



LES DOCUMENTS DE TRAVAIL DU SÉNAT

Série LÉGISLATION COMPARÉE

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Sommaire

	Pages
NOTE DE SYNTHÈSE	5
DISPOSITIONS NATIONALES	
Allemagne	11
Angleterre.....	17
Autriche.....	21
Belgique	25
Espagne	29
Pays-Bas.....	33
Suisse	35
Québec	39

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Au 1^{er} janvier 2007, selon les chiffres publiés par l'INSEE, la France comptait 101 549 médecins généralistes et 106 642 spécialistes, ce qui correspondait à une densité médicale de 338 médecins pour 100 000 habitants.

Cette moyenne recouvre d'importantes disparités géographiques. Les médecins s'établissent en effet davantage dans le sud que dans le nord du pays, et davantage aussi dans les grandes villes et les villes universitaires que dans les zones rurales et les banlieues. Ainsi, au 1^{er} janvier 2007, la densité médicale était de 416 en Île-de-France et dans la région PACA, mais seulement de 260 en Picardie et de 270 dans la région Centre.

Le nombre total de médecins résulte essentiellement du *numerus clausus*, qui fixe le nombre de places en deuxième année d'études de médecine. Le *numerus clausus* a été créé en 1971. Il est fixé par arrêté pris conjointement par les ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé. Il a été assez élevé jusqu'en 1983 (environ 8 000 places), puis a diminué jusqu'à atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places). C'est notamment en raison de cette baisse que les installations de médecins libéraux sont peu nombreuses actuellement. Depuis le début des années 2000, le *numerus clausus* a augmenté progressivement, afin de pallier la possible pénurie de médecins. Pour l'année universitaire 2006-2007, il était fixé à 7 100. Il est de 7 300 pour l'année universitaire en cours, 2007-2008.

Quant à la régulation du nombre des spécialistes, elle résulte depuis 2004 d'un examen national en fin de deuxième cycle. Intitulé « épreuves nationales classantes », cet examen permet aux étudiants entrant en troisième cycle de choisir, en fonction de leur rang de classement, un des postes d'interne offerts dans onze disciplines, dont la médecine générale. Le nombre de postes, qui correspond à celui des étudiants inscrits à l'examen, ainsi que la répartition

de ces postes par discipline et par centre hospitalier universitaire sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé. Ce système est critiqué, car il ne garantit pas l'installation des jeunes médecins dans leur région de formation.

En effet, s'agissant de la répartition géographique des médecins sur le territoire français, **le principe de la liberté d'installation a été jusqu'à ce jour préservé. De même, l'accès au conventionnement est libre.** Seules, **des mesures incitatives** ont été mises en place récemment pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins dans les zones où l'offre de soins médicaux est insuffisante, ces zones étant identifiées notamment par les missions régionales de santé.

Beaucoup de ces mesures ont été instituées par des textes relatifs à l'aménagement du territoire, comme **la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux**. Elles consistent principalement en des bourses allouées aux étudiants en médecine sous condition de stage ou d'installation, des aides directes à l'installation ou au maintien (primes, mise à disposition de locaux professionnels ou de logements), des aides indirectes, comme la prise en charge des frais liés aux remplacements temporaires, ainsi que des exonérations fiscales et sociales. Une majoration de 20 % de la rémunération des médecins exerçant en groupe pendant au moins trois ans dans les zones sous-médicalisées, ainsi qu'un dispositif dérogatoire au parcours de soins, d'une durée de cinq ans, en faveur des médecins installés dans de telles zones sont également prévus. Par ailleurs, des aménagements des conditions d'exercice de la médecine sont favorisés (exercice sur lieux multiples, contrat de collaboration libérale).

À l'exception des exonérations fiscales, ces aides sont financées par l'assurance maladie et par les collectivités territoriales. Même si elles sont récentes et encore peu connues, elles semblent peu efficaces. C'est pourquoi la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, recommandait de les compléter par des pénalités financières qui toucheraient les médecins s'installant dans les zones les mieux dotées.

Lors de la conclusion de la première étape des états généraux de l'organisation de la santé, le 8 février 2008, le ministre chargé de la santé a annoncé les axes d'une réforme visant à améliorer la répartition des médecins généralistes sur le territoire. Ainsi, le gouvernement souhaite « *améliorer l'attractivité du métier de médecin généraliste de premier recours* », entend favoriser le regroupement des professionnels de santé et compte proposer la discussion de « *mesures d'orientation de l'offre de soins sur le territoire* » dans le cadre conventionnel, mais sans exclure « *des mesures de régulation respectueuses de la solidarité intergénérationnelle dans les zones très surdotées* ». Le 9 avril 2008, le ministre a clôturé ces états généraux en indiquant que les résultats de leurs travaux serviraient de cadre aux prochaines négociations

conventionnelles sur les mesures de régulation entre zones à faible et forte densité médicale et seraient pris en compte pour la préparation du projet de loi de modernisation de l'accès aux soins présenté à l'automne.

Le déséquilibre régional de l'offre de soins dans notre pays conduit à s'interroger sur la situation non seulement dans les pays qui nous sont proches et qui sont, à des degrés divers, confrontés au même problème, mais aussi au Québec, où la géographie accentue les difficultés.

Pour chacun des pays retenus, **l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse**, ainsi que pour **le Québec**, les deux points suivants ont été analysés :

– **le dispositif par lequel le nombre des médecins généralistes et spécialistes est fixé** (limitation du nombre des étudiants, du nombre des médecins conventionnés, critères en fonction desquels cette limitation est décidée, etc.) ;

– **les mesures prises pour améliorer la répartition géographique des médecins sur le territoire national** (restrictions à la liberté d'installation, mesures incitatives en faveur des régions sous-médicalisées, etc.). Seules, les dispositions applicables à la médecine de ville, à l'exception de la médecine dentaire, ont été retenues. En outre, les mesures spécifiques applicables aux médecins étrangers n'ont pas été prises en compte.

Cette analyse fait en particulier apparaître que :

– **le *numerus clausus* qui limite l'accès aux études de médecine dans tous les pays étudiés n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs ;**

– **l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés ;**

– **la Belgique limite le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés ;**

– **le Québec a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées.**

1) Dans tous les pays étudiés, un *numerus clausus* limite l'accès aux études de médecine, mais il n'est pas toujours déterminé en fonction des besoins futurs

Dans tous les pays retenus, l'accès aux études de médecine est contingenté, et le nombre des étudiants en médecine limité. Toutefois, **si l'on met à part le cas de l'Angleterre, des Pays-Bas et du Québec, la fixation de ce nombre ne résulte guère d'une évaluation des besoins futurs en médecins.**

Ainsi, en Allemagne, le nombre des étudiants en médecine n'est pas établi au niveau fédéral, mais est fixé par les *Länder*, qui sont responsables de l'enseignement. Il dépend donc des places offertes dans les universités, et non d'une estimation des besoins futurs, comme le souhaitent le ministère de la santé et l'Ordre fédéral des médecins, qui plaident pour une régulation fédérale.

La situation est comparable en Autriche, en Belgique, en Espagne et en Suisse, où le nombre des étudiants en médecine est davantage déterminé par la capacité d'accueil des universités et par les moyens alloués à celles-ci que par l'évaluation de l'offre de soins nécessaire pour assurer la couverture sanitaire de la population.

En revanche, en Angleterre, le nombre d'étudiants en première année de faculté de médecine est déterminé chaque année par le ministre chargé de la santé, qui s'appuie notamment sur les recommandations à long terme faites par un comité d'experts. De même, aux Pays-Bas, le ministre de l'éducation établit le nombre d'étudiants en première année de médecine après avoir consulté les professionnels concernés. Au Québec, le gouvernement fixe chaque année par décret le nombre d'étudiants en première année de médecine ainsi que leur répartition dans les diverses facultés de médecine sur la base d'un plan triennal, qui est révisé chaque année et qui est établi en fonction de la demande présumée d'offre de soins après que trois instances réunissant toutes les parties prenantes ont donné leur avis.

On peut faire la même constatation pour l'accès à une spécialité : si les Pays-Bas et le Québec déterminent le nombre de spécialistes qu'ils forment à partir d'une analyse des besoins, dans les autres pays, le nombre de postes offerts pour la préparation des différentes spécialités résulte d'autres éléments, comme l'offre de stages ou les contraintes financières.

2) L'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés

Dans les cinq cas, l'installation des médecins non conventionnés est libre, alors que celle des médecins conventionnés est subordonnée à l'obtention d'une autorisation.

En **Allemagne** par exemple, dans chaque *Land*, une **commission paritaire** rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre les **autorisations d'installation**, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour quelque 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota. Actuellement, dans la plupart des territoires, aucune installation de spécialiste n'est possible.

De la même façon, en **Autriche**, les **caisses d'assurance maladie et les ordres régionaux de médecins concluent des contrats** fixant le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire. Pour être conventionnés, les médecins doivent répondre à une annonce de la caisse d'assurance maladie, et la plupart des postes proposés correspondent depuis quelques années à des reprises de cabinet.

Au **Québec**, les installations de médecins conventionnés sont subordonnées à l'obtention d'un **avis de conformité** au plan de l'agence régionale de la santé, et les généralistes qui exercent sans avis de conformité voient leur rémunération réduite.

En **Angleterre**, la plupart des généralistes concluent un contrat avec le Service national de santé, la signature d'un tel contrat étant notamment subordonnée à l'évaluation de l'offre locale de soins, à l'estimation des besoins futurs, à l'évolution démographique et à la taille des listes de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale.

En **Suisse**, une **ordonnance de juillet 2002 a gelé le nombre de professionnels de santé conventionnés**, et donc en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes. Cette ordonnance détermine, pour chaque canton et chaque spécialité, le nombre maximal de prestataires. Elle offre néanmoins aux cantons la possibilité de moduler ces effectifs en fonction des besoins locaux, mais en tenant compte de l'offre de soins des cantons voisins.

3) La Belgique limite le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés

En Belgique, le **nombre de nouveaux médecins conventionnés chaque année est établi par voie réglementaire**, un arrêté fixant, pour la communauté française et pour la communauté flamande, le nombre annuel des nouveaux généralistes conventionnés ainsi que celui des nouveaux spécialistes. En revanche, après avoir obtenu leur conventionnement, les intéressés ne subissent aucune restriction lors de l'installation.

La Belgique a choisi de limiter le nombre des médecins conventionnés et non celui des étudiants en médecine, parce que la politique de la santé constitue une compétence de la fédération, alors que l'enseignement fait partie des compétences des communautés. Au cours des dernières années, celles-ci ont cependant restreint l'accès aux études de médecine, pour tenir compte des mesures fédérales.

4) Le Québec a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

La pénurie de médecins, aggravée dans certaines régions éloignées des villes ou difficiles d'accès, a conduit le Québec à multiplier à partir des années 80 les dispositions destinées à favoriser l'installation des professionnels dans ces territoires.

Les mesures applicables dépendent du degré de sous-médicalisation de la région et varient selon que le bénéficiaire est généraliste ou spécialiste. Elles se traduisent cependant essentiellement par l'attribution d'une rémunération majorée, d'une prime d'installation, d'une prime de maintien pour chaque année d'exercice et d'un congé de formation. Dans les régions où la pénurie de médecins est la plus marquée, les intéressés peuvent en outre bénéficier d'une prime d'éloignement ainsi que du remboursement de certains frais, en particulier de transport.

Par ailleurs, lors de l'inscription en faculté de médecine, quelques places sont réservées aux personnes originaires des territoires éloignés ou isolés. Les intéressés bénéficient de points de bonification dans la procédure de sélection et peuvent se voir accorder une bourse contre l'engagement d'exercer dans leur région d'origine à l'issue de leur formation.

*

* *

Aucun des dispositifs mis en place pour améliorer la répartition géographique n'a permis de résoudre la totalité des problèmes. Du reste, plusieurs pays envisagent de modifier le leur. Ainsi, à compter de 2010, le système de rémunération des médecins allemands devra tenir compte de la densité médicale. De même, la réforme des soins de santé adoptée en Autriche en 2005 prévoit une planification détaillée de l'offre fondée sur les densités médicales locales.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

ALLEMAGNE

Au 31 décembre 2006, d'après l'Union fédérale des médecins conventionnés, il y avait 406 974 médecins, dont 311 230 en exercice, ce qui correspondait à une densité de **378 pour 100 000 habitants**. Cette moyenne recouvre toutefois des **disparités**. Si les grandes villes sont surmédicalisées, en revanche, le nombre de médecins apparaît insuffisant dans certaines régions, en particulier dans les zones rurales des *Länder* de l'ex-Allemagne de l'Est.

Les mesures de régulation démographique de la profession visent surtout à **améliorer la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire**. Elles s'appliquent au moment de l'**installation**, qui n'est **pas libre pour les médecins conventionnés**.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte essentiellement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté.

Le nombre des étudiants en médecine n'est pas déterminé au niveau fédéral, mais est fixé par les *Länder*, responsables de l'enseignement. L'accès aux spécialités ne fait pas non plus l'objet de mécanismes administratifs de régulation.

a) L'accès aux études de médecine

Les *Länder* limitent le nombre des étudiants en médecine en fonction non pas d'une évaluation des besoins futurs, mais des places que leurs universités offrent.

En général, l'accès à l'enseignement supérieur n'est subordonné qu'à la détention du diplôme équivalent au baccalauréat. Cette règle constitue la traduction du **principe constitutionnel du libre choix de la profession et de l'établissement d'enseignement**. Toutefois, conformément à la décision prise par la **Cour constitutionnelle fédérale en 1972 sur le *numerus clausus***, l'accès à certaines filières d'enseignement peut être limité lorsque le nombre de demandes excède la **capacité d'accueil des établissements**. C'est le cas pour plusieurs disciplines, parmi lesquelles la médecine (1), qui est enseignée dans une trentaine d'universités.

Il y a actuellement quelque 80 000 étudiants en médecine.

Alors que les *Länder* s'opposent à toute diminution du nombre des étudiants, **le ministère de la santé et l'Ordre fédéral des médecins plaident pour une régulation fédérale**. Le premier met en avant le fait que l'abondance de l'offre de soins alimente la demande et constitue un facteur d'augmentation des dépenses de santé. Le second estime que la réduction du nombre des étudiants en médecine contribuerait à l'amélioration de la formation.

b) L'accès à une spécialité

Si la formation initiale des médecins incombe aux *Länder*, celle des spécialistes est organisée par l'Ordre fédéral des médecins. Les intéressés doivent trouver les stages nécessaires pour réaliser le *cursus* requis. C'est donc **l'offre de stages** qui, de façon indirecte, **régule l'accès aux spécialités**.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) Les restrictions à la liberté d'installation

Si aucun dispositif ne limite l'installation des médecins non conventionnés, **depuis le début des années 90, l'accès à la médecine de ville conventionnée n'est plus libre**.

Les mesures actuellement en vigueur résultent de **la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé** (2). Elles sont mises en œuvre par une commission fédérale réunissant, d'une part, des représentants des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, des délégués des organisations professionnelles de médecins. Cette commission fédérale édicte notamment des directives relatives à la planification de la couverture sanitaire.

(1) Les autres disciplines concernées sont la biologie, la pharmacie, la psychologie, la médecine vétérinaire et la chirurgie dentaire.

(2) Elles ont remplacé celles qui étaient en vigueur depuis 1977 et qui visaient à mieux doter les régions déficitaires. Dès l'année 1986, des restrictions à la liberté d'installation avaient été décidées pour certaines zones.

Dans chaque *Land*, une commission paritaire composée de médecins désignés par l'association des médecins conventionnés et de représentants des caisses de sécurité sociale attribue aux médecins conventionnés les **autorisations d'exercice en fonction des directives de la commission fédérale**.

Les directives de la commission fédérale définissent les **spécialités médicales** – y compris la médecine générale – **soumises à restriction d'installation**. Pour chacune de ces spécialités, elles déterminent autant d'**indicateurs de médicalisation** qu'il y a de **catégories de circonscriptions médicales**. Les indicateurs de médicalisation sont exprimés en nombre d'habitants par médecin.

Le territoire fédéral a été découpé en **395 circonscriptions médicales**. Celles-ci sont classées en **dix catégories**, chaque catégorie correspondant à un type d'urbanisation. Dans les zones très peuplées, quatre catégories de circonscription ont été identifiées : les villes-centres de plus de 100 000 habitants, les arrondissements très densément peuplés (plus de 300 habitants au km²), les arrondissements densément peuplés (entre 150 et 300 habitants au km²), les arrondissements moins peuplés (moins de 150 habitants au km²). Dans les zones considérées comme « en voie de densification », il existe trois catégories de circonscription. Il y en a deux dans les zones rurales. Quant à la Ruhr, elle forme à elle seule une circonscription.

Cette typologie a été effectuée sur la base du principe selon lequel le besoin en médecins généralistes est plus important dans les régions rurales que dans les villes, tandis que le besoin en spécialistes est plus important dans ces dernières.

Pour la plupart des spécialités (3), l'indicateur de médicalisation représente le nombre d'habitants par médecin au 31 décembre 1990, sur la base des seules données des anciens *Länder*.

Les directives concernent actuellement (4) **14 groupes de médecins** : les anesthésistes, les ophtalmologistes, les chirurgiens, les spécialistes de médecine interne (la médecine interne correspond en particulier aux sous-spécialités suivantes : la gastro-entérologie, l'hématologie, l'endocrinologie, la cardiologie, la pneumologie et la rhumatologie), les gynécologues, les oto-rhino-laryngologistes, les dermatologues, les pédiatres, les neurologues, les orthopédistes, les psychothérapeutes, les radiologues, les urologues et les médecins de famille. Le groupe des médecins de famille inclut les titulaires de la spécialité « médecine de famille », les généralistes et les spécialistes de médecine interne qui ne sont pas titulaires d'une sous-spécialité.

Pour les **autres spécialités**, qui sont celles qui comptent moins de 1 000 professionnels sur le territoire de la République fédérale, il n'existe **aucune restriction**.

(3) Pour plusieurs spécialités, c'est une date postérieure qui est prise en compte, par exemple le 31 décembre 1997 pour les radiologues.

(4) En 1999, cette liste ne comportait ni les anesthésistes, ni les psychothérapeutes.

Il y a donc 140 indicateurs de médicalisation : un par catégorie de circonscriptions médicales et par groupe de médecins. À titre d'exemple, pour les médecins généralistes, l'indicateur s'établit à 1 474 habitants par médecin dans les arrondissements ruraux des régions rurales et à 2 134 dans la Ruhr. Si l'on considère les mêmes catégories de circonscription, il est respectivement de 137 442 et 58 218 pour les anesthésistes.

Les indicateurs de médicalisation permettent de calculer des quotas par groupe de médecins et par circonscription médicale. **Dans une circonscription donnée, l'installation est possible aussi longtemps que le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota.** La commission du *Land* publie périodiquement un tableau indiquant, pour chacun des 14 groupes de médecins et pour chacune des circonscriptions médicales qui relèvent de sa compétence, les possibilités d'installation. **Actuellement, dans la plupart des circonscriptions – y compris dans les nouveaux Länder –, aucune installation de spécialiste n'est possible.** En revanche, il est **possible d'ouvrir un cabinet de généraliste dans les deux tiers des circonscriptions.**

En effet, pour l'ensemble des spécialités et l'ensemble du territoire, le nombre de médecins représente 124 % du quota, ce pourcentage est particulièrement élevé en Hesse (138 %) et c'est dans le *Land* de Saxe-Anhalt qu'il est le plus faible (111,8 %). Sur l'ensemble du territoire, il est de 190,8 % pour la spécialité la mieux pourvue, la médecine interne, et de 117,9 % pour la moins bien dotée, l'ophtalmologie. S'agissant des généralistes, le taux moyen sur l'ensemble du territoire est de 107,6 % ; il n'est inférieur à 100 % que dans les *Länder* de Saxe-Anhalt (96,2 %) et du Brandebourg (99,7 %).

Cette règle de base est assortie d'**exceptions, qui permettent des installations dans les circonscriptions où le quota est atteint.**

Les principales exceptions concernent les **reprises de cabinet** et la prise en compte de **besoins particuliers**. La première permet aux médecins qui prennent leur retraite de vendre leur cabinet même si de nouvelles installations sont théoriquement impossibles dans la circonscription. Cette disposition, qui permet le maintien des situations de surmédicalisation, a eu des effets d'autant plus remarquables qu'une importante vague d'installations a eu lieu dans les neuf premiers mois de 1993 : après l'annonce de la limitation des autorisations d'installation, nombre de médecins ont anticipé l'entrée en vigueur de la loi et quitté le secteur hospitalier pour le secteur ambulatoire.

La deuxième exception donne notamment à la commission paritaire régionale la faculté d'accepter de nouvelles installations lorsque les médecins d'une sous-spécialité sont en nombre insuffisant, même si la spécialité dans son ensemble est considérée comme suffisamment représentée dans la circonscription, ou de prendre en compte des disparités géographiques à l'intérieur d'une circonscription globalement bien pourvue. Une troisième exception permet l'installation comme membre d'un cabinet de groupe, l'installation étant alors subordonnée à la limitation du volume d'activité.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

La loi donne aux commissions paritaires des *Länder* la possibilité de prendre toutes les mesures qui leur semblent justifiées pour garantir une offre de soins adéquate dans les circonscriptions dont elles ont la responsabilité. Elle prévoit en particulier l'attribution d'aides à l'installation au bénéfice des médecins des circonscriptions sous-médicalisées (subventions, avances remboursables sur les futurs honoraires, etc.).

D'après les directives de la commission fédérale, la sous-médicalisation est constatée lorsque la circonscription compte un nombre de médecins généralistes inférieur à 75 % du quota ou un nombre de spécialistes inférieur à la moitié du quota.

C'est la commission paritaire qui détermine les montants des aides, leur durée, ainsi que les contreparties exigées des bénéficiaires. En principe, le financement des mesures incombe pour moitié aux caisses de sécurité sociale du *Land*, l'autre moitié étant prise en charge par l'association des médecins conventionnés du *Land*. Toutefois, à titre exceptionnel, ce sont les caisses de sécurité sociale qui supportent en 2008 et 2009 la totalité des aides attribuées aux médecins s'installant dans les circonscriptions sous-médicalisées.

La commission paritaire du Brandebourg par exemple octroie une subvention pour favoriser l'installation des médecins dans les circonscriptions sous-médicalisées ainsi que dans celles où la sous-médicalisation est prévisible à court terme. Pour toute création ou reprise de cabinet, cette subvention s'établit à 30 000 € ou à 15 000 € selon que la circonscription est sous-médicalisée ou menacée de sous-médicalisation. L'octroi de la subvention est subordonné au respect de certaines conditions (nombre minimal d'heures de consultation, visites à domicile, participation au dispositif des permanences, exercice pendant au moins cinq ans dans la circonscription considérée, etc.). La mesure a été décidée pour la période allant du 19 juillet 2006 au 31 décembre 2008.

Par ailleurs, **la loi du 27 octobre 2006 sur la modification du statut des médecins conventionnés**, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, prévoit des aménagements des conditions d'exercice de la médecine libérale (assouplissement des conditions de recrutement d'un médecin par un autre et de création de cabinets de groupe, possibilité d'exercer à la fois à l'hôpital et en cabinet, etc.). L'exposé des motifs du projet de loi initial énonce que l'atténuation des inégalités territoriales constitue l'un des objectifs du texte. Cependant, à l'exception de **la suppression de la limite d'âge de 68 ans**, qui concerne seulement les médecins conventionnés des **circonscriptions sous-médicalisées**, les dispositions de la loi du 27 octobre 2006 s'appliquent à la totalité des circonscriptions médicales.

*

* *

Le dispositif mis en place ne repose pas sur l'évaluation des besoins. Il n'a empêché ni la relative pénurie de médecins généralistes ni la persistance de la surmédicalisation des grandes villes.

La récente réforme du système de santé, dont la plupart des dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2007, laisse aux caisses de sécurité sociale et aux médecins le soin de mettre en place un nouveau système de rémunération, qui, **à compter de 2010, devra inclure des modulations d'honoraires pour tenir compte du fait qu'une région est surmédicalisée ou non. Le ministère de la santé devra évaluer l'efficacité du dispositif en 2012 et, le cas échéant, modifier les mesures de limitation des installations.**

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

ANGLETERRE

En 2007, d'après le Centre d'information de la santé et des prestations sociales (5), le *National Health Service* (NHS) employait en Angleterre 128 210 médecins, dont 33 364 généralistes, ce qui correspondait à **65,7 généralistes et à 187 spécialistes pour 100 000 habitants.**

Les zones les plus sous-médicalisées, c'est-à-dire celles où le nombre de généralistes pour 100 000 habitants est inférieur à la moyenne, étaient les Midlands de l'Est (61,3), l'Est (62,6), la côte Sud-Est (63,7), les Midlands de l'Ouest (63,9) et le Nord-Ouest (64,4).

Depuis la fin des années 90, les mesures de régulation démographique de la profession visent essentiellement à **augmenter le nombre d'étudiants entrant dans les facultés de médecine et à former les spécialistes dont la population a besoin**, car l'Angleterre est confrontée à une pénurie de médecins. **La création de ces nouvelles places d'étudiants**, qui a d'ailleurs entraîné la construction de plusieurs nouvelles facultés de médecine, **s'est faite de préférence dans les zones sous-médicalisées**. En outre, depuis plusieurs années, il existe des **mesures incitatives** destinées à favoriser l'implantation de médecins dans les régions sous-médicalisées.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte essentiellement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté.

(5) Il s'agit d'un organisme public indépendant chargé principalement de fournir aux professionnels des chiffres et des analyses pour améliorer la gestion des services de santé.

a) L'accès aux études de médecine

Chaque année, le ministre chargé de la santé fixe le nombre de places d'étudiants en première année de faculté de médecine.

Le ministre s'appuie sur les **recommandations à long terme** faites par un comité d'experts spécialement chargé de le conseiller sur ce point, le *Medical Workforce Standing Advisory Committee* (MWSAC), ainsi que sur les engagements figurant dans les plans du NHS. Le ministre de la santé travaille également en collaboration avec le ministre chargé des universités ainsi qu'avec le *Higher Education Funding Council for England*, organisme public chargé du financement des universités et de l'enseignement supérieur.

Pour faire face à la pénurie de médecins, le dernier rapport du MWSAC, datant de 1997, préconisait d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine au Royaume-Uni d'environ 1 000 par an et le plan du NHS publié en 2000 prévoyait une augmentation supplémentaire de 1 000 places par an. Le nombre de places dans les universités de médecine anglaises est passé de 3 749 en 1997-1998 à 6 194 en 2006-2007, soit une augmentation de 71 %.

b) L'accès à une spécialité

Le nombre de postes offerts pour la préparation de chaque spécialité médicale est limité par la taille du **budget** accordé par le ministre de la santé à chaque **autorité stratégique régionale de santé** (6) pour la formation des personnels et par la fraction de ce budget que l'autorité met à la disposition des facultés de médecine de sa circonscription pour la formation des médecins.

La détermination du nombre de postes de formation disponibles est décidée localement à la suite d'une concertation entre l'autorité stratégique de santé régionale, les doyens des facultés de médecine et les hôpitaux du NHS, car ces derniers emploient et rémunèrent partiellement les étudiants.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) Les restrictions à la liberté d'installation

La liberté d'installation n'est totale que pour les médecins du secteur privé, qui sont en très petit nombre (7).

(6) Depuis le 1^{er} juillet 2006, l'Angleterre est divisée en dix autorités stratégiques régionales de santé, qui sont responsables de la gestion du NHS sur leur territoire et qui veillent à l'application locale de la politique nationale ainsi qu'à la conception d'un plan régional global pour améliorer l'offre de soins du NHS.

(7) Leurs patients ne bénéficient d'un remboursement des honoraires que s'ils ont souscrit une assurance santé privée.

La quasi-totalité des médecins travaille pour le NHS, et la majorité des médecins généralistes (environ 85 %) sont conventionnés et ont conclu un contrat de prestations de service avec un *Primary Care Trust* (PCT), organisme du NHS chargé principalement de la fourniture, de la coordination et de la gestion des prestations de santé courantes dites « primaires » dans une zone géographique donnée. Il y a environ 150 PCT.

La signature d'un tel contrat est subordonnée à l'évaluation de l'offre de soins existant dans le territoire placé sous la responsabilité du PCT ainsi qu'à celle des besoins futurs, à l'évolution démographique et à la taille des listes de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale, mais sans que ces critères soient formalisés. Elle s'inscrit plus globalement dans la politique de planification des ressources humaines menée par les autorités régionales stratégiques de santé en collaboration avec les PCT et dans le respect des grandes orientations fixées par le ministère de la santé. Une équipe nationale d'experts indépendants qui travaille pour le NHS, la *Workforce Review Team* (WRT), fait des recommandations et donne des avis.

Une part minoritaire mais croissante de médecins généralistes (un peu moins de 15 % à la fin de l'année 2006) est salariée. Plus de 90 % d'entre eux sont employés par d'autres médecins ou par des cabinets médicaux en contrat avec le NHS, les autres sont directement employés par un PCT.

La plupart des médecins spécialistes exercent en hôpitaux (8) et sont liés par un contrat de travail à un *NHS Trust*, organisme du NHS chargé de la fourniture de prestations de santé spécialisées ou hospitalières dites « secondaires » dans une zone géographique donnée. Les *NHS Trusts* sont le plus souvent des hôpitaux.

Le recrutement et l'emploi des médecins spécialistes sont également planifiés par les autorités régionales stratégiques de santé et les *NHS Trusts* conformément aux orientations fixées par le ministère de la santé et aux recommandations du WRT.

En pratique, la plupart des médecins trouvent un poste en répondant à une **annonce** parue dans la presse médicale, dans les universités ou sur des sites Internet, notamment *NHS Jobs*, qui centralise les offres de postes d'un très grand nombre d'employeurs du NHS.

D'une manière générale, la planification des ressources humaines du NHS est très critiquée. Dans le rapport publié le 22 mars 2007 par la commission d'enquête parlementaire sur la santé, elle a même été qualifiée d'« échec désastreux ». Ce rapport s'interroge sur la capacité de planification des différents maillons de la chaîne et déplore que la

(8) Le NHS autorise les médecins spécialistes, sous certaines conditions, à développer parallèlement une clientèle privée.

planification des ressources humaines soit séparée de celle des budgets et des prestations de santé. Le NHS a organisé une conférence le 10 avril 2008 pour aider tous les « employeurs du NHS » à améliorer la planification.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

Depuis le 1^{er} avril 2005, un plan de développement des soins primaires, destiné à faciliter le recrutement de médecins généralistes dans les zones sous-médicalisées et de médecins exerçant des spécialités rares est mis en œuvre.

Un budget de 13 millions de livres (soit environ 17 millions d'euros) pour chacun des trois exercices 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008 est ainsi partagé entre les autorités stratégiques régionales de santé en fonction des difficultés qu'elles rencontrent dans leur circonscription : plus le nombre de PCT de leur secteur dans lesquels le nombre de généralistes pour 100 000 habitants est inférieur à la moyenne nationale et plus la dotation est importante. Les autorités régionales sont ensuite chargées de répartir ces fonds entre les PCT des secteurs défavorisés après concertation locale avec les PCT, les comités médicaux locaux (c'est-à-dire les organisations professionnelles qui représentent les généralistes) et les doyens des facultés de médecine générale. Les sommes allouées doivent permettre la mise en place d'incitations financières, la fourniture de personnels supplémentaires ainsi que l'organisation de plan de carrière. Ce dispositif doit être évalué au niveau national à partir de 2009.

À la fin de l'année 2007, le gouvernement a annoncé qu'il allait accorder des crédits supplémentaires à 38 PCT situés dans des régions sous-médicalisées pour permettre l'ouverture de cent nouveaux cabinets médicaux du NHS dans les trois prochaines années.

Parallèlement, pour améliorer le recrutement des médecins, il existe des plans destinés à favoriser le retour des médecins généralistes et hospitaliers dans le NHS par des mesures financières et des offres de conditions de travail flexibles, adaptées aux besoins individuels.

Par ailleurs, depuis 2003, la convention nationale du NHS relative aux médecins spécialistes permet le versement par le *NHS Trust* qui engage un médecin spécialiste d'une prime de recrutement et d'implantation en cas de difficultés à recruter et à garder un médecin dans ce poste et si aucune autre solution n'a pu être trouvée. Cette prime peut atteindre 30 % du salaire normal d'un débutant.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

AUTRICHE

En 2005, selon l'Institut autrichien des statistiques, il y avait **354,2 médecins en exercice pour 100 000 habitants**. Le *Land* le mieux doté, Vienne, avait 497,6 médecins pour 100 000 habitants et le moins bien doté, le Voralberg, 257.

La répartition géographique des médecins apparaît relativement équilibrée, même si certaines régions rurales manquent de médecins, particulièrement de spécialistes.

Actuellement, l'installation des médecins conventionnés est strictement encadrée. En outre, la réforme des soins de santé de 2005, en voie de réalisation, prévoit une planification détaillée de l'offre reposant sur la prise en compte des densités médicales locales. Les instruments nécessaires à cette planification sont en cours d'élaboration.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte essentiellement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté.

a) L'accès aux études de médecine

Les autorités fédérales sont seules compétentes en matière d'enseignement supérieur. **Le nombre de places offertes par les facultés de médecine dépend du budget fédéral alloué à chacune d'elles.** Il y a trois facultés de médecine : Vienne, Innsbruck et Graz. Il existe également une université privée à Salzbourg, qui offre une quarantaine de places par an.

En général, l'accès à l'enseignement supérieur n'est soumis qu'à l'obtention préalable du diplôme sanctionnant la fin des études secondaires, et l'inscription en première année de médecine s'est longtemps faite selon le principe du « premier arrivé, premier servi ». L'accès aux études de médecine constitue depuis peu une exception à cette règle. En effet, devant l'afflux des candidats, les universités de médecine ont institué une procédure de sélection en fonction des places disponibles à compter de l'année universitaire 2005-2006.

En 2006, l'Autriche a également mis en place un système de quotas pour réserver 75 % des places à ses ressortissants, 20 % à ceux des autres pays européens, et 5 % à ceux des pays tiers. En effet, l'Autriche forme un grand nombre d'étudiants étrangers – principalement des Allemands – qui quittent le pays une fois leurs études terminées. L'Autriche estime que si elle n'appliquait pas cette politique de quotas, elle pourrait être confrontée à une pénurie de médecins à partir de 2015. À la fin de l'année 2007, la Commission européenne a suspendu pour cinq ans les procédures d'infraction qu'elle avait précédemment engagées contre l'Autriche pour discrimination indirecte en raison de la nationalité.

Comme l'année précédente, le nombre de places d'étudiants en médecine pour l'année universitaire 2008-2009 est d'environ 1 350.

b) L'accès à une spécialité

La formation des spécialistes est organisée par l'**Ordre fédéral des médecins**. C'est l'offre de stages par les hôpitaux qui régule, de façon indirecte, l'accès aux spécialités.

En moyenne, il s'écoule deux à trois ans entre la fin du cursus de médecine générale et l'accès au premier stage de formation. Les candidats envoient des lettres de candidatures aux hôpitaux. Les stages sont en général attribués en fonction de la date de fin des études de médecine, mais des procédures de sélection des candidats commencent à être mises en place.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) Les restrictions à la liberté d'installation

Bien que la loi de 1998 relative aux médecins pose le principe de la liberté d'installation des médecins, seuls les médecins non conventionnés – dont le nombre a doublé en dix ans et dépasse légèrement celui des médecins conventionnés – sont libres de s'installer où ils le souhaitent.

Les patients payent les honoraires librement fixés par les médecins non conventionnés et sont remboursés par leur caisse d'assurance maladie, en principe à hauteur de 80 % du montant de la prise en charge prévue pour l'acte médical en question. La quasi-totalité de la population bénéficie d'une couverture sociale et les assurances médicales privées sont des assurances complémentaires.

En revanche, **l'installation des médecins conventionnés est strictement encadrée**. En effet, la loi générale de sécurité sociale prévoit que les

caisses d'assurance maladie et les ordres régionaux des médecins concluent des contrats globaux qui fixent le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire compte tenu des données locales (démographie, géographie, moyens de communication, etc.). En principe, pour une durée de trajet donnée, le patient doit avoir le choix entre au moins deux praticiens conventionnés.

Pour être conventionnés, les médecins doivent répondre au préalable à une **annonce** de poste faite par la **caisse d'assurance maladie** du *Land*, puis être retenus, à la suite d'une procédure de recrutement menée conjointement par la caisse d'assurance maladie et l'ordre des médecins du *Land*. Le plus souvent, les postes proposés correspondent à des « successions », les médecins qui quittent leur cabinet ne pouvant plus choisir leur successeur depuis 2003.

Par ailleurs, beaucoup de médecins spécialistes travaillent dans le secteur hospitalier, qui joue un rôle important dans le système de santé autrichien.

La gestion des postes des médecins conventionnés et des médecins hospitaliers s'inscrit dans un cadre général d'optimisation de la planification, de la gestion et du contrôle de la couverture médicale en Autriche. Mise en place par la réforme des soins de santé de 2005, cette planification n'est pas encore complètement opérationnelle.

L'Agence fédérale de la santé est l'organe chargé de la planification, de la gestion et du financement du système de santé au niveau fédéral. Son organe directeur est la Commission fédérale de la santé, composée de représentants de tous les protagonistes (État, *Länder*, collectivités locales, assurés sociaux, professionnels, etc.).

Cette commission a pour mission l'établissement d'un **plan intégré de l'offre de l'ensemble des prestations de santé** dans tout le pays (9), qui est découpé en quatre zones et 32 circonscriptions médicales. L'objectif est que chaque patient puisse bénéficier de la même prestation de qualité quels que soient le lieu de son domicile, celui des soins et le prestataire.

Le plan intégré de l'offre de soins constitue un plan-cadre, à partir duquel on établit **dans chaque Land un plan détaillé** tenant compte des contraintes démographiques et économiques locales.

Les représentants des médecins conventionnés et les caisses d'assurance sociale craignent que la centralisation de la planification ne leur fasse perdre une partie de l'autonomie dont ils disposent actuellement.

(9) Avant la réforme de 2005, seuls la capacité hospitalière et l'appareillage médical lourd étaient planifiés.

Cette réforme se met progressivement en place. En décembre 2005, la commission a ainsi adopté le plan structurel de santé autrichien 2006, (*Österreichischer Strukturplan Gesundheit : ÖSG*), qui a été révisé en juin 2006. Ce plan, qui ne concerne que la médecine hospitalière, fixe des objectifs pour 2010. Il dresse par ailleurs un état des lieux en 2004 des autres secteurs de la médecine.

Un rapport rendu en mai 2005 par l'Institut fédéral autrichien pour la santé (ÖBIG) sur le projet de plan du *Land* de Salzbourg à l'horizon 2010 laisse entrevoir ce que pourrait être concrètement la planification régionale dans le cadre de l'ÖSG 2006, car ce plan régional couvre tous les secteurs de la médecine, et notamment la médecine ambulatoire.

La planification repose, d'une part, sur les besoins futurs, évalués en fonction des perspectives de développement démographique et épidémiologique, et, d'autre part, sur le calcul de la densité médicale des circonscriptions médicales composant le *Land*. Cette densité est calculée en nombre d'« équivalents temps plein médicaux » pour 1 000 habitants en tenant compte de la plus ou moins grande facilité qu'ont les patients pour se rendre chez le médecin, puis elle est comparée à la densité moyenne fédérale.

Actuellement, la GÖG/ÖBIG (10) élabore un système d'information portant sur tous les secteurs de la médecine et met au point de nouvelles méthodes de planification qui serviront de base à la construction d'un plan intégré de toute la médecine ambulatoire.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

Il n'existe **aucune mesure de ce type**.

(10) Depuis le 1^{er} août 2006, l'ÖBIG a été intégré à la GÖG, la Société autrichienne pour la santé, qui est un organisme public indépendant chargé de conduire des recherches et des travaux de planification, de rédiger des rapports et de poser les bases du pilotage du système de santé.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

BELGIQUE

D'après l'institut national de la statistique, il y avait 41 956 médecins au 31 décembre 2003, ce qui correspondait à **404 médecins pour 100 000 habitants**. Cette moyenne recouvre des disparités géographiques importantes : dans la région de Bruxelles-capitale, il y avait 596 médecins pour 100 000 habitants, mais seulement 416 en Wallonie et 365 en Flandre. C'est pour cette raison que le nombre annuel de nouveaux médecins conventionnés admis chaque année est plus élevé en Flandre qu'en Wallonie.

La limitation du nombre des médecins conventionnés constitue la principale mesure de régulation démographique de la profession. En outre, dans le cadre du programme de **revalorisation de la médecine générale**, des **mesures incitatives** ont été prises pour favoriser l'implantation de médecins dans les régions sous-médicalisées.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte de la fixation du nombre des médecins conventionnés et non de celle des étudiants en médecine, car la politique de la santé constitue une compétence de la fédération, alors que l'enseignement fait partie des compétences communautaires.

La loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales a instauré le principe d'un *numerus clausus* limitant le nombre de médecins recevant l'autorisation d'exercer dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Cette disposition a été développée par voie réglementaire : depuis 1997, plusieurs arrêtés royaux ont fixé le nombre requis de nouveaux médecins.

Le texte actuellement en vigueur, **l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale**, fixe le nombre de nouveaux médecins conventionnés pour chacune des années 2004 à 2013 : 700 pour chacune des années 2007 à 2011, 833 pour 2012 et 975 pour 2013. Il répartit ces quotas :

– entre la communauté française et la communauté flamande, à hauteur de 40 % pour la première et 60 % pour la seconde ;

– entre les généralistes et les spécialistes, à raison de 53 % pour les premiers et de 47 % pour les seconds.

Il dispose que le nombre de nouveaux médecins généralistes est limité à 120 pour la communauté française et à 180 pour la communauté flamande pour les années 2004 à 2009. Pour chacune des spécialités médicales, il prévoit le nombre minimal d'étudiants en médecine qui ont accès à la formation en question pour les années 2004 à 2009. Les chiffres sont révisés annuellement sur proposition de la **Commission de planification-offre médicale**, créée par la loi du 29 avril 1996 et qui comprend notamment des représentants de toutes les parties prenantes (ministère des affaires sociales, médecins, Institut national d'assurance maladie-invalidité, mutuelles, etc.).

Le nombre d'étudiants en médecine, déterminé par les communautés, ne correspond donc pas nécessairement aux chiffres arrêtés au niveau fédéral. **Depuis que l'accès au conventionnement est limité, les communautés ont restreint l'accès aux études de médecine** (concours d'entrée dans les universités flamandes, sélection après la première année d'université dans la communauté française). Toutefois, le nombre d'étudiants dépasse les chiffres prévus pour les nouveaux médecins conventionnés des deux communautés.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) Les restrictions à la liberté d'installation

Une fois le conventionnement obtenu, il n'existe aucune restriction à la liberté d'installation. Par ailleurs, les médecins non conventionnés bénéficient d'une totale liberté d'installation.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

Le programme de revalorisation de la médecine générale, financé par un fonds *ad hoc* créé par un arrêté royal du 15 septembre 2006, **comprend notamment des mesures destinées à favoriser l'installation de médecins dans les zones considérées comme sous-médicalisées ainsi que, dans le cadre de la**

politique de la ville, dans les quartiers défavorisés des grandes agglomérations.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité définit les zones sous-médicalisées. Il s'agit, d'une part, des territoires (11) dont la densité de population est d'au moins 125 habitants au km² et qui comportent moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants et, d'autre part, de ceux qui ont une densité de population inférieure et qui comptent moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Les quartiers défavorisés des grandes villes sont énumérés dans l'annexe de l'arrêté royal du 4 juin 2003 déterminant les zones d'action positive des grandes villes.

Les médecins qui s'installent dans l'un de ces quartiers ou dans une zone à faible densité médicale reçoivent une prime de 20 000 € Cette prime est attribuée aussi bien aux nouveaux médecins qu'à ceux qui décident de changer de lieu d'exercice. Les intéressés peuvent aussi bénéficier des aides octroyées à tout jeune généraliste qui s'installe à l'issue de ses études, par exemple un prêt à taux réduit d'un montant de 30 000 € accordé pour une durée de cinq ans, avec franchise de remboursement pendant la première année.

Actuellement, 172 des 589 communes belges appartiennent à l'une des zones justifiant l'octroi de la prime de 20 000 €: 125 au titre de la faible densité médicale, 47 au titre de la politique de la ville et 6 pour les deux motifs.

*

* *

À l'occasion du dixième anniversaire du *numerus clausus* au conventionnement, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, organisme indépendant chargé de conseiller les pouvoirs publics, a étudié la situation de l'offre médicale dans le pays. Il constate que **certaines des données nécessaires à l'établissement des quotas de médecins conventionnés sont mal connues**. Il recommande donc l'établissement d'un « cadastre de la médecine générale » afin de déterminer précisément le nombre de médecins généralistes en exercice ainsi que leur répartition sur le territoire. Cet instrument permettrait d'améliorer la planification de l'offre médicale.

Une proposition de loi en matière de régulation de l'offre médicale, recommandant la réalisation d'un tel cadastre, a été déposée le 19 septembre 2007. Elle suggère également de décentraliser l'évaluation des besoins en offres

(11) Ces territoires ont été définis par arrêté royal. Selon la taille des communes concernées, il s'agit de communes entières, de groupes de communes ou, dans les agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège, de parties de communes.

de soins en les confiant à des commissions sub-régionales de la santé travaillant en liaison avec la Commission de planification.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

ESPAGNE

En 2007, l'Ordre national des médecins estimait à 187 414 le nombre de médecins en exercice, ce qui correspondait à **415 médecins pour 100 000 habitants**. Cette densité recouvre d'importantes **disparités régionales**. Ainsi, il n'y avait que 336 médecins pour 100 000 habitants dans la communauté autonome de Castille-La Manche, tandis qu'il y en avait plus de 534 pour 100 000 habitants en Aragon. Les inégalités géographiques sont particulièrement marquées pour les spécialistes : en 1998, il n'y en avait que 114 pour 100 000 habitants en Estrémadure, et 219 à Madrid.

Cette situation s'explique notamment par le **transfert**, réalisé en 2002, **des compétences de gestion de la santé publique aux communautés autonomes**. Depuis lors, chacune des 17 communautés autonomes a son propre système de soins, ce qui entraîne notamment des disparités de carrières et de rémunérations.

Aucune mesure destinée à lutter contre les inégalités dans la répartition géographique des professionnels n'a été prise.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte du fait qu'**il existe depuis 1978 un *numerus clausus* pour accéder aux études de médecine.**

a) L'accès aux études de médecine

Bien que la plupart des compétences relatives à l'enseignement supérieur aient été transférées aux communautés autonomes et que la loi organique du 21 décembre 2001 sur les universités ait donné une large autonomie aux établissements d'enseignement supérieur, publics ou privés, **le nombre**

d'étudiants susceptibles d'intégrer les différentes universités est fixé au niveau national.

La loi organique sur les universités précise que le nombre d'étudiants en médecine est déterminé en fonction, d'une part, des besoins en professionnels de santé et, d'autre part, de la capacité des universités.

Actuellement, **5 000 étudiants en médecine sont admis chaque année**, mais le ministère de l'éducation a décidé de faire passer ce chiffre à **7 000 au cours des cinq prochaines années.**

b) L'accès à une spécialité

Le nombre de places dans chaque spécialité est arrêté au niveau national par la commission des ressources humaines du système national de santé, après consultation du Conseil national des spécialités en sciences de la santé (12) et du ministre de l'éducation, compte tenu des propositions de communautés autonomes, des besoins en spécialistes et des contraintes budgétaires.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

Comme les communautés autonomes fixent les rémunérations des médecins conventionnés, les régions les plus riches attirent les professionnels sans qu'aucun mécanisme correcteur ne compense les déséquilibres géographiques.

a) Les restrictions à la liberté d'installation

Aucune disposition ne limite l'installation des médecins.

Toutefois, lorsqu'un médecin change de communauté autonome, il n'est pas tenu compte des droits qu'il avait acquis antérieurement, ce qui gêne la mobilité. Selon la Confédération nationale des syndicats de médecins, il est actuellement plus facile aux médecins espagnols d'aller travailler dans un autre pays de l'Union européenne que dans une autre communauté. Pour remédier à cette situation, la Confédération souhaiterait que le système de santé espagnol soit à nouveau centralisé.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

Il n'existe aucune mesure de ce type.

(12) Il s'agit d'un organe consultatif créé par la loi de 2003 sur les professions de santé.

L'ordre national des médecins estime que les médecins sont en nombre suffisant, mais qu'ils sont mal répartis sur le territoire. Selon lui, les autorités responsables devraient instaurer des mesures pour faciliter à la fois l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées et le passage d'une communauté autonome à l'autre.

*

* *

Actuellement, **il n'existe pas de statistiques concernant les médecins en activité**, de sorte que les estimations de l'ordre national sur le nombre de professionnels en exercice reposent sur l'âge des adhérents : ceux qui sont âgés de plus de 65 ans sont considérés comme ayant cessé d'exercer.

Il est donc difficile de déterminer les besoins et de prendre des mesures pour améliorer la répartition géographique des professionnels. Pour cette raison et afin de planifier la formation des futurs médecins, la conférence des recteurs des facultés de médecine qui s'est tenue en février 2008 a émis le souhait que les autorités déterminent le nombre de médecins généralistes et de spécialistes qui seront nécessaires dans les prochaines années. Le ministère de la santé quant à lui envisage l'élaboration d'un registre général des professions médicales.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

PAYS-BAS

D'après l'institut national de la statistique, il y avait **7 016 médecins en activité au 1^{er} janvier 2007** (13), ce qui correspondait à une **densité de 429 médecins pour 100 000 habitants**.

La répartition géographique des médecins sur le territoire est assez homogène, puisque la densité pour 100 000 habitants variait, au 1^{er} janvier 2007, entre 458 pour la province mieux dotée, la Frise, et 429 pour la moins bien pourvue, l'Overijssel.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte principalement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté. Depuis 1972, un *numerus clausus* est établi au niveau national.

a) L'accès aux études de médecine

Chaque année, le **ministre de l'éducation**, après avoir consulté les professionnels concernés, en particulier les membres des professions médicales et les caisses d'assurance maladie, fixe le *numerus clausus*, c'est-à-dire le nombre d'étudiants en première année de médecine. La détermination du *numerus clausus* constitue un **sujet de désaccord entre le gouvernement et les médecins**, les seconds accusant le premier d'entretenir une certaine pénurie et d'être à l'origine de leur surcharge de travail.

Au cours des dernières années, le *numerus clausus* a évolué de la façon suivante :

(13) Le chiffre de 7 016 est calculé en « équivalents temps plein ».

Année	<i>Numerus clausus</i>
1992	1 485
1995	1 686
1997	1 750
2000	2 010
2001	2 140
2002	2 550
2006	2 850
2007	2 780

b) L'accès à une spécialité

C'est le **ministre de la santé** qui détermine chaque année le nombre souhaitable de spécialistes qu'il convient de former. Depuis 1999, une **organisation tripartite** réunissant des représentants des diverses professions médicales, des établissements de formation et des caisses d'assurance maladie donne préalablement son avis, qui repose sur l'analyse de l'offre et de la demande de soins pour les 10 à 20 années suivantes. Pour la plupart des spécialités, les quotas retenus sont inférieurs aux propositions des professionnels.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

Jusqu'en 1992, les médecins néerlandais devaient obtenir **l'autorisation de la commune** dans laquelle ils souhaitaient s'installer. Depuis lors, **la liberté d'installation est totale**.

Il semble qu'un système de cooptation se soit mis en place : le cas échéant, les médecins déjà installés font pression sur leurs collègues désireux d'ouvrir un cabinet par le biais des caisses d'assurance maladie, qui menacent les intéressés de ne pas les conventionner.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

SUISSE

En 2007, d'après la Fédération des médecins suisses, il y avait 29 052 médecins en exercice, ce qui correspondait à une densité de **380 pour 100 000 habitants**.

Cette moyenne recouvre des **disparités** importantes : les agglomérations présentent une densité médicale nettement supérieure à la moyenne, à la différence des zones rurales. Ainsi, en 2007, le nombre de médecins en exercice atteignait 870 pour 100 000 habitants dans le canton de Bâle-ville et 629 dans celui de Genève, mais respectivement 156 et 195 à Uri et Obwald, deux cantons ruraux de Suisse centrale.

Pour empêcher ces déséquilibres de s'aggraver, le nombre de médecins conventionnés a été gelé en juillet 2002.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte essentiellement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté depuis 1998 : les facultés de médecine de Suisse alémanique pratiquent le *numerus clausus* à l'entrée, tandis que celles de Suisse romande font une sélection en fin de première année.

Comme l'accès aux universités est réglementé par les cantons, c'est la Conférence universitaire suisse, organe commun à la confédération et aux cantons, chargé de la coordination de l'enseignement supérieur, qui établit le nombre maximum d'étudiants en médecine. Ce nombre, déterminé avant tout en tenant compte de la capacité d'accueil des universités, fluctue entre 900 et 1 000 depuis une dizaine d'années.

Quant à la formation des spécialistes, elle est organisée dans les établissements hospitaliers conformément aux règles fixées par la Fédération des médecins suisses. C'est donc avant tout l'offre de stages qui régule le nombre des spécialistes.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) *Les restrictions à la liberté d'installation*

Actuellement, ces restrictions ne concernent que les médecins conventionnés.

L'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, entrée en vigueur le 4 juillet 2002, a gelé le nombre de professionnels de santé conventionnés, et donc en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes, au niveau du second semestre de 2002. Cette ordonnance détermine, **pour chaque canton et chaque spécialité, le nombre maximal de prestataires**. Ainsi, elle fixe à 212 le nombre maximal de médecins généralistes pour le canton de Genève.

Cette disposition est dite « clause du besoin », car elle constitue l'application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance maladie, qui énonce : « *Le Conseil fédéral peut [...] faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins [...].* »

Elle était initialement valable pour une période de trois ans et renouvelable une seule fois. Le 6 décembre 2007, une modification de la loi a permis une nouvelle prolongation de cette mesure jusqu'au 3 juillet 2008.

La désignation des professionnels de santé autorisés à exercer ne peut avoir lieu qu'après consultation des cantons et des fédérations de professionnels de la santé. La possibilité est toutefois laissée aux autorités cantonales responsables des questions de santé d'adapter (dans un sens ou dans l'autre) le nombre de professionnels prévus par l'ordonnance aux besoins locaux, à condition de tenir compte de la couverture sanitaire existant dans les cantons voisins.

Une étude réalisée en 2004 sur l'application et les effets de cette ordonnance a montré que certaines demandes de conventionnement n'étaient pas immédiatement suivies d'une installation, celle-ci pouvant n'avoir lieu que quelques mois, voire quelques années après la demande. Par ailleurs, certains médecins, malgré l'autorisation qui leur a été accordée n'exercent pas. En outre, la possibilité laissée aux cantons d'accorder des autorisations exceptionnelles en

raison d'une « *couverture en soins insuffisante* » n'a pas permis d'influencer notablement l'installation de médecins dans des zones peu attrayantes.

La Chambre haute du Parlement souhaitait prolonger l'application de la clause du besoin jusqu'en 2010, en attendant de trouver un autre système de régulation. Le 5 mars 2008, la Chambre basse du Parlement a refusé cette nouvelle prolongation et renvoyé le texte devant la Chambre haute. Si les deux assemblées ne parviennent pas à un accord lors de la session parlementaire de juin, cette clause sera abolie.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

Il n'existe **aucune mesure de ce type** : ni à l'échelon fédéral, ni à l'échelon cantonal.

*

* *

Dans un rapport en date du 6 septembre 2007, le Conseil suisse de la science et de la technologie, organe consultatif du Conseil fédéral (c'est-à-dire de l'exécutif fédéral) pour toutes les questions relatives à la politique de la science, préconisait d'augmenter de 20 % le nombre de places dans les facultés de médecine suisses. Il suggérait également de revaloriser la fonction de « médecin de famille » par des mesures incitatives, notamment financières, pour attirer les jeunes médecins dans les zones sous-médicalisées.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

QUÉBEC

En 2006, selon les données d'Eco-Santé Québec 2007, il y avait 7 707 médecins omnipraticiens et 8 161 médecins spécialistes, soit **101 médecins omnipraticiens et 107 médecins spécialistes pour 100 000 habitants**. Le Québec connaît une importante pénurie de médecins, qui est aggravée dans les régions qualifiées d'« éloignées » et d'« isolées », dont la liste est dressée par arrêté ministériel.

Les mesures de régulation démographique de la profession visent, d'une part, à **augmenter le nombre d'étudiants en médecine** et, d'autre part, à **organiser la répartition géographique des médecins conventionnés**. À cet effet, les besoins sont planifiés par région socio-sanitaire, l'installation des professionnels est subordonnée à l'obtention d'une autorisation, et des avantages financiers sont offerts aux médecins qui s'installent dans les zones sous-médicalisées.

1) La limitation du nombre de médecins

Elle résulte essentiellement du fait que l'accès aux études de médecine est contingenté.

a) L'accès aux études de médecine

Chaque année, le gouvernement fixe par décret le nombre d'étudiants en première année de médecine ainsi que leur répartition dans les diverses facultés de médecine.

Conformément à la **politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine**, ces chiffres résultent d'un **plan** établi pour trois ans et **révisé chaque année**. Ce plan est

établi en fonction de la demande présumée d'offre de soins après que les trois instances suivantes ont donné leur avis :

- la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec ;
- le Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique ;
- le Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés.

La Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec est une instance de concertation chargée d'émettre des avis sur les politiques relatives aux ressources humaines médicales. Elle est animée par un comité de suivi composé de représentants de tous les protagonistes (ministères, médecins, établissements de santé, enseignants des facultés de médecine, étudiants en médecine, etc.).

Les deux comités de gestion des effectifs médicaux ont pour objet principal l'évaluation des besoins et l'amélioration de la répartition géographique des médecins. Ils sont composés de représentants des ministères de la santé et des fédérations de médecins (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour le premier et la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour le second). La Fédération des médecins résidents du Québec, c'est-à-dire l'organe représentatif des internes des hôpitaux, est invitée à participer aux travaux de ces comités.

Le Québec est confronté à une pénurie de médecins dont le gouvernement a véritablement pris conscience entre 1996 et 1999 à la suite de nombreux départs en retraite de médecins. Depuis l'exercice 1999-2000, le nombre d'étudiants a été progressivement augmenté. Il est ainsi passé de 512 en 1999-2000 à 810 en 2006-2007.

b) L'accès à une spécialité

Chaque année, conformément à la **politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale**, un décret gouvernemental fixe le nombre de places de formation postdoctorale en médecine, ainsi que leur répartition entre les différents programmes de spécialité et le programme de médecine familiale. Ces données sont déterminées selon une procédure similaire à celle qui sert à établir le nombre des étudiants en première année de médecine.

Le nombre total de places est ensuite réparti entre les universités québécoises, qui se sont préalablement entendues sur les règles de partage.

Le décret 1170-2006 du 18 décembre 2006 fixe les priorités de recrutement pour l'exercice 2007-2008, selon les recommandations de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec : sur un total de 420 places, il en accorde 212 à dix spécialités qualifiées de « prioritaires », parce que particulièrement déficitaires.

2) La régulation de la répartition géographique des médecins

a) Les restrictions à la liberté d'installation

Les restrictions à la liberté d'installation touchent essentiellement les médecins généralistes conventionnés.

Les médecins non conventionnés sont peu nombreux et le gouvernement essaie de limiter leur développement afin de protéger le régime public d'assurance maladie. À cet effet, le champ d'application de l'assurance maladie privée est encadré de manière très stricte (14).

Avant de s'installer, les médecins généralistes conventionnés doivent obtenir un **avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM)** de l'une des dix-huit régions socio-sanitaires dans laquelle ils veulent exercer. Pour ceux qui souhaitent avoir une activité en milieu hospitalier, il faut en outre que des places soient prévues dans le Plan d'effectifs médicaux (PEM) de l'établissement qui doit les engager. Les postes à pourvoir font l'objet d'une publicité et d'une procédure de sélection s'il y a plusieurs candidats.

Les PREM sont élaborés par les agences de la santé, qui sont instituées par le gouvernement dans chaque région pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination des services de santé locaux. Lors de cette élaboration, les agences doivent tenir compte des objectifs de croissance et des politiques fixés par le ministère de la santé, des plans d'organisation des établissements, des personnels existants et des besoins, ainsi que des propositions du Réseau universitaire intégré de santé. Ces PREM ainsi que les plans d'organisation des établissements sont soumis au ministre, qui peut les modifier. Les PREM sont révisés tous les trois ans. Les agences veillent à leur exécution.

Les médecins généralistes conventionnés qui exercent sans avis de conformité dans une région donnée voient leur rémunération réduite de 30 % pour chaque trimestre d'activité dans ces conditions. De plus, ils ne sont pas autorisés à déposer une demande d'installation dans la même région avant l'écoulement d'un certain délai.

En revanche, les médecins spécialistes conventionnés qui pratiquent exclusivement en cabinet (15) n'ont pas besoin d'un avis de conformité, seuls les postes en hôpitaux étant comptabilisés au PREM.

b) Les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées

L'arrêté ministériel 96-07 dresse la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de santé et dans lesquels des mesures incitatives

(14) Le commerce de l'assurance médicale privée a été très longtemps interdit par la loi québécoise. Cette interdiction n'a commencé à être remise en cause qu'à partir d'un arrêt de la Cour suprême du Canada rendu dans l'affaire Chaoulli en juin 2005.

(15) La plupart des médecins spécialistes exercent à l'hôpital.

s'appliquent. Ces territoires sont qualifiés d'« éloignés » quand ils sont situés loin des grands centres urbains et d'« isolés » quand l'insuffisance des voies de communication les rend difficilement accessibles. Onze des dix-huit régions socio-sanitaires comprennent de tels territoires, qui sont en général peuplés de communautés dispersées dont les membres sont titulaires de faibles ressources et bénéficient d'un accès limité aux services de santé et, d'une manière plus générale, à tous les services (commerces notamment).

Les mesures d'incitation diffèrent quelque peu selon qu'elles sont destinées aux généralistes ou aux spécialistes. Seules, les principales ont été recensées dans le texte ci-après.

- Les médecins généralistes

Les médecins qui s'installent dans **des territoires éloignés ou isolés** perçoivent une **rémunération majorée**. Les territoires concernés sont divisés en six groupes. Le taux de majoration de la rémunération est compris entre 105 et 140 %. Il varie en fonction du groupe auquel le territoire appartient ainsi que de l'ancienneté du bénéficiaire. Il varie aussi selon que les soins sont effectués par un médecin exerçant en hôpital ou en cabinet.

Ces médecins peuvent également bénéficier d'une **prime d'installation et de maintien** s'ils s'engagent par écrit, avant la perception de chaque prime, à exercer leur activité à plein temps pendant un an. Ces primes sont accordées par les agences de développement des réseaux locaux des services de santé en fonction de leur budget et des besoins sanitaires figurant dans le PREM. La prime d'installation varie entre 10 000 et 25 000 dollars (soit entre 6 500 € et 16 000 €). Quant au montant de la prime annuelle de maintien, il peut évoluer au fil des années, mais ne peut être supérieur à celui de la prime d'installation.

Les intéressés ont aussi droit à un **congé de formation** d'au plus 20 jours par an. Les droits relatifs à plusieurs années sont cumulables dans la limite de 80 jours pour une année donnée. Lorsqu'ils effectuent une formation, les bénéficiaires reçoivent une indemnité de 371 dollars par jour (soit environ 240 €) et un complément de 180 dollars (soit environ 115 €) pour compenser les frais de séjour.

Les médecins qui exercent dans des **territoires isolés** ont des avantages supplémentaires.

Ils reçoivent une **prime annuelle d'éloignement**. Le montant de celle-ci dépend du lieu d'exercice, du nombre de patients ainsi que de la situation de famille de l'intéressé. Il varie entre 4 774 et 16 295 dollars (soit entre 3 000 € et 10 500 €).

Ils bénéficient du **remboursement de certains frais**. Selon leur lieu d'installation et leur situation de famille, ces médecins ont droit au

remboursement de trois ou quatre **billets d'avion** aller-retour en classe économique entre leur lieu de travail et Montréal. Ils peuvent également obtenir le remboursement des **frais de transport de nourriture** jusqu'à 727 kilos par année et par adulte s'il n'y a pas de possibilité d'approvisionnement à proximité.

- Les médecins spécialistes

La **rémunération** des spécialistes est affectée d'un **coefficient de majoration** différent selon que le spécialiste exerce dans un territoire éloigné ou dans un territoire isolé. Les territoires éloignés sont divisés en cinq catégories affectées des coefficients de majoration suivants : 107 %, 115 %, 125 %, 130 % et 145 %. Ces coefficients s'appliquent dès lors que le spécialiste exerce à titre principal dans ce territoire et de manière régulière et continue dans un établissement de ce territoire. En territoire isolé, le spécialiste perçoit 145 % de la rémunération de base, quelles que soient ses modalités d'exercice.

Selon un dispositif analogue à celui des généralistes, les spécialistes qui s'installent dans **les territoires éloignés ou isolés** peuvent recevoir une **prime d'installation et de maintien**. La prime d'installation varie entre 15 000 et 30 000 dollars (soit entre 9 500 € et de 19 000 €) selon le lieu d'exercice.

Des **primes supplémentaires** peuvent être octroyées aux médecins installés de façon durable dans des secteurs et des spécialités particulièrement touchés par la pénurie.

Comme les généralistes, ils bénéficient d'un **droit à formation**.

Par ailleurs, les spécialistes qui exercent dans **des territoires isolés** ont des avantages supplémentaires. Comme leurs confrères généralistes, ils perçoivent une **prime annuelle d'éloignement** et peuvent obtenir le remboursement d'un certain nombre de **billets d'avion**. Ils sont également dédommagés de leurs frais de déménagement.

c) Les autres mesures

Lors de **l'inscription en faculté de médecine**, un **petit nombre de places sont réservées aux étudiants originaires des territoires éloignés ou isolés**. Les intéressés bénéficient de **points de bonification dans la procédure de sélection** et peuvent se voir accorder une **bourse** contre l'engagement d'exercer la médecine à temps plein dans leur région d'origine à l'issue de leur formation.

Par ailleurs, le ministère de la santé offre aux étudiants des deux dernières années des **bourses d'études** d'un montant annuel de 15 000 ou 20 000 dollars (soit environ 9 500 € ou 12 500 €) en contrepartie de l'engagement d'exercer la médecine dans un territoire désigné par le ministère et pour un nombre d'années égal au nombre de bourses reçues (au plus quatre).

Dans le cas de certains secteurs particulièrement isolés, l'engagement est d'un an pour la première bourse reçue, mais de six mois pour les suivantes.

Pour les étudiants en fin de spécialisation, le ministère offre une **bourse de formation spécialisée** moyennant l'engagement d'exercer à temps plein, dans un secteur sous-médicalisé désigné, pendant une durée d'un an par tranche de 10 000 dollars (soit environ 6 500 €), le montant maximal étant de 20 000 dollars (soit environ 12 500 €).

*

* *

Ces mesures, qui ont été progressivement mises en place depuis les années 80, n'ont pas permis à ce jour de résoudre les problèmes de pénurie et de répartition territoriale.

