

# Le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux



## Chambre des régions

**14<sup>e</sup> SESSION PLENIERE**  
**CPR(14)4REP**  
17 avril 2007

### La répartition équilibrée des soins de santé dans les régions rurales

Natalia Evdokimova, Fédération de Russie, (R, NI)  
Patrizia Muratore, Italie, (R, NI)

Exposé des motifs  
Commission de la cohésion sociale

#### Résumé:

De nombreuses régions européennes sont aujourd'hui confrontées à un phénomène de répartition inéquitable des soins de santé, caractérisé par une offre sanitaire concentrée dans les grands centres urbains au détriment du reste du territoire régional, en particulier des zones rurales.

Ce phénomène a pour conséquence de rendre difficile l'accès aux soins de santé à une partie souvent importante de la population et engendre également des conditions de travail difficiles pour les professionnels de santé : surcharge de travail, isolement professionnel, difficultés d'échanger avec d'autres médecins ou d'accéder à la formation médicale continue, faibles rémunérations, nécessité d'assurer la permanence des soins.

Dans son rapport, la Chambre des Régions du Congrès démontre à quel point il est essentiel que les Etats reconnaissent ce problème et que les collectivités régionales mettent en œuvre à leur niveau des mesures destinées à lutter contre un phénomène qui porte atteinte à la cohésion sociale de leurs territoires et qui, compte tenu notamment de l'augmentation des besoins de santé liée au vieillissement démographique et de la diminution du nombre de médecins en activité, est appelé à se renforcer dans les années à venir.

R : Chambre des régions / L : Chambre des pouvoirs locaux  
GILD : Groupe Indépendant et Libéral Démocratique du Congrès  
PPE/DC : Groupe Parti Populaire Européen - Démocrates Chrétiens du Congrès  
SOC : Groupe Socialiste du Congrès  
NI : Membre n'appartenant à aucun groupe politique du Congrès



## Préambule

Le champ couvert par ce rapport<sup>1</sup> est celui de l'accès géographique aux soins de santé et du rôle que peuvent jouer les collectivités régionales dans ce domaine. Avant d'aborder ces questions, il convient de rappeler quelques principes fondamentaux de santé publique et en particulier celui des déterminants de santé.

L'état de santé d'une population est fonction de nombreux déterminants. Différentes classifications sont utilisées afin d'analyser ces facteurs dont l'une, la plus fréquemment retenue dans la littérature francophone, qui considère quatre déterminants principaux :

- les facteurs biologiques, comme par exemple le capital génétique ou l'âge,
- l'environnement tant physique (écologie, logement, expositions professionnelles) que familial, social, économique, niveau d'instruction, culturel ou politique,
- les comportements et styles de vie qui regroupent en particulier la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue illicites, la nutrition et l'activité physique,
- le système de santé qui comprend aussi bien l'offre de soins curatifs que les offres de soins préventifs (dépistage, vaccination) et son organisation.

Le rôle respectif de ces différents déterminants dans l'amélioration ou la détérioration de la santé des populations, qui interagissent de façon dynamique et complexe, a fait l'objet de très nombreux travaux. S'il n'existe pas de consensus sur le poids de chacun de ces déterminants, il est généralement reconnu que les progrès de la médecine et l'accès à une offre de soins de qualité n'ont pas eu un rôle plus important sur l'amélioration de la santé de la population que l'amélioration de l'environnement physique ou des comportements individuels. Dans son rapport sur la santé en Europe en 2005, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) souligne que « *sept facteurs de risque seulement sont responsables de la majorité des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS : l'hypertension artérielle, le tabac, l'alcool, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et la sédentarité* ». Le système de soins ne peut pas agir seul sur l'ensemble de ces déterminants et n'intervient pour nombre d'entre eux qu'en bout de chaîne, lorsqu'un problème de santé est déjà installé.

L'évolution récente des indicateurs de santé dans la Fédération de Russie constitue une bonne illustration du poids relatif du système de soins sur l'évolution de l'état de santé de la population. Dans ce pays, l'espérance de vie qui s'élevait à 70 ans en 1987 a, dans les huit années suivantes, diminué de six ans. Bien qu'une légère amélioration de cet indicateur ait pu être observée entre 1994 et 1998, l'espérance de vie a à nouveau baissé depuis, pour s'élever en 2004 à 65,4 ans, soit 13 ans de moins qu'en moyenne dans l'Union européenne alors que l'écart n'était que de 5 années en 1987. Pour autant, entre 1987 et 2004, le nombre de médecins par habitants augmentait de 5 % et le nombre de lits d'hôpital diminuait certes (-25 %) mais nettement moins rapidement que dans l'Union européenne (-30 %). La dégradation de l'état sanitaire de la population russe, qui concerne avant tout les hommes, s'explique par la dégradation des conditions sociales de vie, les crises économiques qu'a traversé le pays et l'analyse des causes de décès montre le rôle prépondérant joué par le développement de la consommation d'alcool dans ce pays. Pour autant, si le système de soins n'est pas le seul déterminant de santé son rôle reste évidemment prépondérant dans la prise en charge et la prévention des maladies et une insuffisance quantitative et qualitative a un impact important sur la santé de la population.

En définitive, les actions qui visent à assurer une bonne répartition géographique des soins ne constituent qu'un des très nombreux leviers d'une politique d'amélioration de la santé de la population. Ce n'est même qu'une des facettes d'une politique d'accès aux soins, ce dernier dépendant de facteurs très variés, proximité aux services de soins certes, mais également coût des soins, couverture sociale et niveau de revenus, comportement des patients vis-à-vis du système de soins et notamment capacité à recourir de façon adéquate et précoce aux soins en cas de besoin. La répartition géographique des dispositifs sanitaires préoccupe de façon récurrente les acteurs de santé mais et plus généralement les acteurs politiques à travers le monde, quel que soit leur niveau d'intervention (international, national, régional ou local).

---

<sup>1</sup> Le Secrétariat du Congrès souhaite remercier l'expert, M. Frédéric Imbert, Directeur, Observatoire régional de la santé d'Alsace- ORSAL, Strasbourg, pour la préparation du présent rapport.

Œuvrer pour un accès géographique satisfaisant de la population à une offre de soins de qualité ne résoudra pas tous les problèmes de santé mais y contribuera. Ne pas se préoccuper du sujet risque d'avoir des conséquences majeures en termes de santé publique et plus généralement de cohésion sociale et d'aménagement du territoire. Pour autant, une répartition géographique parfaitement égalitaire des soins n'est pas réaliste et probablement pas souhaitable. Pour des soins spécialisés nécessitant des installations, appareils et dispositifs médicaux pointus faisant appel à des technologies avancées, la concentration de l'offre de soins dans des établissements hospitaliers importants est inévitable, si ce n'est indispensable. Le présent rapport traitera essentiellement des soins de santé primaires et plus particulièrement des moyens pouvant être mis en œuvre pour assurer une bonne répartition des personnels de santé, que ceux-ci interviennent dans le secteur ambulatoire ou hospitalier. Aboutir à une bonne répartition des professionnels de santé constitue bien entendu un objectif fondamental, dès lors que l'on souhaite assurer un accès satisfaisant de la population à ceux-ci. C'est également un objectif particulièrement difficile à atteindre. Ce rapport ne traitera pas de la répartition des équipements de soins et en particulier des établissements hospitaliers. L'installation de ces équipements est le plus souvent déterminée au travers de politiques de planification sur lesquelles les régions peuvent directement agir, lorsqu'elle ont la charge de ces politiques, ou indirectement, en intervenant auprès des institutions qui ont la charge de ces politiques.

## **La situation actuelle en Europe et à travers le monde**

### ***Une inégale répartition de l'offre de soins***

La question de la bonne répartition de l'offre de soins se pose dans la plupart des pays, indépendamment de leur niveau de développement. On ne peut que faire le constat d'une inégale répartition de l'offre de soins aussi bien entre pays, qu'entre régions d'un même pays et territoires d'une région.

Ainsi, à l'échelon des nations, les disparités d'offre de soins sont très marquées entre pays membres du Conseil de l'Europe. La densité de médecins varie du simple au quintuple entre l'Albanie (1,2 médecin pour 1 000 habitants) et l'Italie (6,2), la densité de lits d'hôpital est 4,6 fois plus élevée en Fédération de Russie (10,7 lits pour 100 000) qu'en Turquie (2,3) (Cf. annexes 1 et 2). Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, il n'existe pas de lien systématique entre développement économique d'un pays et développement quantitatif de l'offre de soins. Prenant en compte les densités de médecins ou de lits hospitaliers, force est de constater que les pays appartenant à l'ancien bloc soviétique sont souvent, même si ce n'est pas systématique, mieux dotés en lits et médecins que nombre de pays d'Europe de l'Ouest. En Fédération de Russie en particulier, même si le nombre de lits hospitaliers ne cesse de décroître, l'offre de soins reste, pour des raisons historiques, très élevée, nettement supérieure à la moyenne de l'Union européenne. A l'inverse le nombre de médecins ou de lits d'hôpital est particulièrement faible dans un pays comme le Royaume-Uni. Précisons néanmoins que la comparaison des indicateurs d'offre de soins entre pays doit être réalisée avec prudence. Si, rapporté à la population, le nombre de lit hospitalier est 2,7 fois plus élevé en Fédération de Russie qu'au Royaume-Uni, ceci ne signifie pas pour autant que l'accès à des soins de qualité soit nettement moins bon dans ce dernier pays. D'une part, si l'offre de soins est élevée en Russie, le pays souffre d'un déficit d'offre de soins primaires, avec un très faible nombre de médecins généralistes et infirmiers alors que le nombre de spécialistes est élevé. De plus, d'une façon générale, les définitions retenues pour dénombrer le médecins ou les lits hospitalier peuvent fortement varier entre pays et les statistiques ne prennent pas en compte les équipement techniques à disposition des personnels ou encore l'entretien des établissements hospitaliers.

Si des disparités d'offre de soins existent entre pays, elles sont encore plus marquées au niveau régional<sup>2</sup>. Au sein de l'Union européenne (nous ne disposons pas de données régionales pour les pays en dehors de cette zone) la densité médicale varie du simple au triple entre pays et du simple<sup>3</sup> au quintuple<sup>4</sup> entre régions. Quel que soit le pays considéré, il existe en son sein des différences très importantes entre les régions qui le composent.

---

<sup>2</sup> Les régions de niveau Nuts 2 (Nomenclature des unités territoriales statistiques) ont été comparées ici. Pour présenter les statistiques à des niveaux infranationaux entre les pays membres de l'Union européenne, Eurostat a développé une classification commune sous le nom de Nuts. Cette classification hiérarchique comprend trois niveaux. Le niveau 3 correspond à la plus petite unité.

<sup>3</sup> Pays-Bas, Flevoland, 155 médecins pour 100 000

<sup>4</sup> Italie, Lazio, 782 médecins pour 100 000

Ces disparités ne sont pas spécifiques à l'Europe mais s'observent sur l'ensemble de la planète. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son dernier rapport sur la santé (2006), s'est penchée sur le problème de la pénurie d'agents de santé à travers le monde. Selon ce rapport, il y aurait actuellement 59,2 millions de personnels de santé à travers la planète dont environ deux tiers de « prestataires » de services sanitaires et un tiers de personnels administratifs. L'OMS, qui partage le monde en six régions<sup>5</sup> fait au niveau mondial le même constat que celui que l'on peut faire en Europe. La densité de personnels varie considérablement entre ces régions. En Afrique, Méditerranée orientale, Asie du Sud Est et Pacifique occidental, on dénombre entre 2,3 et 5,8 agents pour 1 000 habitants, contre respectivement 18,9 et 24,8 agents pour 1 000 en Europe et dans les Amériques.

Ces écarts entre pays sont le fait de très nombreux facteurs, politiques de formation ou capacités à former de nouveaux agents, départs à la retraite et cessations d'activité, capacité à employer et rémunérer les professionnels de santé. Elles sont également le fruit de phénomènes migratoires, de la capacité de chaque pays à maintenir sur son territoire les professionnels qu'il aura formés ou à l'inverse du caractère attractif d'un pays.

### ***Des problèmes d'accès aux soins avérés***

Si le constat d'une forte disparité d'offre de soins est fait depuis de nombreuses années au niveau international, national, régional ou local, la plupart des travaux réalisés se bornent à présenter ces inégalités. Ils n'apportent que rarement un jugement sur la question de la bonne adéquation entre offre et besoin de santé. La réponse à cette question se heurte en effet à un problème méthodologique majeur, l'absence de norme, universellement reconnue, permettant de déterminer le niveau d'offre sanitaire nécessaire pour satisfaire les besoins de santé d'une population. Dans son dernier rapport (2006), l'OMS a néanmoins tenté d'identifier les pays confrontés à une situation de pénurie aiguë de médecins, infirmiers et sages-femmes. Pour ce faire, une densité d'agents de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes)<sup>6</sup> en dessous de laquelle il est « *très improbable que l'on puisse atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé (OMD)* » a été déterminée. Selon ce critère, il manquerait actuellement 2,4 millions d'agents de santé à travers le monde. La pénurie est particulièrement marquée en Afrique où il faudrait augmenter le nombre de personnels de 139 %, dans la région Pacifique occidental (+ 119 %) et en Méditerranée orientale (+ 98 %). A l'inverse, cette pénurie aiguë, qui touche 57 pays, ne s'observe dans aucun pays de la zone Europe de l'OMS et par conséquent dans aucun des pays membres du Conseil de l'Europe<sup>7</sup>.

Ce constat ne signifie pas que les problèmes de pénurie d'offre de soins n'existent pas localement dans la région Europe, mais qu'aucun de ces pays n'est confronté, dans son ensemble, à une telle situation. Deux récentes études<sup>8 9</sup> menées en France ont tenté de déterminer les territoires pour lesquels se posaient des problèmes d'accès aux soins primaires et plus précisément au médecin généraliste et ce, à des échelons géographiques très fins<sup>10</sup>. Ces études prennent en compte non seulement la densité de médecins, mais également d'autres facteurs tels que leur activité, le vieillissement de la population, le vieillissement des médecins etc. Ces deux études aboutissent à des conclusions assez proches. La première estime que 0,6 % de la population métropolitaine, soit 400 000 personnes, vit dans des « zones en difficulté » et 3,5 % dans des « zones fragiles ». Selon la seconde étude, 1,6% de la population vivrait actuellement dans une zone en difficulté du point de vue

---

<sup>5</sup> Afrique, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est, Pacifique occidental, Europe et Amériques.

<sup>6</sup> Pour déterminer à quel niveau se situe la pénurie dans l'ensemble du monde, la Joint Learning Initiative (JLI) (initiative conjointe pour l'apprentissage), un réseau de responsables internationaux de la santé publique créé par la Fondation Rockefeller part de l'idée qu'en moyenne les pays possédant moins de 2,5 soignants (en ne prenant que les médecins, les infirmières et les sages-femmes) pour 1000 habitants ont été incapables d'obtenir une couverture de 80 % en ce qui concerne l'accompagnement des accouchements par des accoucheurs qualifiés ou la vaccination antirougeoleuse. L'OMS a remis à jour à partir de ses propres données ce travail et a obtenu un seuil très proche de 2,28 soignants pour 1000 habitants, seuil retenu dans le rapport 2006 sur la santé dans le monde.

<sup>7</sup> La zone Europe de l'OMS comprend l'ensemble des pays adhérents au Conseil de l'Europe ainsi que quelques autres pays (Belarus, Israël, Kazakhstan, Kirghizstan, Monténégro, Tadjikistan, Turkménistan, Ouzbékistan).

<sup>8</sup> P. Cunéo, C. Cases, S. Bessière, D. Bauer. Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours. Rapport 2004 de l'Observatoire National des Professions de Santé, Tome 4.

<sup>9</sup> CNAMTS- Point de conjoncture n°35-36 avril 2005

<sup>10</sup> L'étude de l'ONDPS analyse la situation des 3 263 cantons que compte le pays, l'étude de la CNAM celle des 7442 "zones de recours" ou bassins d'attraction des généralistes.

de l'offre de soins. On le voit, même au sein d'un pays comme la France, la désertification médicale, si ce n'est la pénurie d'offre de soins, existe, même si ce n'est que dans des territoires très limités.

Ces travaux permettent également de constater que, comme on peut l'observer sur l'ensemble de la planète, l'offre de soins, même primaires, se concentre dans les grands centres urbains où sont implantés des hôpitaux universitaires où le revenu de la population est élevé, aux dépens des zones rurales. Selon l'OMS, 45 % de la population mondiale vit en zone rurale, alors que moins de 25 % des médecins et moins de 40 % des infirmiers travaillent dans ces territoires.

Ces inégalités d'accès aux soins ne se limitent pour autant pas aux seuls territoires ruraux mais s'observent même au sein des centres urbains, avec une moindre offre de soins dans les zones urbaines défavorisées.

### ***Désertification médicale : quels risques pour la cohésion sociale?***

Une répartition inégalitaire des soins de santé a des conséquences multiples tant sur l'accès aux soins (recours tardifs aux soins, délais de prise en charge) que sur l'état de santé de la population ou encore l'aménagement du territoire (l'absence d'une offre de santé de proximité est un facteur aggravant de la désertification d'un territoire). Ainsi, une politique qui vise à assurer à l'ensemble de la population un accès satisfaisant relève non seulement de la santé publique mais plus généralement de l'aménagement du territoire et de la cohésion sociale.

S'attaquer à ce problème est particulièrement complexe. Les études menées sur le sujet montrent que les critères de choix qui interviennent lorsqu'un jeune médecin choisit un lieu d'installation relèvent essentiellement de la sphère personnelle : possibilité d'emploi pour le conjoint, présence de lieux de scolarisation pour les enfants, présence d'une offre culturelle et commerciale satisfaisante etc. Ce sont donc les territoires les plus urbanisés, déjà fortement dotés en offre de soins, qui sont les plus attractifs. De plus, dans les territoires éloignés des centres urbains, les professionnels de santé doivent faire face à un isolement professionnel et une surcharge de travail qui peut les conduire à « abandonner » et à opter pour une installation en ville. Enfin l'absence d'offre médicale rend un territoire peu attractif pour la population générale et risque encore d'aggraver les phénomènes d'exode rural et de désertification des zones les plus reculées.

Une étude menée dans le Land du Bade-Wurtemberg, en Allemagne, montre que dans un nombre croissant de petites communes mais également dans certains quartiers urbains, l'approvisionnement en produits alimentaires et autres biens de première nécessité n'est pas satisfaisant. Les personnes qui ne disposent pas d'un véhicule personnel, en particulier les personnes âgées ou handicapées, les familles nombreuses modestes, les chômeurs, sont particulièrement touchées par ce phénomène. Cette étude montre également que lorsque l'approvisionnement en produits d'usage quotidien se dégrade, d'autres services de proximité sont également menacés comme le cabinet médical ou la pharmacie, phénomènes qui ont pu conduire des personnes, notamment âgées, à s'installer en zone urbaine. Pour lutter contre ces évolutions, le Land a mis en place un programme de développement des territoires ruraux (Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum).

On le voit, répartition de l'offre de soins, cohésion sociale et aménagement du territoire sont intimement liés. Une politique d'amélioration de l'accès géographique aux soins concourt aux politiques de cohésion sociale et d'aménagement du territoire et est, en même temps, tributaire de celles-ci.

Soulignons enfin que dans nombre de pays, le problème risque de s'aggraver en raison de la croissance attendue des besoins de soins, liés à l'augmentation et au vieillissement de la population, à l'augmentation de la technicité des soins, à la médicalisation accrue de certains problèmes, aux exigences réglementaires en termes de sécurité. De plus, certains pays risquent d'avoir à faire face dans le même temps à une diminution du nombre de médecins en activité, en raison du départ à la retraite des générations nées pendant le baby boom et des politiques de restriction du nombre de médecins formés menées durant les années 80. En Allemagne par exemple, l'âge moyen des médecins a fortement augmenté entre 1993 (46,6 ans) et 2004 (50,6 ans). Certains Länder, en particulier ceux situés dans l'Est du territoire, sont déjà confrontés à des problèmes de pénurie d'offre de soins et leur situation risque de s'aggraver selon des projections réalisées. D'ici à 2010, il manquerait ainsi 147 médecins généralistes en Mecklenburg-Vorpommern pour assurer une couverture médicale minimale<sup>11</sup>. En France, les mêmes phénomènes sont à craindre, le Ministère de

---

<sup>11</sup> RKI (2006), Gesundheit in Deutschland

la santé (Drees) prévoyant une diminution de 9 % du nombre de médecins entre 2002 et 2025, alors même que la population augmentera et vieillira.

### **Rôle des collectivités régionales et locales**

Selon les travaux de Dominique Polton, la question de la répartition des responsabilités entre des institutions intervenant à différents niveaux est une question qui se pose dans tous les domaines de l'action économique et sociale, donc dans celui des services de santé. En matière de santé, il est possible d'identifier trois grands champs susceptibles de faire l'objet d'un niveau plus ou moins conséquent de décentralisation (déconcentration, dévolution, délégation et privatisation) : l'organisation des soins (définition des règles d'organisation du système, de régulation et de planification), le financement (répartition des sources de financement, collecte de ressources locales et/ou (re)distributions nationales) et la gestion des services (décisions sur la production de services, sur le recrutement ou les rémunérations des professionnels de santé).

Sur le plan européen, on peut dire qu'un mouvement général de décentralisation est à l'œuvre depuis la fin des années 90, mais au regard des niveaux et champs décrits ci-dessus, celui-ci reflète une grande diversité de configurations. Ainsi, au Royaume-Uni, la planification et l'organisation des services relève du niveau national, qui ensuite délègue cette fonction via la déconcentration aux régions sanitaires puis aux districts, voire même, pour la gestion de la production des services, à des réseaux de professionnels locaux (Primary Care Groups). Au titre de la dévolution aux élus territoriaux, on peut citer les pays scandinaves, et dans une moindre mesure actuellement les pays du Sud (Espagne et Italie), pour lesquels les niveaux régionaux et locaux jouissent d'une très large autonomie dans l'organisation et la gestion du système de santé, le niveau central ne conservant que la définition des priorités et le pouvoir de contrôle et de sanction en cas de défaillances des régions. L'Allemagne quant à elle, emprunte pour la gestion et la régulation des soins ambulatoires, la voie de la délégation à des acteurs institutionnels qui ne sont ni structures administratives, ni élus, ni producteurs de soins, mais acteurs collectifs (associations des caisses d'assurance maladie et associations de médecins). La réglementation en matière de formation des professionnels de santé relève néanmoins du niveau fédéral et la planification hospitalière du niveau régional (Land).

Toutefois, si le degré de décentralisation joue certes un rôle dans ce domaine, dès lors qu'on s'attache plus particulièrement à observer la maîtrise des coûts, l'efficacité ou l'équité territoriale des systèmes de santé nationaux, il ne faut pas perdre de vue que l'organisation du système de soins, c'est-à-dire les règles de fonctionnement et de régulation, semble à beaucoup d'égard tout aussi, sinon plus, importante.

Mais quel que soit le mode de décentralisation des systèmes de santé retenu, on peut dire que la tendance générale de transfert, plus ou moins important, des compétences du niveau national à des institutions de proximité, régions ou autres collectivités territoriales (concept de « région » variant d'un pays à l'autre), leur fait jouer bien souvent un rôle moteur. En effet, elles facilitent une meilleure prise en compte des réalités locales, une adaptation de l'offre de soins aux besoins, une plus large participation et responsabilisation de la population vis-à-vis des choix de politiques de santé faits et une plus grande capacité d'émulation entre territoires et d'innovation en leur sein. Cette dynamique, élément fondamental des réformes des dernières années dans bon nombre de pays européens, donne ainsi aux institutions régionales un espace croissant d'initiative et de gestion du système, qui peut également parfois aller jusqu'à s'accompagner, au sein du territoire de proximité concerné, d'une délégation de gestion aux producteurs de soins locaux (notion de décentralisation technico-professionnelle). Néanmoins, même dans des pays fortement centralisés, où le système de santé reste principalement géré, planifié, régulé et réglementé au niveau central, les régions peuvent activement participer à une politique de répartition de l'offre de soins, au travers de diverses mesures présentées ci-après.

### **Quels moyens les régions peuvent-elles mettre en œuvre ?**

#### ***Facteurs influençant l'attraction et la rétention de professionnels de santé en zones peu desservies***

Pour mettre en place des actions susceptibles d'améliorer la répartition de l'offre de soins, il est essentiel de connaître les facteurs pouvant influencer positivement ou négativement l'installation de professionnels de santé dans des zones faiblement dotées (attraction) mais également leur maintien dans le temps dans ces zones (rétention).

Si de nombreux travaux se sont penchés sur ces questions, ils concernent principalement les médecins et ont malheureusement été essentiellement menés dans des pays non européens. Il s'agit en particulier des Etats-Unis, du Canada ou encore de l'Australie, qui sont particulièrement confrontés aux questions d'accès géographiques aux soins en raison de l'existence dans ces pays de vastes territoires faiblement peuplés. Même si il faut rester prudent sur la transposition des résultats de travaux menés dans des pays où l'organisation et le financement du système de soins est très éloigné de ceux de nombreux pays européens, les conclusions de ces investigations méritent d'être présentées ici. Les éléments listés ci-après sont une synthèse des diverses revues de la littérature publiée au cours des dernières années. Les facteurs étudiés relèvent des caractéristiques individuelles (sexe, âge, origine géographique), du contenu de la formation, des aides financières durant les études.

Les études les plus solides d'un point de vue méthodologique s'appuient sur des cohortes importantes d'étudiants et ont fait appel à des méthodes d'analyses multivariées. Ces méthodes sont utiles lorsque différents facteurs susceptibles d'influencer l'installation ou la rétention des médecins en zone rurale interagissent entre eux. Elles permettent de déterminer lesquels de ces facteurs ont effectivement un impact sur l'installation ou la rétention.

### **Caractéristiques individuelles**

De l'ensemble des caractéristiques individuelles prises en compte, le fait d'avoir vécu son enfance dans une région rurale est le facteur qui est très généralement reconnu comme étant le plus fortement lié à la probabilité d'exercer son activité dans un territoire rural. Ainsi les jeunes médecins d'origine rurale exerceraient quatre fois plus souvent en territoire rural que les médecins d'origine urbaine. Certains autres facteurs associés à l'origine rurale augmentent encore la probabilité pour un médecin de s'installer dans un territoire rural, avoir un(e) partenaire qui a également vécu en territoire rural ou de la famille en zone rurale, avoir exprimé en début d'étude le souhait de devenir médecin de famille. Pour autant, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, selon certains travaux, le fait d'avoir une origine rurale n'augmente pas la rétention (la durée d'exercice en zone rurale).

Parmi les autres caractéristiques individuelles (sexe, origine ethnique, âge), seuls le sexe et l'âge joueraient également un rôle, les hommes âgés ayant plus fréquemment tendance à s'installer en territoire rural que les femmes. Soulignons cependant que ce résultat ne fait pas l'unanimité et n'est pas retrouvé dans l'ensemble des travaux.

### **Facteurs liés à la formation et à l'environnement social ou professionnel**

Certaines études se sont également penchées sur les facteurs influençant de façon négative l'attraction et la rétention. Il s'agit de facteurs ayant trait :

- à la formation : le manque de préparation à la pratique de la médecine en milieu rural lié à l'absence de formation spécifique à cette pratique et à l'absence, durant les études, de stage confrontant les étudiants à cette pratique ;
- à la vie personnelle et sociale : absence d'école et en particulier d'école secondaire pour les enfants, manque d'opportunité professionnelle pour le conjoint, isolement social, manque d'activités culturelles, d'offres commerciale et récréative ;
- à la vie professionnelle : surcharge de travail, isolement professionnel et difficulté à échanger avec d'autres médecins généralistes ou spécialistes sur des cas cliniques, nécessité d'assurer la permanence des soins, difficulté d'accéder à la formation médicale continue, rémunération considérée comme trop faible ou même prise de risque à s'installer dans un territoire économiquement désavantagé.

### ***Principales catégories de mesures pouvant être mises en place***

Pour faire face aux problèmes de répartition de l'offre de soins, de nombreuses politiques ont été mises en place dans les pays de l'Europe comme dans d'autres pays (Etats-Unis, Canada, Australie) pour lesquels nous disposons d'une littérature scientifique riche. En France, un observatoire national des professions de santé a été installé dont le président, le Professeur Berland a été chargé par le ministre de la santé d'analyser les dispositifs susceptibles d'améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé. Des travaux similaires avaient été précédemment réalisés dans de nombreux

pays dont les Etats-Unis, le Canada et l'Australie. Ces travaux se basent tous sur une analyse de la littérature, dont certaines des conclusions ont été présentées dans le paragraphe précédent, et plus particulièrement sur une analyse des mesures mises en place pour lesquelles une documentation était disponible. Ces revues de la littérature ont été récemment mise à jour et complétées par des enquêtes auprès des provinces au Canada<sup>12</sup> ou des régions françaises<sup>13</sup>. Les éléments qui suivent sont essentiellement issus de ces travaux.

Chaque mesure recensée peut être considérée selon différents critères. On peut ainsi classer les mesures :

- en fonction de leur objectif principal :
  - mesures qui visent à améliorer l'attraction (installation de professionnels dans des zones mal desservies) ;
  - mesures qui visent à améliorer la rétention (maintien des professionnels dans les zones mal desservies) ;
  - mesures qui visent ces deux objectifs.
- en fonction du « moment », durant la vie d'un professionnel, auquel elles interviennent :
  - mesures intervenant en amont de la période de formation (recrutement de futurs étudiants) ;
  - mesures intervenant durant la période de formation des étudiants (contenu de la formation, stages, aides financières en contrepartie d'engagement d'installation en zone mal desservie, informations sur les aides à l'installation) ;
  - mesures intervenant au moment de l'installation (aides financières à l'installation, aides matérielles, informations sur les conditions d'exercice en zone mal desservie) ;
  - mesures intervenant après l'installation des professionnels, qui visent à améliorer les conditions d'exercice (mode de rémunération, médecins remplaçants, organisation des gardes, formation médicale continue, lutte contre l'isolement professionnel, amélioration de l'environnement social et culturel de vie, etc).
- en fonction de leur possible application à un niveau régional :
  - mesures réglementaires ou législatives qui peuvent être essentiellement prises au niveau national (limitation des conditions d'installation, augmentation du nombre de professionnels formés, politique migratoire) ou au niveau régional dans les pays où la gestion des politiques de santé est fortement décentralisée. Ces mesures, bien qu'elles ne relèvent pas du champ de ce travail seront néanmoins rapidement présentées ;
  - autres mesures qui peuvent être adoptées à un niveau national mais également régional ou local.

Il existe en outre des actions plus transversales, qui ne visent pas directement à améliorer l'attraction ou la rétention, mais qui participent à la réussite d'une politique de lutte contre la désertification médicale. Entrent en particulier dans ce champ :

- les études et enquêtes qui permettent de déterminer les territoires où se posent de façon marquée des problèmes d'insuffisance d'offre de soins de santé, territoires qui doivent bénéficier en priorité des mesures mises en œuvre ;
- les évaluations des mesures mises en œuvre, qui restent insuffisantes actuellement et doivent permettre d'améliorer à terme l'efficacité des politiques engagées ;
- la mise en cohérence des actions mises en œuvre ;

---

<sup>12</sup> Bilodeau H., Leduc N. et van Schendel N. (2006), Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

<sup>13</sup> Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. (2006), Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

- la coordination des politiques d'offre de soins avec d'autres politiques, les politiques d'aménagement du territoire par exemple.

### ***Présentation détaillée des actions***

Nous présenterons dans un premier temps les mesures à caractères réglementaire ou législatif. Bien qu'elles ne puissent pas, dans la plupart des pays, être mises en œuvre au niveau régional ou local, ces mesures méritent d'être examinées, ne serait-ce que parce que les autorités régionales ont toujours la possibilité d'intervenir auprès des autorités nationales pour défendre la mise en place de ces mesures. Seront ensuite présentées les autres mesures, qui sont pour la plupart susceptibles d'être mises en place au niveau régional. En dernier lieu, seront présentées les mesures qui ne visent pas directement à influencer sur la répartition de l'offre de soins, mais qui participent à la réussite des politiques.

### **Mesures à caractère national**

Certaines de ces mesures ne peuvent être prises qu'au niveau national ou au niveau régional lorsque la gestion des politiques de santé est très décentralisée. Il s'agit essentiellement de mesures de régulation.

### ***Augmentation du nombre de professionnels formés***

L'augmentation du nombre de professionnels formés peut en théorie entraîner une saturation de l'offre dans les territoires les mieux pourvus et conduire progressivement les médecins et autres professionnels de santé à s'installer dans des zones rurales mal desservies. Cette stratégie n'apporte cependant pas les résultats escomptés. La densité de médecins a augmenté entre 1985 et 2002 de 119 % dans la région Europe de l'OMS, de 130 % dans l'Union Européenne (Cf. annexe 3). Si cette tendance à l'augmentation rapide de la densité médicale est observée dans tous les pays membres du Conseil de l'Europe pour lesquels on dispose de données, force est de constater que les inégalités de répartition géographiques de l'offre médicale subsistent. Le même constat a été fait dans d'autres pays et en particulier aux Etats-Unis où l'augmentation de l'offre de soins s'est même accompagnée d'un accroissement des disparités géographiques : la densité de médecins y a augmenté entre 1991 et 2001 de 23 % dans les aires métropolitaines contre seulement 10 % dans les zones non métropolitaines.

### ***Régulation du lieu d'installation des professionnels de santé***

Des mesures limitant ou interdisant l'installation de médecins dans des territoires déjà sur-dotés ont été menées en Allemagne ou encore au Royaume Uni. En Allemagne, il existe une planification des soins ambulatoires. Depuis 1955 (loi sur les « associations » des médecins libéraux), l'installation des cabinets de médecins conventionnés n'est autorisée qu'à condition qu'un seuil de densité médicale (nombre de cabinets rapporté au nombre d'habitants) ne soit pas dépassé. Les seuils sont définis par les unions professionnelles de médecins et la fédération des caisses publiques au niveau régional (« Land ») prenant en compte plusieurs aspects d'aménagement du territoire. Cette règle a entraîné une répartition plus homogène des cabinets médicaux sans pour autant résoudre le problème. Les densités restent nettement plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural et les Länder de l'ex-Allemagne de l'Est souffrent d'une offre de médecins nettement plus faible que dans l'ouest du pays. Cette situation qui les oblige à mettre en œuvre des mesures visant à limiter l'émigration de leurs médecins vers les Länder de l'Ouest montre les limites d'une politique uniquement basée sur ce type de mesure coercitive.

### ***Politiques spécifiques aux médecins étrangers***

Il n'existe pas de données permettant de connaître au niveau mondial les flux migratoires des professionnels de santé. Certaines données, disponibles en particulier dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), montrent cependant que plusieurs systèmes de santé font largement appel à des professionnels d'origine étrangère. C'est le cas de la Nouvelle Zélande dont un tiers des médecins (34 %) ont été formés à l'étranger, mais aussi de l'Australie (21 %), des Etats-Unis (27 %) ou encore du Canada (23 %). Le phénomène existe également en Europe où le Royaume-Uni se distingue avec 33 % de médecins formés à l'étranger, taux nettement moins élevés dans les autres pays européens pour lesquels la donnée est disponible : Finlande (9 %), Allemagne (6 %), France (6 %) et Portugal (4 %).

Certains pays ont mis en place des politiques spécifiques aux médecins étrangers. Il peut s'agir de mesures migratoires visant à attirer sur leur territoire des étudiants ou médecins étrangers (campagnes de recrutement, modification de la législation sur l'immigration, cours de langue etc.), de mesures contraignant ces médecins à s'installer dans des territoires mal desservis. Une politique visant à assurer une bonne répartition territoriale de l'offre de soins peut par conséquent reposer en partie sur une politique migratoire. Comme le souligne l'OCDE, si ces politiques peuvent avoir des résultats positifs, au moins à court terme, elles posent néanmoins des questions d'ordre éthique, en particulier lorsque les médecins étrangers viennent de pays moins développés, confrontés à des problèmes de santé importants et à une pénurie de professionnels de santé. Afin de limiter l'impact négatif de ces politiques, les pays du Commonwealth ont adopté en 2003 l'*International Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. Ce code prévoit qu'un certain nombre de principes soient respectés en matière de migration de professionnels de santé :

- principe de transparence qui devrait normalement se traduire par des accords entre pays recruteurs et pays d'origine ;
- principe d'équité qui oblige à ne pas recruter de personnes qui ont des obligations exceptionnelles (*outstanding obligations*) dans leur pays d'origine (par exemple un financement de leurs études associé à un engagement relatif à leur pratique professionnelle) et à fournir aux candidats à l'immigration toutes les informations sur leurs conditions de migration, de travail, leurs droits ;
- principe de bénéfice mutuel, qui peut se traduire de la façon suivante : soutien technique, transfert de technologie, programmes de formation, assistance financière, facilitation du retour des personnes migrantes dans leur pays d'origine, etc.

### ***Nouvelle distribution des rôles entre professionnels de santé***

Des mesures visant à modifier la répartition des compétences entre professions de santé peuvent contribuer à la réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et minorer les effets de la pénurie de médecins. Il peut s'agir de transférer des tâches entre médecins et infirmiers ou encore entre généralistes et spécialistes. De telles mesures ont été mises en œuvre aux Etats-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande ou encore au Royaume Uni.

Le rapport du professeur Berland « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » dresse un bilan des expériences réalisées dans le domaine et des possibilités de les mettre en place en France. Selon ce rapport, la délégation peut concerner de très nombreux domaines : délégation d'actes de soins primaires aux infirmiers, suivi de pathologies chroniques, participation à des actes médico-techniques (imagerie, échographie, endoscopie digestive, échocardiographie), prise en charge des troubles de la vision, prise en charge du handicap, consultations diététiques etc.

Ce rapport a dressé de grands principes à respecter :

- la nécessité d'adapter la formation des professionnels, voire de créer de nouvelles formations et professions ;
- la mise en place d'une collaboration étroite entre médecins et acteurs paramédicaux, le médecin gardant la responsabilité de la prescription et des actes ;
- la mise en place de formations continues pour les professions paramédicales, comparables à la formation médicale continue qui s'impose aux médecins ;
- la définition claire du champ de compétence des différentes professions ;
- la revalorisation de l'investissement intellectuel.

## **Mesures à caractère régional ou local**

A ces exceptions près, la plupart des mesures recensées peuvent être mises en place au niveau régional ou même local, par les collectivités territoriales, en lien avec les autorités chargées de la gestion des politiques de santé et de formation des professionnels de santé, mais aussi d'aménagement du territoire.

Ces mesures peuvent jouer sur les deux objectifs principaux d'une politique, l'attraction et la rétention.

### ***Recrutement des étudiants***

Comme évoqué précédemment, les étudiants provenant de régions rurales sont ceux qui sont le plus enclins à y pratiquer la médecine. Ce constat a conduit certains pays ou régions à encourager des personnes provenant du milieu rural à entamer des études de médecine en particulier aux Etats-Unis et en Australie. Il peut s'agir aussi bien d'action d'information et de promotion de la santé auprès de ces publics que d'attribution d'aides financières (Cf. ci-dessous).

Certains pays, dont la Norvège et la Suède, mais également les Etats-Unis ou l'Australie ont installé des facultés de médecine dans des zones rurales afin d'attirer des jeunes issus de ces territoires vers les études de médecine, mais également d'améliorer leur formation à la pratique de la médecine en zone rurale (Cf. ci-dessous). Il est également possible que ces facultés permettent d'éviter que les étudiants ne « prennent goût » à la vie en milieu urbain.

### ***Evolution de la formation des médecins***

De nombreuses facultés de médecine, notamment aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, ont intégré dans la formation des futurs médecins des programmes visant à mieux les préparer à la pratique de la médecine en zones rurales ou mal desservies. Il peut s'agir de formations spécifiques ou encore de mise en contact des étudiants avec la pratique de la médecine rurale au travers de stages pré ou post-doctoraux. En Australie, une faculté de Médecine rurale a même été créée, qui permet, au terme d'une formation de quatre ans, d'accéder à un diplôme de médecine générale rurale.

Les résultats des études menées auprès des étudiants ayant participé à ces programmes sont parfois contradictoires. Certes intégrer de tels programmes augmente la probabilité d'exercer en milieu rural ainsi que la rétention des professionnels installés. Cependant, ces travaux ne tiennent pas toujours compte des caractéristiques des étudiants concernés ni de leurs intentions précoces de travailler en milieu rural. Aux Etats-Unis, à titre d'exemple, le *Physician Shortage Area Program* (PSAP) vise à recruter et à former des étudiants en médecine qui ont grandi ou passé une partie substantielle de leur vie dans des zones rurales ou des petites villes et qui ont l'intention d'exercer dans de tels territoires. Ces étudiants bénéficient d'une formation adaptée et d'aides financières durant leurs études. Des évaluations montrent que ce programme a eu des résultats encourageants. Les étudiants ayant participé au PSAP sont huit fois plus nombreux à s'installer en zone rurale que ceux qui n'y ont pas participé. Parmi l'ensemble des étudiants diplômés dans une des sept facultés de médecine de l'Etat de Pennsylvanie, les bénéficiaires du programme PSAP (1% des diplômés) représentent 21 % des médecins installés en zone rurale. Parmi ceux-ci, 87 % pratiquent en zone rurale après 5-10 ans d'exercice. S'il a été démontré que les étudiants qui avaient participé au PSAP choisissaient plus fréquemment que les autres la médecine rurale, après prise en compte d'autres facteurs, tels que l'intérêt pour la pratique de la médecine rurale ou encore l'origine rurale des étudiants, la participation au programme PSAP n'apparaissait plus comme discriminante. Ce sont les étudiants prédisposés à la pratique rurale qui choisissent en priorité ces programmes.

En raison de la forte variabilité de ces conclusions, les recommandations relatives à l'intégration de programmes spécifiques dans les études de médecine peuvent varier. Néanmoins, la plupart des recommandations émises invitent à conjuguer à la fois des stratégies de recrutement d'étudiants d'origine rurale, d'enseignement de la pratique médicale en zone rurale et de mise en contact des étudiants à cette pratique au travers de stages.

### ***Aides financières durant la formation***

Des aides financières à la formation peuvent être mise en place en contrepartie d'un engagement à exercer en zone rurale ou mal desservie. Ces aides permettent d'obtenir des résultats mais qui ne sont que partiellement satisfaisants. Certes, elles permettent d'augmenter le nombre de médecins s'installant en zone rurale mais la rétention de ces derniers est assez faible. Elles n'ont par conséquent qu'un effet à relativement court terme. A titre d'exemple, seuls 15 % des médecins ayant bénéficié des aides attribuées dans le cadre du National Health Service Corps aux Etats-Unis pratiquent encore dans leur commune d'installation après 10 ans.

### ***Mesures financières concernant l'installation et la rétention des médecins***

Diverses mesures de nature financière visent à augmenter le nombre d'installations et la rétention en zone rurale. Il peut s'agir d'aide à l'installation, sous forme de financement des investissements par exemple (bâti, équipement médical, informatique etc.), d'exonérations fiscales, d'augmentation des rémunérations en zone rurale. Cette dernière mesure peut être couplée à une baisse ou un plafonnement des rémunérations dans les zones à densité médicale élevée. Au Québec, qui a une des politiques de rémunération les plus incitatives, les tarifs sont majorés de 15 % pour les jeunes praticiens exerçant en zone éloignée (20 % pour les spécialistes) et réduite de 30 % en zone universitaire, cette dernière mesure étant abolie depuis 2003. Le succès de ces mesures est discuté ainsi que leur avantage par rapport aux politiques de réforme de la formation ou de régulation des lieux d'installation.

D'autres mesures peuvent être citées comme le financement des gardes ou des remplacements durant les périodes de congés.

### ***Mise en œuvre de dispositifs favorisant la collaboration entre professionnels et limitant leur isolement***

Diverses mesures visant à favoriser la collaboration entre médecins et entre médecins et autres professionnels, limitant de fait leur isolement, peuvent contribuer à un objectif de bonne répartition de l'offre de soins. Il s'agit en particulier :

- de la télémédecine, souvent citée comme étant une nouvelle technologie susceptible d'améliorer les conditions de travail des médecins exerçant en milieu rural. Elle est susceptible d'améliorer l'attractivité des zones rurales pour des médecins désirant s'y installer, de limiter les effets de l'isolement des médecins, de favoriser la formation continue et de permettre aux patients d'accéder à des services éloignés. L'efficacité de la télémédecine n'est pour autant pas prouvée, son coût reste élevé. Elle soulève de plus diverses questions notamment de protection des données personnelles. L'Italie a adopté et approuvé en 2006 un Plan de santé électronique qui permet de fournir des services médicaux à distance. Par internet, le patient peut directement (ou par l'intermédiaire de son médecin) demander un rendez-vous, vérifier les listes d'attente, recevoir une ordonnance. Ce plan aurait pour conséquences la diminution des hospitalisations et la réduction des coûts de transport pour le patient ;
- de la mise en place de cabinets de groupe ou maisons de la santé réunissant divers professionnels de premier recours (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) ;
- de la conclusion de conventions de temps médical partagé qui consistent, pour des établissements hospitaliers importants et mieux dotés en personnels, à mettre à la disposition d'établissements périphériques en difficulté de recrutement, les ressources médicales dont ils ont besoin pour fonctionner. Par exemple, un anesthésiste oeuvrant dans un centre hospitalier universitaire peut assurer, quelques jours par semaine, une permanence et une continuité des soins dans un établissement de moindre importance. Dans la même logique, en ambulatoire, il existe des cabinets secondaires dans lesquels les professionnels de santé peuvent assurer des permanences ponctuelles de soins ;
- du développement de réseaux de santé, qui vise notamment à améliorer la coordination entre professionnels de santé, à améliorer la qualité de la prise en charge, à lutter contre l'isolement des professionnels de santé ou encore à éviter les examens médicaux redondants. Ces réseaux se sont fortement développés en France au cours des dernières années, grâce à des

financements spécifiques. En Italie, le rôle de l'hôpital comme centre de traitement de maladies spécifiques est en cours de redéfinition alors que parallèlement, doit être créé un réseau de services territoriaux d'assistance sanitaire de base et de diagnostics précoces.

### **Mesures transversales**

Diverses autres mesures qui ne portent pas directement sur la formation, l'installation et la rétention des médecins méritent d'être citées.

### ***Complémentarité entre politiques d'offre de soins et politiques d'aménagement du territoire***

Au-delà des conditions d'exercice professionnel, les conditions de vie constituent pour les professionnels de santé un facteur important dans la décision de s'installer et de rester dans une zone mal pourvue. Des éléments tels que le logement, l'emploi du conjoint, l'offre culturelle ou commerciale, les possibilités de scolarisation des enfants peuvent être cités. Ils relèvent plus des politiques d'aménagement du territoire que des politiques de santé. Bien que non évaluée, la participation des collectivités régionales ou locales à l'amélioration des conditions d'accueil et de vie des médecins peut constituer un facteur favorisant l'installation de ces derniers dans des territoires ruraux. La coordination des politiques de santé et des politiques d'aménagement du territoire apparaît également nécessaire.

### ***Développement de la prévention***

La prévention, l'éducation à la santé ou l'éducation thérapeutique peuvent jouer un rôle majeur dans l'amélioration de l'état de la santé de la population et limiter sur le moyen et long terme les besoins de soins. Elles peuvent par conséquent contribuer, de façon indirecte et non immédiate certes, à réduire le recours aux soins et ainsi, pour partie, à atténuer les problèmes posés localement par la pénurie de professionnels de santé.

A titre d'exemple, en Allemagne, ont été créées des visites préventives pour personnes âgées habitant dans des zones rurales. L'objectif final est de diminuer la consommation future de soins en retardant autant que possible l'entrée dans la dépendance. Partant d'une analyse multidimensionnelle de la situation des personnes âgées, des personnels qualifiés prodiguent des conseils personnalisés pour, en particulier, prévenir les chutes et les accidents vasculaires cérébraux. Ces visites ne sont pas prises en charges par le système de sécurité sociale, mais par certains Länder dont la densité de population est faible et l'offre de soins insuffisante.

### ***Amélioration de la diffusion de l'information sur les dispositifs existants***

L'information des jeunes médecins sur les aides existantes, sur le niveau d'activité et de rémunération selon le territoire d'installation est un complément indispensable aux mesures pouvant être mises en œuvre. A titre d'exemple, l'Assurance maladie a mis en place en France un dispositif, c@rtoSanté, consultable en ligne, qui permet d'accéder très facilement à des données statistiques et cartographies sur l'offre de soins mais également la consommation de soins ou encore l'activité moyenne des généralistes, et ce, à des niveaux géographiques très fins (cantons et communes). Inst@lsanté complète le dispositif et constitue un véritable outil de diagnostic et d'aide à la décision en matière d'installation pour les médecins en les informant sur les différents dispositifs d'aide à la pratique professionnelle ainsi qu'une série d'informations sur le futur environnement de travail : les zones déficitaires en offre de soins (permettant de bénéficier d'aides), l'organisation hospitalière, les structures de soins et l'organisation de la permanence des soins ambulatoires et même des liens vers des sites présentant les territoires d'accueil d'un point de vue culturel, touristique, économique (connaissance des territoires).

### ***Observation de l'offre de santé***

Une observation continue des disparités d'offre de soins est indispensable pour orienter au mieux les politiques de lutte contre la désertification médicale. Elle doit permettre l'identification des territoires fragiles ou en voie de fragilisation. En complément des traditionnels indicateurs de densité (nombre de professionnels rapportés à la population), de nombreux indicateurs peuvent être étudiés pour comparer les territoires entre eux :

- distance d'accès ou encore mieux distance effectivement parcourue par la population pour accéder aux soins ;

- vieillissement, état de santé et situation sociale de la population qui constituent des indicateurs indirects du besoin de soins ;
- consommation de soins de la population, en tenant compte si possible de la structure par âge et de l'état de santé de cette population, un faible niveau de consommation pouvant témoigner d'une offre de soins déficitaire ;
- niveau d'activité des professionnels qui peut être un indicateur de l'insuffisance de l'offre mais aussi du risque d'épuisement et de cessation d'activité des professionnels installés ;
- vieillissement des professionnels, qui permet de prévoir le nombre de départs à la retraite et d'anticiper une baisse de l'offre de soins.

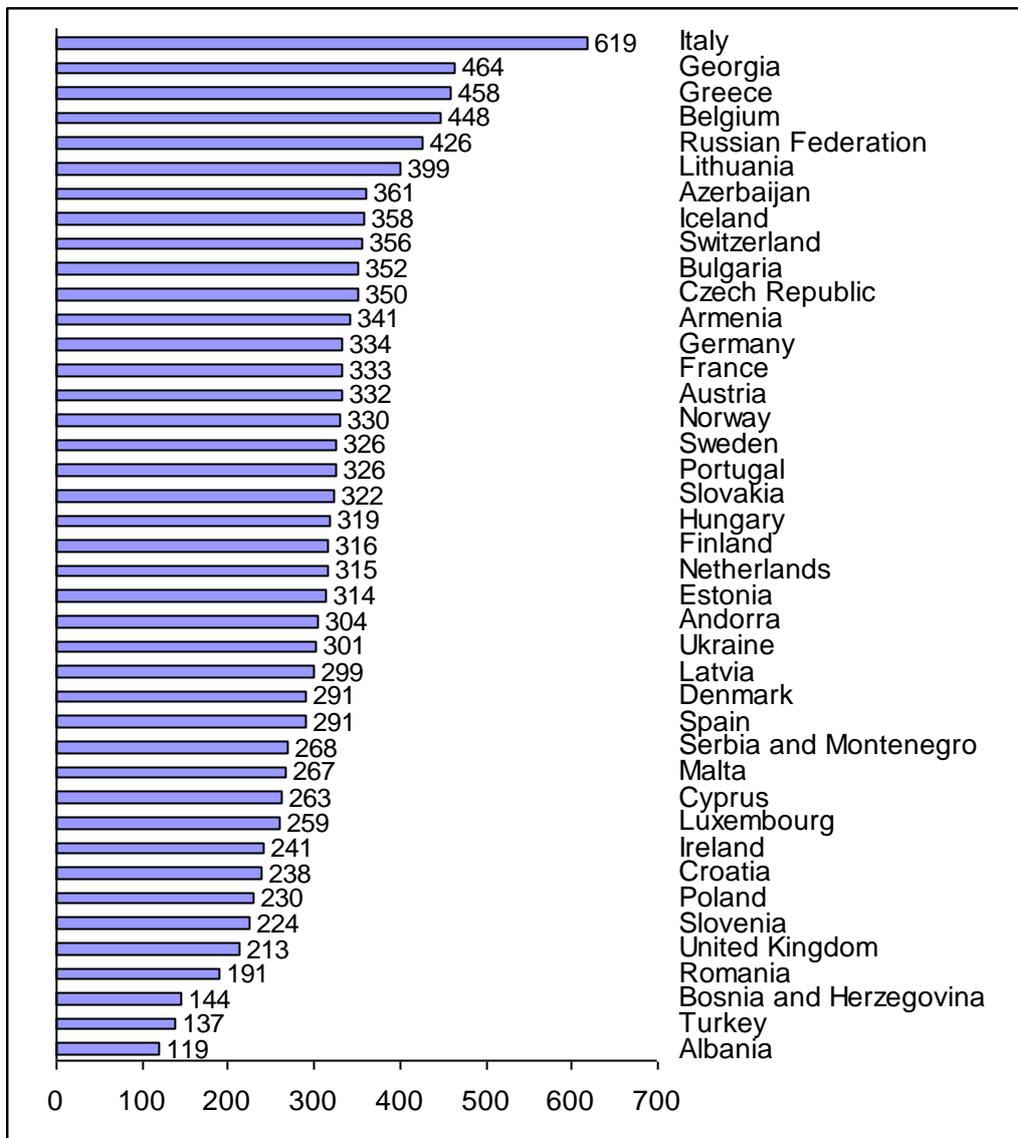
Les indicateurs d'offre de soins sont difficilement comparables d'un pays à un autre en raison des disparités d'organisation des systèmes de santé ou encore des « incompatibilités » des systèmes statistiques (méthode de recueil, définitions). En revanche, pour analyser les situations locales au sein d'un même pays, il est tout à fait souhaitable et possible d'utiliser les mêmes méthodes de diagnostic sur l'ensemble du territoire. La France s'est ainsi dotée d'un Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), relayé au niveau local par des Observatoires régionaux, capables, grâce à leur bonne connaissance des réalités régionales, de compléter et affiner les travaux menés au niveau national.

### ***Evaluation des politiques mises en œuvre***

L'évaluation des politiques mises en œuvre, trop rarement réalisée, doit être favorisée afin de mieux déterminer à l'avenir quelles mesures méritent d'être développées en raison de leur efficacité et quelles mesures doivent être abandonnées ou réexaminées.

**ANNEXE 1 : Densités de médecins dans la région Europe de l’OMS**

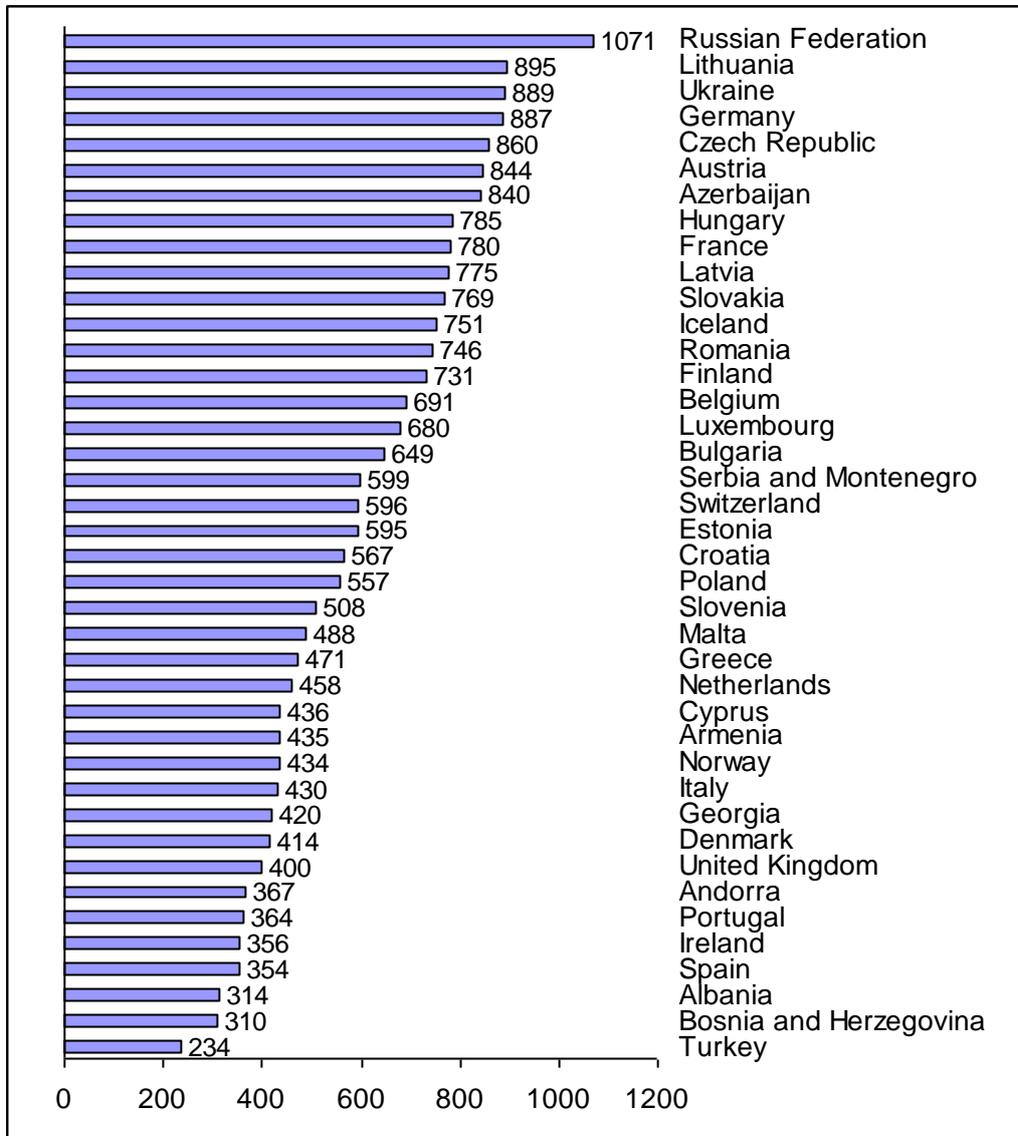
**Nombre de médecins pour 100 000 habitants dans les pays membres du Conseil de l’Europe en 2002**



Source OMS Europe – Health for all database

**ANNEXE 2 : Densités de lits d'hôpital dans la région Europe de l'OMS en 2002**

**Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants dans les pays membres du Conseil de l'Europe en 2002**



Source OMS Europe – Health for all database

**ANNEXE 3 : Evolution de la densité de médecins pour 100 000 habitants entre 1985 et 2002 dans les pays membres du Conseil de l'Europe**

	1985	2002	Evolution entre 1985 et 2002		1985	2002	Evolution entre 1985 et 2002
Albania	141	119	84%	Lithuania	372	399	107%
Andorra	ND	304	ND	Luxembourg	181	259	143%
Armenia	358	341	95%	Malta	ND	267	ND
Austria	188	332	177%	Monaco	ND	ND	ND
Azerbaijan	380	361	95%	Netherlands	222	315	142%
Belgium	302	448	148%	Norway	221	330	150%
Bosnia and Herzegovina	136	144	106%	Poland	197	230	117%
Bulgaria	286	352	123%	Portugal	244	326	134%
Croatia	194	238	123%	Romania	176	191	108%
Cyprus	156	263	168%	Russian Federation	387	426	110%
Czech Republic	258	350	136%	San Marino	229	ND	ND
Denmark	230	291	127%	Serbia and Montenegro	ND	268	ND
Estonia	335	314	94%	Slovakia	281	322	114%
Finland	208	316	152%	Slovenia	188	224	119%
France	266	333	125%	Spain	ND	291	ND
Georgia	461	464	101%	Sweden	262	326	124%
Germany	ND	334	ND	Switzerland	273	356	130%
Greece	293	458	156%	TFYR Macedonia	181	ND	ND
Hungary	289	319	110%	Turkey	73	137	188%
Iceland	259	358	138%	Ukraine	400	301	75%
Ireland	162	241	148%	United Kingdom	151	213	141%
Italy	377	619	164%	<b>European Region</b>	<b>295</b>	<b>351</b>	<b>119%</b>
Latvia	410	299	73%	<b>EU</b>	<b>265</b>	<b>344</b>	<b>130%</b>

Source OMS Europe – Health for all database

## Bibliographie

Barer M.L., Stoddart G.L.(1999), Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited. Centre for Health Services and Policy Research. University of British Columbia.

Berland Y. (2003), Rapport de la mission Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport présenté au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Berland Y. (2005), Rapport de la Commission Démographie médicale, Rapport présenté au Ministre de la Santé et de la Protection Sociale.

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

Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. (2006), Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

Brooks R.G., Walsh M. et al (2002), The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature. *Academic Medicine*, 77 (8) : 790-18.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (2005), Démographie médicale : vers un ciblage des zones de fragilité en médecine libérale. *Point de conjoncture* n°35-36 : 9-51.

Cunéo P., Cases C. et al (2004), Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours. Rapport 2004 de l'Observatoire National des Professions de Santé, Tome 4.

Drees, La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national (2004). *Etudes et résultats* N° 352

Duriez M., Lequet-Slama D. (1999), Régionalisation et systèmes de santé en Europe. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 29 : 29-4.

European Observatory on Health Care Systems (2003), HiT summary Russian Federation. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Fédération nationale des Observatoires de la santé (2001), Indicateurs de santé dans les régions d'Europe, Projet ISARE 1. Fnors.

Grosse-Tebbe S., Figueras J. et al (2005), Snapshots of health systems. European Observatory on Health Care Systems, World Health Organization Regional Office for Europe.

Kraemer D. Imbert F. (2002), La santé dans la Vallée du Rhin Supérieur : Comparaisons transfrontalières. Landesgesundheitsamt Baden-Wurttemberg, Observatoire Régional de la Santé d'Alsace.

McDonald J., Bibby L., Carroll S. (2002), Recruiting and Retaining General Practitioners in Rural Areas: Improving Outcomes through Evidence-Based Research and Community Capacity-Building. Centre for Health Research and Practice. University of Ballarat.

Observatoire national des professions de santé, Rapport 2005 Synthèse générale (2005). ONDPS

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

Organisation mondiale de la santé Europe (2003) , Atlas of health in Europe

Polton D. (2004), Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. Revue Française des Affaires Sociales, 4 : 267-32.

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

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

Rechel B., Dubois C-A., McKee M. (2006), The Health Care Workforce in Europe Learning from experience.

RKI (2006), Gesundheit in Deutschland

Simoens S., Hurst J. (2006), The Supply of Physician Services in OECD Countries. OECD Health working papers N° 21.

Vignerot E. et al (2002), Pour une approche territoriale de la santé. Datar.