stage chez le médecin généraliste prévu par un arrêté du 4 mars 1997 n'est, près de quinze ans plus tard, que très partiellement mis en œuvre puisque seulement 49 % des étudiants de la promotion correspondante l'ont effectué au cours de l'année universitaire 2009-2010<sup>170</sup>.

## **B – Un dispositif exclusivement centré sur des aides incitatives**

### **1 – Une multiplicité d'aides, mais sans portée réelle**

Trois grands types d'aides, cumulables entre elles pour la plupart, peuvent être distingués, selon qu'elles sont financées par l'Etat, les collectivités territoriales ou la sécurité sociale.

#### *a) Les dispositifs financés par l'Etat*

Les médecins peuvent prétendre aux dispositifs d'exonérations fiscales et sociales au titre d'une installation dans les zones franches urbaines (ZFU)<sup>171</sup>. De même, les cabinets médicaux libéraux créés en zone de revitalisation rurale (ZRR) peuvent bénéficier, depuis la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, d'une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant les cinq premières années, puis d'une exonération dégressive durant neuf ans. En 2009, le bénéfice moyen exonéré était, pour les dispositifs en ZFU et en ZRR, respectivement de 47 400 € et 58 800 € par médecin concerné.

La loi de 2005 a aussi prévu une exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins, à hauteur de soixante jours de permanence par an, pour les médecins installés dans une zone déficitaire en offre de soins, soit, selon le conseil des prélèvements obligatoires, un gain moyen de 1 500 € par an.

---

170. Un arrêté de juin 2011 réduit de trois à un an la durée nécessaire pour être agréé en qualité de maître de stage. Il élargira ce vivier.

171. Prévues par la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville.

*b) Les dispositifs financés par les collectivités territoriales*

La loi de 2005 précédemment citée a prévu que les collectivités territoriales peuvent attribuer, dans les zones déficitaires, des aides à l'installation ou au maintien des médecins ainsi que des aides aux étudiants de médecine. Ces mesures ne font pas toutes l'objet d'un recensement des aides effectivement accordées ni d'une évaluation avec pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre territoires, en l'absence de coordination nationale, pour attirer de jeunes internes ou des médecins.

La loi de 2005 a aussi prévu que les communes peuvent exonérer de la taxe professionnelle pendant deux à cinq ans les médecins libéraux qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située en ZRR.

*c) Les dispositifs financés par la sécurité sociale*

L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a institué une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires.

En contrepartie de la majoration des honoraires, le projet d'avenant prévoyait initialement, une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes qui décideraient de s'installer dans les zones « très sur dotées », cette mesure étant sans effet sur les médecins déjà installés dans ces zones.

Ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, les syndicats de médecins libéraux ayant rejeté la réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales, ressentie comme une mesure de coercition en matière d'installation. La revalorisation des honoraires prévue a été toutefois accordée aux médecins généralistes concernés.

L'avenant a prévu à son article 5 « un bilan général (devant) permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones ».

Le bilan récemment présenté met en évidence un effet d'aubaine. Son coût élevé, de 20 M€ pour 773 bénéficiaires en 2010, ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones

déficitaires depuis 2007. En outre, la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 € par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 €<sup>172</sup>, ce qui conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide<sup>173</sup>. Le bilan de l'avenant montre également un effet pervers lié à l'obsolescence du zonage (voir supra), conduisant au versement de l'aide à des médecins installés dans une zone qui peut ne plus être déficitaire en offre de soins.

En dépit de ce bilan insatisfaisant, aucune mesure de régulation de l'installation de médecins dans les zones très surdotées n'a été prise à ce jour en dépit des dispositions conventionnelles le prévoyant.

La loi HPST a créé par ailleurs, à la charge de l'assurance maladie, un contrat d'engagement de service public (CESP) en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, en contrepartie d'une allocation de 1 200 € par mois, à exercer dans une zone déficitaire. Ce dispositif, financé par des crédits issus du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), est piloté et régulé au niveau national<sup>174</sup>. Sur 400 contrats proposés pour 2010, seuls 146 ont été signés, sans doute par défaut d'information des internes et parce qu'entrant en concurrence avec un autre dispositif.

Le CESP ressemble de fait par certains aspects au contrat qui peut être conclu entre un étudiant en médecine et une collectivité territoriale, à ceci près que le lieu d'installation d'un bénéficiaire du CESP est décidé ultérieurement par l'ARS en fonction de l'évolution des besoins en professionnels de santé dans les zones sous dotées, alors que l'étudiant en médecine qui contracte avec une collectivité sait précisément à l'avance le lieu de son installation qu'il peut librement négocier avec la collectivité qui l'aide.

---

172. Une majoration annuelle de 100 000 € équivaut à une activité annuelle ayant dégagé 500 000 € d'honoraires, soit pour une consultation à 22 €, à environ 23 000 consultations dans l'année. Or, les seuils retenus en 2005-2006 par les missions régionales de santé pour définir la suractivité des médecins étaient, par exemple, de 5 800 actes en Auvergne et 7 800 en Picardie.

173. La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011, qui entrera en vigueur après son approbation par les pouvoirs publics et sa publication au journal officiel, prévoit un plafonnement de cette aide à 20 000 € par an.

174. Ce dispositif est financé par l'assurance maladie mais celle-ci n'est pas associée au choix des allocataires et à celui des zones d'exercice.

**Les effets insatisfaisants du dispositif de cumul emploi-retraite**

Un dispositif de cumul emploi-retraite<sup>175</sup> est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Afin d'inciter les médecins à prolonger leur activité, un ensemble de dispositions a été pris, dont la possibilité de cumul sans limitation d'une retraite et du revenu d'une activité libérale (article 88 de la LFSS pour 2009).

Le déplaçonnement du cumul retraite-activité libérale a fait plus que doubler le nombre de médecins utilisant ce dispositif qui est passé, selon la CARMF, de 1 814 à 4 457 entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et concernait, à cette date, 11 % des retraités.

Cependant, la mesure est sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant d'exercer sur place. En outre, ce cumul bénéficie très majoritairement à des spécialistes (61 % des médecins concernés au 1<sup>er</sup> janvier 2011) dans des zones sur dotées (l'Ile-de-France et la région PACA se partagent près de la moitié des effectifs de médecins concernés au 1<sup>er</sup> janvier 2011), ce qui ne répond pas au problème des disparités territoriales, voire les aggrave.

Il existe ainsi en faveur des médecins dans les zones déficitaires une multiplicité d'aides financières, mais très peu connues des intéressés et loin d'être toutes évaluées. Quand elles le sont, elles se révèlent inefficaces, car ne répondant pas aux freins à l'exercice en zone démedicalisée exprimés par les médecins, à savoir l'isolement et la difficulté pour le conjoint d'y trouver du travail. De ce point de vue, pour mieux répondre à la demande d'information des médecins, la loi HPST a prévu la mise en place par les ARS de « guichets uniques ». Ceux-ci ont été créés sous la forme de sites internet appelés plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ouverts depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011. Ces sites, s'ils apportent une réponse encore limitée aux enjeux de l'installation des médecins, ne permettent pas de disposer d'un bilan chiffré et exhaustif des aides consacrées dans chaque territoire à cette politique.

**2 – Une régulation de l'installation inexistante**

Aucune mesure contraignante de régulation démographique médicale n'a pu être mise en œuvre jusqu'à ce jour et la liberté d'installation des médecins est restée totale.

---

175. Comme pour le numerus clausus, les actions dans le domaine de la cessation d'activité ont également été complètement réorientées depuis les années 2000. Un mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) a été mis en place en 1988 et est resté en vigueur jusqu'en 2004. Il visait à encourager les praticiens entre 57 et 65 ans à cesser leur activité en réponse au discours sur la « pléthore » en médecins.

D'autres pays, qui connaissent de mêmes difficultés en matière de démographie médicale, ont pu faire le choix de restreindre la liberté d'installation : c'est le cas notamment de l'Allemagne, de l'Autriche, du Québec, de l'Angleterre et de la Suisse. En Allemagne, dans chaque land, depuis 1993, une commission paritaire délivre les autorisations d'installation en fonction des directives d'une instance fédérale, qui est elle aussi paritaire. Ces directives définissent des quotas de médecins pour environ 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction.

En France, comme indiqué plus haut, il avait été prévu fin 2006 de mettre en place une diminution de la participation de l'assurance maladie aux cotisations des généralistes s'installant en zone sur dotée, mais ce mécanisme n'a finalement pas été retenu au cours des négociations conventionnelles.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 33) a par la suite prévu d'inclure dans le champ des négociations conventionnelles l'adaptation des règles de conventionnement des médecins en fonction des besoins de santé sur le territoire. Cette disposition a néanmoins été en définitive disjointe, à la suite d'une importante grève des internes à l'automne 2007.

Enfin, la loi HPST (article 43) a prévu un mécanisme de solidarité, le contrat santé solidarité, faisant participer les médecins en zones sur denses sur le plan médical à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusent de signer un tel contrat ou s'ils ne respectent pas les termes de leur engagement, ils devront s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 2 946 €. Ce dispositif ne devait s'appliquer que trois ans après l'entrée en vigueur du prochain schéma régional d'organisation des soins, soit au mieux en 2014.

Cependant, compte tenu de la très forte opposition des médecins à cette mesure, la ministre de la santé a indiqué le 25 juin 2010 lors de l'ouverture du 4<sup>ème</sup> congrès national de médecine générale qu'elle mettait volontairement « entre parenthèse » cette disposition. De fait, la loi du 10 août 2011 supprime la sanction et renvoie à la négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs la définition des termes d'un contrat type.

Cette absence de régulation persistante contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition encore

plus marquées que connaissent les 77 000 infirmiers libéraux recensés en 2010<sup>176</sup>.

Un avenant à la convention nationale infirmière approuvé par un arrêté du 17 octobre 2008, a entendu réduire ces déséquilibres en apportant un tempérament à la liberté d'installation.

#### **Le dispositif de régulation à l'installation des infirmiers**

L'ensemble du dispositif repose sur l'identification de zones géographiques ad hoc, dessinées en fonction de critères d'offre et de besoins en soins infirmiers, cinq catégories de zones étant répertoriées selon la présence plus ou moins forte des infirmiers libéraux en leur sein. Ont ainsi été délimitées 145 zones très sous dotées (soit 5 % du nombre total de zones) et 210 zones surdotées (soit 7 % du nombre total des zones).

A l'égard des zones très sous dotées, un dispositif d'incitation à l'installation ou au maintien des infirmiers libéraux a été institué. Il prend la forme d'une aide forfaitaire à l'installation ainsi que de la prise en charge des cotisations sociales au titre des allocations familiales.

D'autre part, l'avenant doit permettre de stabiliser le nombre d'infirmiers conventionnés dans les zones sur-dotées, en y conditionnant tout nouveau conventionnement au départ préalable d'un infirmier déjà conventionné.

La contrepartie de la conclusion de cet avenant a consisté en des revalorisations tarifaires ayant porté sur 162 M€<sup>177</sup> pour la seule année 2009.

L'avenant n'est réellement entré en vigueur qu'en 2009, une fois que les travaux de définition des différentes zones ont pu être menés à bien. De premiers enseignements peuvent cependant être dégagés :

-les zonages retenus portent sur des périmètres géographiques restreints, ce qui limite la portée de l'encadrement mis en place ;

-au cours du second semestre de 2009, une première diminution de 137 infirmiers conventionnés dans les zones surdotées a été constatée et un peu moins d'une centaine d'infirmiers se sont installés dans les zones très sous dotées.

Adopté à titre expérimental, cet avenant est arrivé à expiration en avril 2011. Suite à de nouvelles discussions, un relevé de fin de négociation a été signé le 24 juin 2011 entre les partenaires conventionnels. Il prévoit la poursuite du dispositif de régulation avec un doublement du nombre de zones concernées tant pour les zones sous dotées que surdotées.

176. Source DREES, sur la base du répertoire ADELI.

177. Hors prise en charge des cotisations due par les infirmiers libéraux.

## **C – Les mesures organisationnelles : des potentialités encore peu exploitées**

### **1 – L’adaptation de l’organisation des soins**

Compte tenu des craintes exprimées à l’égard de l’installation en médecine générale libérale en zone déjà sous-médicalisée, des mesures ont été prises notamment pour rompre l’isolement de ce mode d’exercice.

C’est ainsi que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), qui permettent de favoriser les coopérations, d’optimiser le temps médical et de répondre aux craintes d’isolement des jeunes médecins, ont fait l’objet de mesures de soutien et de création d’un statut *sui generis*. En 2010, 93 maisons de santé ont été financées par l’assurance maladie pour un total de 5,3 M€, soit en moyenne plus de 56 000 € par structure.

De même, la permanence des soins, qui peut jouer un véritable rôle repoussoir dans l’installation de médecins dans certains territoires, a également bénéficié de nouvelles dispositions législatives et réglementaires. Depuis la loi HPST et ses textes d’application, l’ARS est désormais responsable de son organisation et de son financement en lieu et place d’un dispositif qui relevait jusqu’ici de la compétence d’acteurs multiples (préfet, assurance maladie et missions régionales de santé).

Ces mesures s’ajoutent à celles prises antérieurement pour permettre un exercice sur lieux multiples, conclure un contrat de collaboration libérale entre praticiens de même discipline, ou encore faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale en alignant la durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales sur celui des salariées.

Même s’il est encore trop tôt pour juger de l’efficacité de ces différentes mesures, elles revêtent un grand intérêt compte tenu des aspirations des jeunes médecins que ce soit en termes d’exercice professionnel (rejet d’une pratique isolée...) ou en termes de contraintes (limitation des plages horaires, possibilité de travail pour le conjoint etc.).

### **2 – La coopération entre professionnels de santé**

Devant la perspective d’une diminution du nombre de médecins, en particulier pour ce qui est des spécialistes, des travaux confiés en 2002 et 2003 au professeur Berland<sup>178</sup> avaient préconisé la mise en place de délégations de tâches vers les professions paramédicales.

---

178. Le professeur Berland est aussi le président de l’ONDPS.

A la suite de ces propositions, une série de dispositifs expérimentaux ont été adoptés. La LFSS pour 2007 a ainsi ouvert aux infirmiers la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux. Ce texte a également autorisé les opticiens lunetiers à adapter, sous certaines conditions, les prescriptions délivrées par les ophtalmologistes.

Avec la loi HPST, la coopération entre professionnels de santé a été sortie de son cadre expérimental. La loi laisse aux professionnels de santé l'initiative d'instaurer entre eux une démarche de coopération.

Le bilan mi-2011 en termes de nombre de protocoles de coopération signés est cependant très décevant. Il fait ressortir les nombreuses difficultés auxquelles se heurte la mise en place de la coopération entre professionnels de santé, en particulier la lourdeur excessive de leur dispositif de validation<sup>179</sup>. En outre, se pose la question de la rémunération. La modélisation et la valorisation financière des actes donnant lieu à une coopération est encore en cours d'élaboration.

Par ailleurs, alors que le contenu des études infirmières a connu une réforme importante en 2009<sup>180</sup>, destinée à ouvrir aux étudiants en soins infirmiers le grade de licence en sus du diplôme d'Etat, celle-ci n'a pas pris en compte la préparation des futurs infirmiers à l'exercice des tâches susceptibles de leur être déléguées par les médecins.

Enfin et surtout, les milieux professionnels restent dans l'ensemble extrêmement réticents en poursuivant la défense de leur identité professionnelle. Le rapport Hubert<sup>181</sup> a notamment fait ce constat, en particulier de la part de médecins généralistes qui parlent de délégation de tâches et non de transfert, ou de certaines infirmières qui répugnent à transférer aux aides-soignantes les soins d'hygiène. Il mentionne également, au-delà de cette réticence, les conséquences de ces éventuels partages d'activités en matière de responsabilité professionnelle, les médecins ne voulant pas assumer la responsabilité d'un acte qu'ils n'auraient pas personnellement assuré et les paramédicaux ne souhaitant pas toujours être confrontés aux effets d'une autonomie à laquelle ils n'ont pas été préparés.

La coopération entre professionnels de santé apparaît pourtant comme une réponse pertinente aux problèmes de la démographie médicale comme la Cour l'avait déjà souligné dans le RALFSS 2007, en

---

179. La loi HPST conditionne l'entrée en vigueur de ces protocoles à une validation de l'ARS, puis de la Haute Autorité de santé.

180. Cette réforme consiste principalement en un renforcement des connaissances scientifiques ainsi qu'en un accroissement des liens entre les IFSI et le monde universitaire.

181. Rapport de Mme Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité, novembre 2010.

recommandant de poursuivre les transferts de tâches entre les différentes professions concernées.

\*  
\* \*

Pris isolément, les dispositifs existants, conçus chacun indépendamment des autres, ont une efficacité très limitée et ne sont pas à la hauteur des enjeux de répartition des médecins. Il risque d'en découler une aggravation des inégalités d'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles et une surabondance de professionnels dans les régions sur dotées, sources d'une surconsommation de soins.

Devant ce constat, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport 2007<sup>182</sup>, avait déjà prôné la mise en place de mécanismes plus directifs d'installation des médecins, à travers notamment de mécanismes de désincitation à l'installation en zones de sur-densité.

La Cour, dans le RALFSS 2007<sup>183</sup>, avait aussi préconisé, dans un chapitre sur les médecins libéraux, la mise en place de mécanismes de dissuasion financière afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

Il convient de fait d'utiliser plus efficacement l'ensemble de la palette des dispositifs sauf à se résigner à des inégalités qui sont sources de pertes de chance pour une partie de la population. Ceci implique au minimum de disposer d'une cartographie pertinente des zones sous-dotées commune à tous les acteurs et mise à jour régulièrement, mais aussi, dans la logique de l'article 5 de l'avenant n° 20 à la convention médicale, de ne plus exclure l'hypothèse de mesures plus contraignantes, qui pourraient aller jusqu'au conventionnement sélectif, à l'instar du dispositif infirmier.

A tout le moins, il y a lieu de reconsidérer les modalités de prise en charge des cotisations sociales des médecins en les modulant en fonction de la répartition territoriale des praticiens. Cette modulation qui s'inspirerait du dispositif initialement prévu lors de la négociation de l'avenant n° 20, devrait concerner cette fois-ci l'ensemble des médecins, généralistes comme spécialistes, ceux déjà installés aussi bien que ceux sortant de formation, de telle façon que ces derniers n'aient pas à porter seuls des contraintes désormais nécessaires au regard des enjeux de santé publique.

---

182. Source : HCAAM, rapport, juillet 2007, p.83.

183. Source : Cour des comptes, RALFSS 2007, pp. 202 et 255.

---

**CONCLUSION**

---

*Les données démographiques sur les médecins font ressortir nettement une tendance à long terme à une forte et nouvelle augmentation des effectifs, au-delà d'un creux conjoncturel d'ampleur et de durée limités.*

*Néanmoins, il subsistera, selon toutes les projections, des disparités territoriales conséquentes auxquelles s'ajoutent, des inégalités de répartition entre disciplines.*

*Ni les dispositifs de quotas (numerus clausus et ECN), ni les mesures financières d'incitation n'ont permis à ce jour de réduire ces disparités.*

*Au-delà de la révision qui s'impose des dispositifs d'aides incitatives, d'autant moins efficaces qu'ils sont redondants et concurrents, cette situation justifie le recours à des mesures plus contraignantes. Elles devraient s'inscrire dans le temps de façon à permettre une clarté et une visibilité indispensables aux professions concernées. Elles impliqueraient dès maintenant, sans attendre une nouvelle aggravation des déséquilibres constatés, une modification profonde du dispositif de prise en charge des cotisations des médecins.*

---

**RECOMMANDATIONS**

---

25. *Elaborer une nouvelle cartographie homogène des zones fragiles fondées sur un temps d'accès à un médecin généraliste et si possible à un médecin spécialiste, qui ne doit pas excéder un temps maximum donné.*

26. *Rendre plus effectifs les dispositifs de régulation des flux de formation, notamment en réduisant le nombre de postes ouverts aux ECN et en diminuant les redoublements de complaisance.*

27. *Développer la réflexion sur un éventuel abaissement du numerus clausus.*

28. *Revoir l'avenant n° 20 à la convention médicale :*

- en plafonnant le montant de l'aide ;*
- en modulant la prise en charge des cotisations sociales des médecins, y compris ceux déjà installés, en fonction de leur répartition territoriale.*

29. *Consolider au niveau du ministère de la santé les données recueillies sur les aides dans les « guichets uniques » des ARS.*

---