Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ONDPS

Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens

Volume 1

Mars 2015

en collaboration avec

frontier economics

ylios

Pourquoi cette étude ?

L'organisation de l'offre de soins médicaux, qu'ils soient délivrés en établissements de santé ou en ambulatoire, doit s'efforcer de répondre aux besoins de la population en distribuant équitablement sur le territoire les ressources jugées suffisantes. L'obtention d'une offre jugée adéquate doit intégrer au moins les trois critères suivants :

- le volume de l'offre (effectifs de médecins, densité / population générale) ;

- la répartition entre spécialités (en particulier la répartition entre médecins généralistes de premier recours et autres spécialistes) ;

- enfin la localisation (réduction des disparités en termes d'accès, lutte contre les « déserts médicaux »).

En France, alors que la création de la sécurité sociale et de sa branche maladie impulse le développement des soins, c'est à partir de 1970 que se multiplient les mesures législatives pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.

Une planification de l'offre, qui a subi depuis lors de nombreux avatars, a ainsi été instaurée dans le secteur des établissements de santé (hôpitaux publics, mais aussi établissements privés à but lucratif ou non). En dépit d'un financement de l'assurance maladie, s'est mise en place une gestion étatisée, pour partie déconcentrée au niveau régional, qui s'est traduite par des dispositifs successifs d'organisation des moyens physiques, humains et financiers (par exemple carte sanitaire et autorisation de lits et d'équipements lourds après 1970, SROS après 1991 etc.).

En revanche, dans le secteur ambulatoire, principalement d'exercice libéral, les dispositifs qui tendent à organiser l'offre de ville sont beaucoup plus récents et conservent le statut de correctifs incitatifs : il s'agit en particulier la loi HPST de juillet 2009[1] qui impose aux nouvelles ARS de définir le maillage pertinent de leur région (les territoires de santé) et d'y organiser les

[1] *Les missions de la médecine générale et les soins de premiers recours y sont reconnus et définis. La loi renforce le processus de territorialisation du système de soins avec la création d'agences régionales de santé (ARS). Ces agences disposent de leviers d'action comme la définition des schémas d'organisation des soins ambulatoires, l'organisation de la permanence des soins, la possibilité de contractualiser avec des regroupements de professionnels (centres de santé, maisons de santé, réseaux…).*

soins de premier recours en ville[2], ou encore le Pacte Santé Territoire de décembre 2012 qui crée les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG).

Dans la perspective de la **Stratégie nationale de santé**, cette démarche est poursuivie avec, notamment, dans le projet de loi initial (chapitre I, article 12) la création du "service territorial public de santé" (modifié en "service territorial de santé au public").

Ces dispositifs nouveaux apparaissent comme des correctifs, encore assez marginaux, d'un système fondé au contraire sur le principe de liberté d'installation et d'automaticité de l'adhésion à la convention nationale, corrélé avec le principe de liberté de choix des patients.

Pour l'instant, l'essentiel de la régulation de la médecine de ville est donc réalisée, en France, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'étudiants (places ouvertes au numerus clausus par UFR à l'issue du concours de fin de première année - PACES[3]- et épreuves classantes nationales –ECN- qui déterminent pour tous les étudiants ayant validé leur second cycle d'études, les postes d'internat ouverts par spécialité et UFR).

L'efficacité de ces dispositifs que l'ONDPS a analysés dans son dernier rapport[4] repose d'abord sur la capacité des pouvoirs publics à anticiper les besoins quantitatifs (le cursus durant en effet de 8 à 10 ans après la PACES selon les spécialités) et qualitatifs (évolution des métiers et des spécialités). Elle repose aussi sur la fidélité au lieu de formation des nouveaux diplômés qui s'installent.

Plusieurs facteurs en limitent les effets : d'une part, la fidélité des médecins à leur lieu de formation n'est évidemment pas totale et varie surtout beaucoup d'une région à l'autre, d'autre part la régulation par les flux d'étudiants admis dans les UFR françaises exclut, par construction, toute régulation des médecins à diplôme étranger qui viennent s'installer en France, dont la part

[2] Réorganisation avec les besoins et la demande des patients. La mise en œuvre de ces objectifs nécessite de développer des outils conceptuels (par exemple la définition de la gamme de services à rendre par les différents professionnels fournissant les soins de premier recours) et opérationnels (par exemple les indicateurs en terme de temps d'accès, de taux de couverture, de qualité, de définition des territoires de premiers recours, de mécanismes de régulation des pratiques…) permettant d'organiser les soins ambulatoires de premiers recours, mais également leur articulation avec les soins spécialisés, le secteur hospitalier mais aussi médico-social.

[3] Première année commune d'études en santé

[4] ONDPS, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_incluses.pdf

dans les primo-inscrits augmente, en raison notamment de la reconnaissance automatique des diplômes instaurée par la directive européenne 2005/36/CE[5].

La spécificité du système de santé français, historiquement bâti sur une gestion très différenciée des deux secteurs d'activité médicale (établissements et ville), l'une étatisée et planificatrice, l'autre de nature libérale, a conduit l'observatoire à s'interroger sur l'existence et la pertinence, dans quelques pays européens proches, de dispositifs destinés à orienter l'installation des médecins en ville.

Le questionnement initial de cette étude se décline de la manière suivante :

- en dehors des quelques incitatifs financiers, lesquels émergent en France depuis une bonne dizaine d'année mais demeurent pour l'instant marginaux, existe-t-il dans ces pays des dispositifs plus systémiques et lesquels ?

- quelle est leur articulation avec la régulation qui s'exerce (ou non) en amont sur les flux d'étudiants ?

- les dispositifs identifiés font-ils l'objet d'évaluation de la part de la puissance publique et, si oui, quels en sont les principaux enseignements ?

Les pays retenus dans cette étude appartiennent à deux grands modèles d'organisation, Grande-Bretagne et Espagne pour ce qui concerne les « systèmes publics », Allemagne, Pays-Bas et Belgique pour les « systèmes assurantiels ».

Les systèmes « publics » nationaux ou régionaux (Grande-Bretagne et Espagne,) présentent des caractéristiques spécifiques telles que salariat, structures publiques, exercice collaboratif. Le pouvoir de régulation des autorités publiques y est puissant et coercitif.

Les systèmes assurantiels (Allemagne, Belgique, Pays-Bas) présentent des caractéristiques similaires à celles du système de santé français : médecine essentiellement libérale avec conventionnement par l'assurance maladie, exercice en cabinet privé, avec une liberté d'installation relativement peu contrainte.

Parmi ces trois pays, la Belgique a sans doute l'organisation et la régulation de la médecine de ville qui ressemble le plus à la nôtre.

[5] L'ONDPS a également engagé une étude sur les mobilités internationales de quelques professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) qui devrait aboutir fin 2015.

En revanche, l'Allemagne constitue a priori un exemple intéressant puisqu'il s'agit du seul pays à système assuranciel ayant mis en place un dispositif quasiment coercitif (à travers le « Bedarfsplan»).

Quant aux Pays-Bas, il s'agit du seul pays de l'OCDE à ne pas rencontrer, semble-t-il, de problème de démographie médicale. Il n'a donc pas pris de mesures spécifiques en ce domaine : l'interrogation porte davantage, dans ce cas, sur les raisons qui peuvent expliquer cette bonne répartition (densité de population élevée et relativement homogène, pas d'obstacle géographique à l'installation, autre explication éventuelle).

L'organisation de l'offre de soins médicaux en ville, dans la plupart des pays, est en outre centrée sur la mise en place d'un niveau de premier recours (soins primaires et de proximité) dont les médecins généralistes constituent le pivot, avec, en corollaire, des contraintes plus ou moins fortes sur le parcours des patients. En France, le parcours de soins coordonnées introduit en 2004, tout en laissant la liberté aux patients de choisir leur médecin traitant, a instauré le principe du recours obligatoire au médecin généraliste avant toute consultation chez un médecin d'une autre spécialité en ville ou en établissement (sauf dérogations tenant à la spécialité comme la gynécologie médicale par exemple ou à la pathologie).

SYNTHESE..... 7

PARTIE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE..... 12

1.1. La population générale dans les pays de l'étude 13

1.2. L'offre médicale dans les pays de l'étude 19

1.2.1 L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE EN FRANCE 20

1.2.2 L'offre médicale dans les pays de l'Etude 23

PARTIE 2 : DROIT D'EXERCICE ET CONDITIONS D'INSTALLATION..... 40

2.1 En France 41

2.2 Dans les cinq autres pays 51

2.2.1 La régulation des flux d'étudiants 52

2.2.2 Le droit d'exercer 57

2.2.3 Au niveau de l'installation 58

2.2.4 Des incitatifs complémentaires 76

PARTIE 3 : CONCLUSIONS..... 81

BIBLIOGRAPHIE 85

Documents utilisés pour étudier la France.....85

Documents consultés pour étudier les Pays-Bas.....87

Documents consultés pour étudier le Royaume-Uni.....88

Documents consultés pour étudier l'Espagne 91

Documents consultés pour étudier la Belgique.....92

Documents consultés pour étudier l'Allemagne 95

Documents théoriques et bases statistiques utilisés pour le rapport.....98

SYNTHESE

1- L'étude s'est déroulée en deux temps : la réalisation de monographies par pays, suivie d'une phase d'analyse transversale entre les pays, ciblée sur les dispositifs qui organisent les conditions d'installation des médecins en ville.

Cette seconde phase s'est heurtée à la comparabilité limitée de dispositifs qui s'insèrent en réalité dans des systèmes plus globaux, très différents selon les pays étudiés, notamment :

- Les choix originels de structuration du système de santé : étatique ou assurantiel (point qui est détaillé plus loin).
- Le niveau de centralisation et de délégation régionale dans la déclinaison des politiques, qui est différent selon les pays et qui s'avère indépendant du type du choix originel structurant du système de santé.
- Les répartitions différentes des rôles entre la ville et l'hôpital, la médecine de ville assurant soit exclusivement les premiers recours, soit certaines missions de recours.
- Le champ de spécialités couvertes par la médecine de ville, qui est corrélé au point précédent sur la répartition des rôles entre la ville et l'hôpital.
- Les modes de rémunération effectifs des médecins de ville, qui va du salariat simple au paiement à l'acte, en passant par une grande variété de rémunérations hybrides comprenant plusieurs composantes : paiement populationnel indexé sur les caractéristiques de la population, objectifs de santé publique, subventions d'équipement etc.
- D'autres facteurs d'ordre culturel, géographique, …

2- Pour dépasser cette limite de comparabilité, les conditions d'installation doivent être appréciées comme l'une des composantes dans d'un ensemble plus large de politiques et de mesures, qui couvre notamment en amont la formation des médecins et la régulation des effectifs formés, et en aval un ensemble de dispositifs et de mesures incitatifs. C'est cet ensemble qui participe à l'organisation de la médecine de ville – et plus globalement à l'organisation des soins en ville – dans les différents pays.

Ainsi, si on analyse spécifiquement le système de formation des médecins sous l'angle de son impact sur les conditions d'installation, on observe deux logiques de régulation des effectifs de médecins à former :

- Une logique de sélection directement effectuée par les établissements de formation, notamment en fonction de leurs capacités d'accueil : c'est le cas de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

- Une logique de planification, appuyée sur une modélisation des besoins, calibrée à l'échelle nationale et déclinée par établissement de formation : c'est le cas de l'Espagne et de la Belgique.

La régulation des différentiels d'attractivité entre la médecine générale et les autres spécialités, au niveau de la formation, se fait essentiellement par l'ouverture du nombre de places aux étudiants dans chaque spécialité.

Quant à la régulation des différentiels d'attractivité entre régions, au niveau de la formation, elle s'opère surtout par la répartition géographique du nombre de places offertes aux étudiants, démarche fondée sur le constat que le lieu de formation a un impact déterminant sur le futur lieu d'installation. On observera que ce constat, qui est statistiquement fondé, n'apporte qu'une réponse partielle aux enjeux de répartition géographique, dans la mesure où l'implantation en région se fait prioritairement dans les villes d'implantation des facultés de médecine, et que cette régulation ne règle pas le problème des zones à faible densité de médecins qui sont souvent définies à une maille infrarégionale.

3- Bien que les systèmes de santé soient marqués par leurs choix originels, il est difficile d'en dresser une typologie, en raison d'autres facteurs également structurants et d'ajustements successifs des dispositifs initiaux.

Les systèmes de santé restent fortement marqués par les choix originels, publics ou assurantiels, qui structurent fortement le système à la fois globalement et plus spécifiquement pour ce qui a trait aux conditions d'installation.

Ainsi, encore aujourd'hui, on peut identifier certaines caractéristiques des systèmes publics qui ont un impact important sur les conditions d'installation :

- La régulation de l'installation de la médecine en ambulatoire s'opère sur les structures de soins primaires et non directement sur les médecins ;
- Le mode d'exercice des médecins de ville est essentiellement collectif, et se fait souvent dans le cadre de structures pluri-professionnelles.
- Les soins sont gratuits, ce qui élimine *de facto* la charge administrative relative aux circuits de facturation.

Ainsi, les systèmes publics intègrent par construction une démarche d'organisation de l'offre de premiers recours : les médecins sont affectés à une structure (cabinet de groupe, maison de santé) même si les modalités opérationnelles peuvent varier (salariat direct ou contrat avec l'autorité nationale ou régionale).

En revanche, on observe des différences marquées entre les pays à système public :

- Des niveaux de décision plus ou moins centralisés: au Royaume-Uni, le système est fortement centralisé tandis qu'en Espagne les marges de manœuvre de déclinaison régionale sont importantes, y compris dans la fixation des échelles de salaire.
- Des modalités de rémunération différentes.

Ceci explique partiellement le constat d'importantes différences :

- Dispersion régionale forte en Espagne en lien avec la gouvernance des dispositifs de régulation.
- Pénurie de généralistes au Royaume-Uni avec l'absence d'articulation avec la formation en amont.

Parallèlement, dans les systèmes assurantiels, les éléments caractéristiques des conditions d'installation sont différents :

- Prépondérance de l'exercice en cabinet individuel
- Liberté d'installation historique
- Tentatives d'utilisation du conventionnement comme outil de régulation quantitative
- Prise en compte des différences entre spécialités
- Dispositifs incitatifs complémentaires

Au-delà de ces similitudes, les systèmes assurantiels présentent des différences notables :

- En termes de maillage géographique
- En termes de gouvernance (le niveau de centralisation, la délégation régionale…)

Par ailleurs, les dispotifs de régulation des conditions d'installation ont évolué par ajustements successifs.

4- Les conditions d'installation ont été initialement conçues pour organiser, en cohérence avec les choix structurants du système de santé, la répartition des médecins de ville sur le territoire national, tant au plan géographique qu'en termes de spécialités. Il s'agissait notamment :
   - D'assurer un égal accès au système de santé et aux soins.
   - De limiter la surdensité, qui a toujours été considérée en économie de la santé comme l'un des principaux facteurs de surcoût, la densité plus forte conduisant, notamment dans les systèmes assurantiels avec paiement à l'acte, à une surconsommation de consultations et de prescriptions médicamenteuses.

Progressivement, chaque système a dû faire face à des enjeux et contraintes spécifiques :

- Différentiels d'attractivité entre spécialités,
- Différentiels d'attractivité entre modes d'exercice : ville et hôpital,

- Persistance du problème de la démographie médicale,

De ce fait, les mesures qui participent à la régulation des conditions d'installation deviennent nombreuses et très diversifiées :

- Par leur nature :
  - Mesures coercitives
  - Mesures incitatives (financières, fiscales, etc.)
  - Mesures désincitatives
  - Mesures plus systémiques : c'est notamment le cas des mesures visant à favoriser le cadre d'exercice collectif des médecins généralistes.
- Par leur champ d'application dans le cursus de formation et d'installation des médecins :
  - Pendant la formation initiale
  - Pendant l'internat
  - Au moment de l'installation
  - En cours d'exercice
- Par la nature des acteurs à l'initiative de ces mesures et de leur financement :
  - Régulateurs de l'offre de soin
  - Payeurs/assureurs/financeurs
  - Collectivités

On observe dès lors une certaine convergence entre les systèmes et les dispositifs des différents pays, qui tendent à réduire leurs différences initiales. On peut citer l'exemple des stages et de la formation à l'exercice en milieu rural, qui a démontré dans tous les pays où ce dispositif a été expérimenté, des résultats significatifs pour surmonter le défaut d'attractivité de certains lieux d'exercice, qu'aucun système ni dispositif d'incitation financière n'avait pu surmonter.

5- On n'a pu que constater l'absence d'évaluation globale des politiques de régulation des conditions d'installation, ce qui peut s'expliquer par la multiplication et l'intrication des dispositifs qui s'ajoutent et se succèdent sans qu'on ait pris le temps de procéder à des évaluations intermédiaires.

6- Une revue prospective des enjeux relatifs aux conditions d'installation et à leur évolution (ce point a été mentionné par le représentant des jeunes médecins au dernier Comité de Pilotage), fait apparaître que les orientations relatives à cette problématique doivent prendre en compte les évolutions largement engagées :

- Les nouvelles formes d'organisation de la médecine de premier recours, dans le cadre d'un exercice collectif, qui répondent à une réelle aspiration des jeunes professionnels.

- La mise en œuvre des nouvelles technologies numériques et le développement de la E-Santé.

Ainsi, sur le premier point, l'évolution est déjà engagée en France, et devrait se poursuivre : d'après une étude menée par la FFMPS (fédération française des maisons et pôles de santé), le nombre des Pôles et Maisons de Santé a largement cru depuis 2013 : en deux ans, 373 nouvelles structures ont vu le jour. On compte donc, en mars 2015, un total de plus de **1023 Pôles et Maisons de Santé** actives ou en projet, contre 929 à la même époque l'année dernière. Au sein de chaque Maisons de Santé pluridisciplinaires on retrouve en moyenne **5.1 médecins et 9.2 professionnels paramédicaux qui exercent en libéral.**

Par conséquent, on peut considérer que le cadre est posé pour développer l'exercice **collectif** et **pluri-professionnel** en France. A partir des structures d'exercice collectif, le maillage et la présence dans des zones isolées faiblement dotées en médecins de ville pourra se faire grâce à de nouvelles modalités d'organisation : présence tournante dans des cabinets isolés assurée par les médecins de la MSP, télésurveillance et téléconsultation, … qui limiteront le plus possible les situations d'exercice isolé.

Sur le deuxième volet, de nombreuses initiatives (Hôpital numérique, expérimentations d'actes de télémédecine, Territoires de Soins Numériques) ainsi que de nombreuses initiatives sur le terrain visent à accélérer la transformation des pratiques et l'adoption de nouvelles solutions.

La combinaison de ces deux facteurs d'évolution (des pratiques et des organisations) et les nouvelles pratiques associées, devraient conduire à repenser les critères de densité et les exigences de maillage territorial. L'ensemble des politiques relatives aux conditions d'installation devraient dès lors être adaptées à cette nouvelle donne.

PARTIE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE

1.1-La population générale dans les pays de l'étude

1.2- L'offre médicale dans les pays de l'étude

1.1. La population générale dans les pays de l'étude

Outre des populations de taille très différente, les pays de l'étude présentent surtout une forte disparité en termes de densité et de répartition sur leur territoire, éléments a priori primordiaux dans la problématique de l'étude.

Ce sont l'Espagne et la France qui comportent les densités les plus faibles avec les écarts interrégionaux les plus forts et qui, de ce fait, présentent a priori le plus gros risque d'inégalité dans l'accès aux soins. **Pour autant, ce sont également dans ces deux pays que l'espérance de vie à la naissance et le nombre d'années de vie en bonne santé après 65 ans sont les plus élevés.**

	Allemagne	Belgique	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni
Population (millions)	81,9	11,1	46,1	63,5	16,8	63,7
Densité moyenne (habitants/km²)	229	363,6	91,1	103,8	403,9	256,6
Population âgée de plus de 65 ans	20,7%	17,5%	17,6%	17,5%	17,0% (2013)	17,0%
Espérance de vie à la naissance (années)	81	80,5	82,5	82,1	81,2	81
Espérance de vie en bonne santé	Voir cartes ci-dessous					
Dépenses de santé (% du PIB)	10,9%	10,9%	9,3% (2011)	11,9%	11,8%	8,9%

- ### Effectifs : des pays très différenciés

- 3 pays à forte population : l'Allemagne suivie de deux pays à niveau similaire, le Royaume Uni et la France ;
- 2 pays à population modeste: les Pays-Bas et la Belgique ;

- enfin, à un niveau intermédiaire, l'Espagne.

- **Des densités de population également très différenciées**

avec, aux deux extrêmes, les Pays-Bas et l'Espagne : cette caractéristique impacte a priori la problématique de l'accès aux soins et des déserts médicaux.

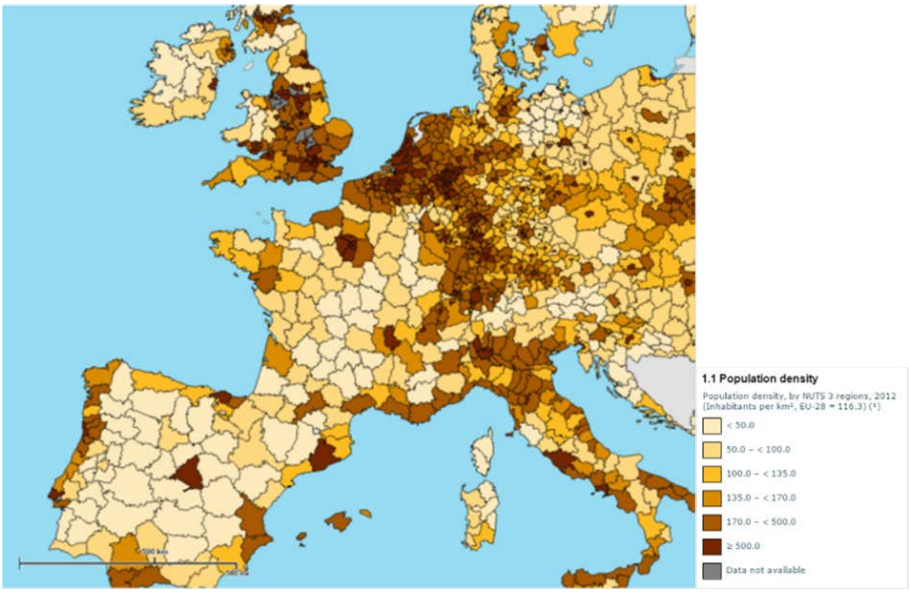
Ainsi, les deux pays à population similaire, France et Royaume-Uni, présentent des densités très différentes (densité 2,5 fois plus élevée au RU).

Les deux pays à plus faible densité sont la France et l'Espagne.

A l'intérieur de chaque pays, la **densité de population est plus ou moins homogène** : **les deux pays à population très dense –Royaume-Uni et Pays-Bas–, bien que montrant des disparités, n'ont que rarement des zones à très faible population** : c'est le cas des Pays-Bas (le département le moins peuplé compte 182,5 habitants/km²) et du Royaume-Uni (la région la moins peuplée compte 148 habitants/km²).

En revanche, les autres pays connaissent de fortes disparités de densité, avec des régions très peu peuplées. En Allemagne, le Land de Mecklembourg-Rhénanie-Occidentale compte 69 habitants au km² ; en Belgique, la Province de Luxembourg affiche une densité de 61 habitants/km². Mais ce sont l'Espagne et la France qui comptent le plus grand nombre de régions sous-denses. En Espagne, la Communauté de Castille-La Manche a une densité d'à peine 24 habitants/km². En France Métropolitaine, la Corse et le Limousin affichent des densités de respectivement 36 et 44 habitants/km².

Figure 1 - Densité de population en Europe, 2012 (habitants / km²)



- ## Vieillissement de la population

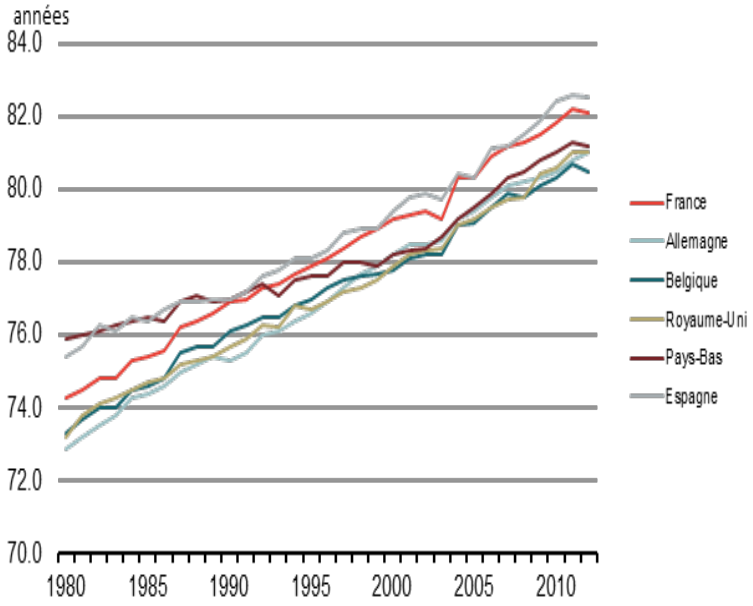
L'Allemagne se distingue des autres pays par un vieillissement plus important de sa population. En 2013, sa population âgée de plus de 65 ans représentait 21% de la population totale, et cette proportion devrait augmenter jusqu'à 28% en 2030.

A l'inverse, les autres pays dont la France présentent des situations de vieillissement comparables. La population, âgée de 65 ans et plus, représente entre 17% et 18% de la population totale, et ne devrait pas dépasser les 24% à horizon 2030.

- ## Deux indicateurs de l'état de santé

Les pays présentent des **espérances de vie à la naissance assez proches,** entre 80 en 83 ans, qui se sont allongées depuis 1980 selon une tendance similaire.

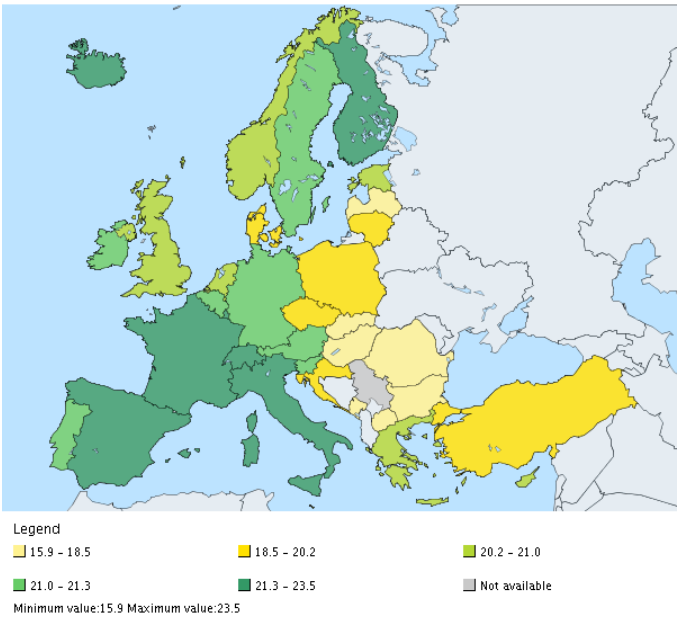
Figure 2 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance pour les pays de l'étude, 1980 - 2013



Source : OCDE

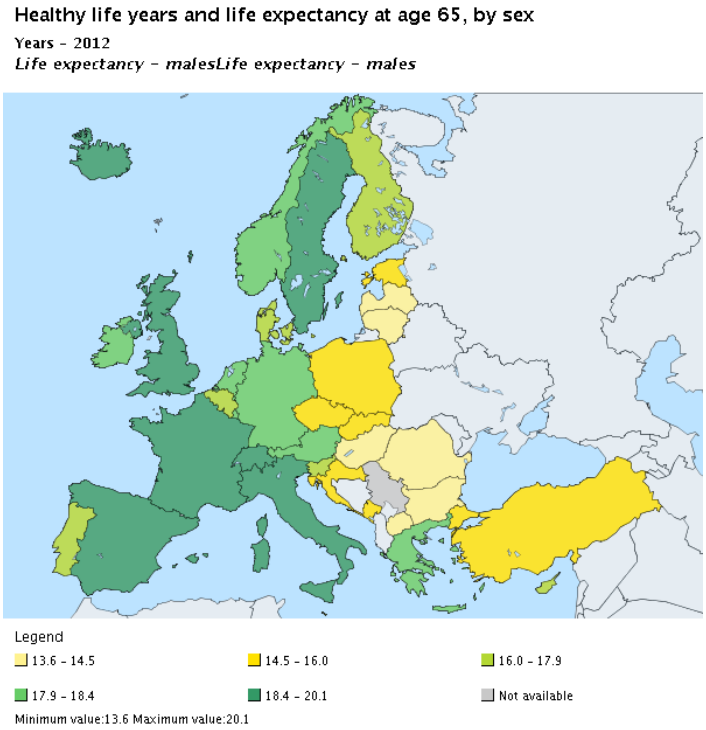
L'indicateur Années de Vie en Bonne Santé (AVBS) à l'âge de 65 ans indique une situation plus différenciée entre les pays, et de surcroît, variable selon le sexe observé. Dans les deux cas, hommes et femmes, l'Espagne et la France présentent les meilleurs scores.

Figure 3 - Durée de vie en bonne santé à 65 ans pour les femmes en Europe, 2012



Source des données: Eurostat

Figure 4 Durée de vie en bonne santé à 65 ans pour les hommes en Europe, 2012



Pour les femmes, la France et l'Espagne montrent la durée de vie en bonne santé à 65 ans la plus élevée ; puis Allemagne et Belgique, enfin Pays-Bas et Royaume-Uni

La hiérarchie se modifie pour les hommes, puisqu'il y a dégradation pour la Belgique et amélioration le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

Courte description: L'indicateur Années de Vie en Bonne Santé (AVBS) à l'âge de 65 ans mesure le nombre d'années qu'une personne à la naissance peut s'attendre à vivre en bonne santé. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne et de mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités / l'absence d'incapacités. L'indicateur est calculé séparément pour les hommes et les femmes. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVSI). L'espérance de vie à l'âge de 65 ans est définie comme le nombre moyen d'années qu'il reste encore à vivre à une personne à l'âge de 65 ans, si elle restait sujette pour le reste de sa vie aux conditions actuelles de mortalité.

Source des données: Eurostat
Copyright des frontières administratives: ©EuroGeographics, redistribution commerciale interdite
Dernière mise à jour: 16.02.2015
Date d'extraction: 23 févr. 2015 18:12:59 CET
Clause de non responsabilité: Cette carte a été créée automatiquement grâce à un logiciel d'Eurostat selon les spécifications d'utilisateurs externes qui ne relèvent pas de la responsabilité d'Eurostat.

Clause de non responsabilité générale de site web de la CE: http://ec.europa.eu/geninfo/legal_notices_fr.htm
Lien dynamique de la page de la carte par défaut:
http://ec.europa.eu/eurostat/eurostat/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=0&language=fr&pcode=tsdph220&toolbox=legend

1.2. L'offre médicale dans les pays de l'étude

Afin de replacer dans leur contexte les dispositifs relatifs au droit d'exercice et aux conditions d'installation des médecins en ville, en France et dans les cinq pays européens de l'étude, cette première partie a pour objet de **présenter succinctement quelques caractéristiques de leur offre médicale**. Il serait toutefois abusif de considérer la situation décrite dans chaque pays comme le résultat des politiques d'organisation des soins ambulatoires (décrites en partie 2), celles-ci étant évolutives et parfois très récentes. Dans certains pays, au contraire, les constats dressés sur l'état de l'offre médicale peuvent expliquer la mise en place de nouveaux dispositifs ou l'inflexion apportée aux anciens, comme la réforme en 2012 du Bedarfsplan en Allemagne par exemple ou encore l'introduction en 2006 en Belgique, d'un fonds (Impulséo) destiné à faciliter l'installation de médecins dans certaines zones spécifiques.

Par ailleurs, le champ de l'étude –médecine de ville- nécessiterait de disposer d'une vision statistique précise des effectifs de médecins par secteur d'activité, par spécialité et par statut, dans chacun des pays. La source principale d'informations pour élaborer ces comparaisons internationales est la **base de données de l'OCDE**[6] : pour disposer de la totalité des pays étudiés (y compris la France), il convient de retenir **l'année 2011**, les années suivantes n'étant pas encore renseignées par tous les pays.

Il convient de préciser que cette base de données statistique soulève quelques problèmes méthodologiques tenant principalement à l'hétérogénéité des sources statistiques des différents pays, ce qui peut parfois fausser l'analyse comparative de certains items. C'est le cas des **effectifs (et donc des densités**) qui, selon les pays, recouvrent des périmètres plus ou moins larges de médecins. **La répartition des effectifs par groupe de spécialités** s'en trouve également affectée.

Quant à **la répartition des effectifs de médecins entre les deux secteurs d'activité, ambulatoire et établissements de santé**, seule à même de cerner le secteur de la médecine de ville dans les pays étudiés, elle semble problématique, en raison des définitions retenues dans les sources

[6] http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm

statistiques des pays. Le cas de la France est à cet égard symptomatique. Néanmoins, l'étude a cherché à collecter des informations complémentaires directement auprès des pays[7].

Malgré ces importantes réserves méthodologiques, les données disponibles mettent en évidence un panorama très différencié de l'offre médicale et de son évolution selon les pays, tant en termes de densité et de disparités territoriales que d'âge moyen, de répartition entre médecins généralistes et autres spécialistes ou encore de composante « importée » (médecins étrangers et/ou à diplômes étrangers).

1.2.1 L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE EN FRANCE

Deux notions sont assez souvent confondues en France, alors qu'elles ne sont pas superposables : le **secteur d'activité ou lieu d'exercice** (établissements de santé versus secteur ambulatoire ou « ville ») et le **statut des professionnels** (salarié versus libéral).

Ainsi, les médecins qui interviennent dans les établissements de santé privés ont encore le plus souvent un statut libéral et sont directement rémunérés en honoraires, alors que certaines structures ambulatoires comme les centres de santé comptent des médecins salariés.

- ## Secteur d'activité et spécialités

Au premier janvier 2014 en France (source RPPS, traitement DREES[8]), **les médecins généralistes représentent 46 % des effectifs totaux.**

Par ailleurs, les médecins exerçant en ville représentaient 65,5% des effectifs totaux contre 34,5% en établissements.

Le secteur d'activité en ambulatoire y est donc très développé. Mais cette proportion diffère beaucoup selon qu'on observe les médecins généralistes ou les médecins d'autres spécialités : **81% des MG exercent en ville contre 53 % seulement des autres spécialistes.**

[7] Seule l'Association Allemande des Médecins publie des données concernant les effectifs exerçant en ville.
[8] L'effectif total de médecins en exercice est de 219 834 mais seuls 208 353 comportent la variable renseignée sur le statut et le secteur d'activité.

	Ville	Établissements
MG	81%	19%
Autres spécialités	53%	47%
Total	65%	35%

Source : RPPS 2014, traitement DREES

• Secteur d'activité, statut et spécialités

En ville, 78,5% des effectifs de médecins ont un statut libéral contre 21,5% de salariés.

En établissements, au contraire, 83,7 % des effectifs de médecins sont salariés contre 16,3% de libéraux.

Cette répartition des statuts en fonction du lieu d'activité varie peu entre MG et autres spécialistes.

	Ville	Libéraux	Part des libéraux	**Établissements**	Salariés	Part des salariés
MG	75 963	59 922	78,9%	19039	16867	88,6%
Autres spécialistes	60 496	47 158	78,0%	52855	43285	81,9%
MG	75 963	59 922	78,9%	19039	16867	88,6%
Total spécialités	136 459	107 080	**78,5%**	71894	60152	**83,7%**
En % de tous médecins	**65,5%**	51,4%		**34,5%**	28,9%	

Source RPPS 2014 (traitement DREES)

Ainsi, les médecins libéraux ayant leur activité principale en ville représentent un peu plus de la moitié des effectifs totaux de médecins, toutes spécialités confondues et ceux qui exercent à titre principal en établissements et sont salariés, moins d'un tiers.

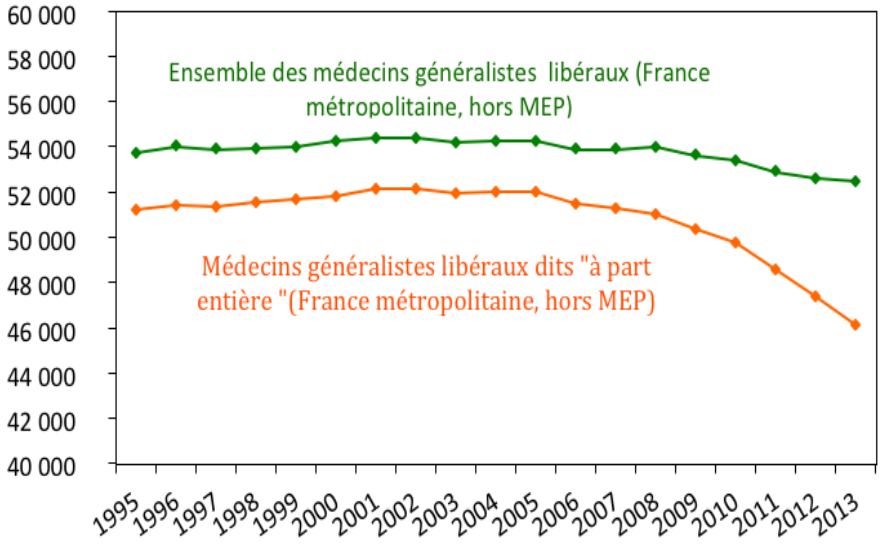
• Les médecins généralistes

Les données statistiques les plus utilisées ne rendent pas forcément compte de la réalité des pratiques et des problèmes réels qui se posent en termes d'organisation des soins médicaux.

Si le recensement des médecins généralistes en activité, tous secteurs et statuts confondus, est de plus de 100 000 dans le RPPS, **la CNAMTS[9] estime au final à environ 54 000 le nombre de généralistes « au sens strict », c'est-à-dire exerçant pleinement une mission de soins primaires en cabinet (cet effectif ne comprend pas les médecins salariés dans les centres de santé).**

La CNAMTS souligne que si l'effectif total des MG diminue peu, celui des MG à part entière[10] diminue plus rapidement : -11% entre 2005 et 2013, soit -1,5% par an.

Figure 5 - Évolution de l'ensemble des médecins généralistes libéraux et des médecins généralistes libéraux dits "à part entière", 1995 - 2013



Source : CNAMTS

Pour autant, selon cette analyse, la CNAMTS estime qu'on ne peut pas parler, au plan national, d'une situation de pénurie. Même si l'on tient compte d'une activité moindre des médecins plus âgés, **on arrive à un ratio de 1250 patients par médecin « temps plein », situation qui, au regard des pays qui nous environnent, apparaît satisfaisante. Ainsi en Angleterre un médecin**

[9] Annexe réalisée par la CNAMTS dans le cadre du rapport du Pr Pierre-Louis DRAIS « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé » (15 mars 2015) : « De fait, la CNAMTS ne comptabilise à la même date (janvier 2014) que **61 300** médecins généralistes libéraux (France entière), **parmi lesquels 7 400 ont déclaré un mode d'exercice particulier** (MEP), et ont donc un rôle plus limité en tant que médecins traitants (les acupuncteurs et homéopathes ont en moyenne 300 à 400 patients inscrits, les allergologues 90 et les angéiologues 30, pour ne citer que les modes d'exercice particuliers les plus fréquents).

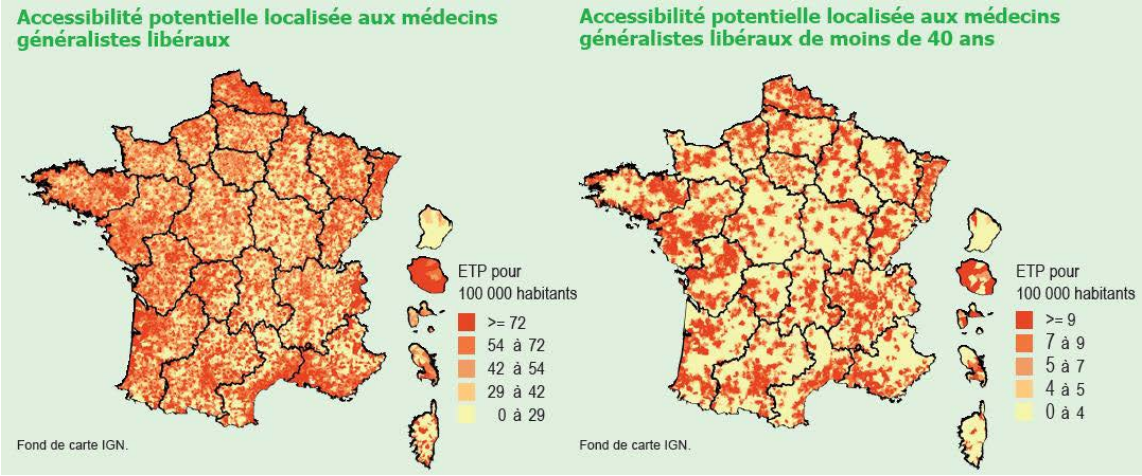
[10] **Il s'agit plus exactement des médecins dits « à part entière »,** définis comme les médecins n'ayant pas commencé ou terminé leur activité dans l'année et qui ont moins de 65 ans. C'est ce dernier critère qui est le plus important. Sont aussi exclus les médecins hospitaliers temps plein ayant un secteur privé mais ce critère, pertinent pour certaines spécialités, ne l'est pas pour les généralistes.

généraliste a en moyenne 1575 patients inscrits, et aux Pays-Bas 2300 pour un médecin exerçant à temps plein.

Les questions soulevées par cette situation sont davantage celles de l'organisation des soins primaires et des inégalités de répartition sur le territoire : malgré un effectif globalement suffisant, l'accessibilité aux médecins traitants devient aujourd'hui problématique dans certaines zones (rurales, mais aussi certaines zones urbaines).

Un indicateur construit par la DREES et l'IRDES, qui combine la notion de densité mais aussi de disponibilité du médecin (en fonction de son niveau d'activité), fait ainsi apparaître des écarts importants entre zones géographiques, écarts qui s'accentuent encore pour l'accès aux médecins les plus jeunes – ce qui préfigure une situation future plus difficile pour certaines zones.

Figure 6 - Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux et aux médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans



Source : DREES

1.2.2 L'OFFRE MEDICALE DANS LES PAYS DE L'ETUDE

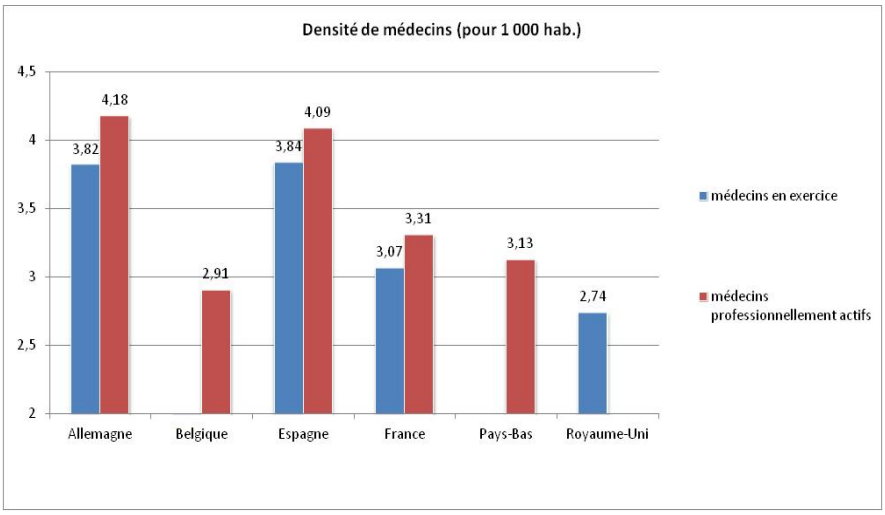
- ## Effectifs et densité

Trois pays sur les six (Allemagne, Espagne et France) fournissent deux séries d'effectifs dont les périmètres répondent à des définitions plus ou moins étendues, selon qu'elles incluent ou non les médecins qui ne dispensent pas directement de soins aux patients.[11]

[11] P=Practising (médecins en exercice dispensant des soins aux patients);

Effectif	Médecins en exercice (P)	Médecins professionnellement actifs (PA)
Allemagne	312 695	342 063
Belgique	32 182	
Espagne	179 267	191 233
France	199 920	215 531
Pays-Bas		52 295
Royaume-Uni	173 408	

Figure 7 - Densités de médecins, selon la définition de l'effectif, dans les pays de l'étude, 2011



Source : ONDPS sur données de la base OCDE (année 2011)

L'évolution des effectifs et des densités de médecins dans les pays étudiés ne peut donc être présentée, en toute rigueur, que de manière séquentielle selon les deux approches. **Si les tendances et la hiérarchie demeurent, les valeurs diffèrent de manière significative**.

PA=Professionally Active (médecins en activité dispensant des soins aux patients ou exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.)

Définition des médecins professionnellement actifs PA (la plus large) :

- Physicians who provide services directly to patients

- Physicians working in administration and management positions requiring a medical education

- Physicians conducting research into human disorders and illness and preventive and curative methods

- Physicians participating in the development and implementation of health promotion and public health laws and regulations

Figure 8 - Évolution des densités de médecins en exercice dans les pays de l'étude, 2005 - 2013

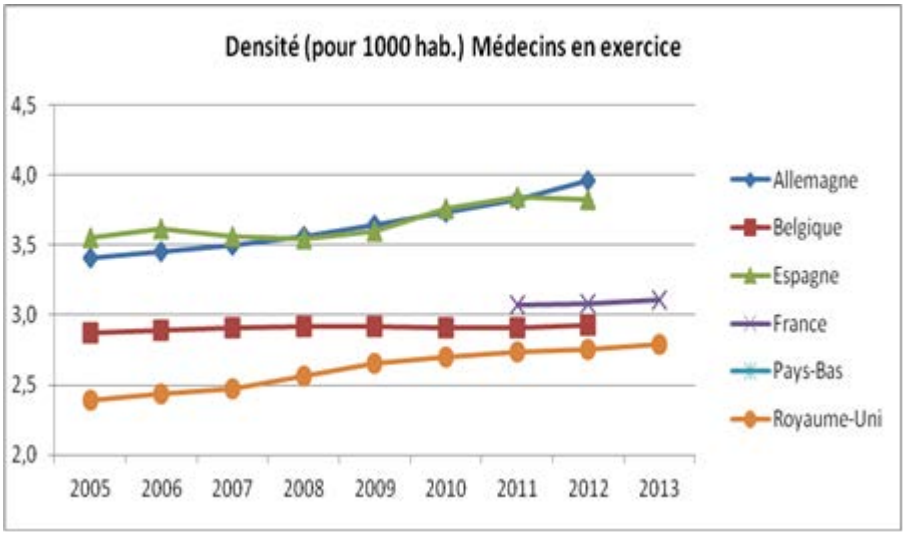
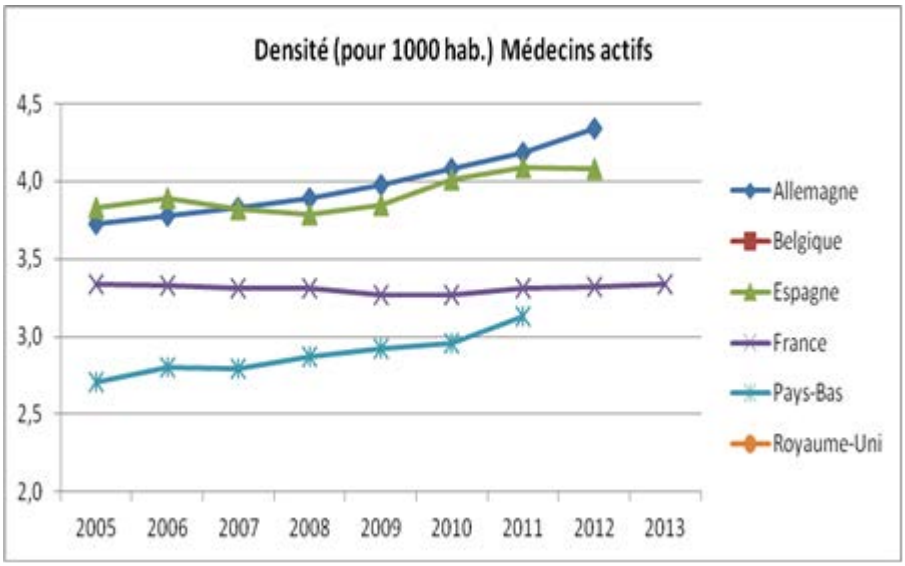


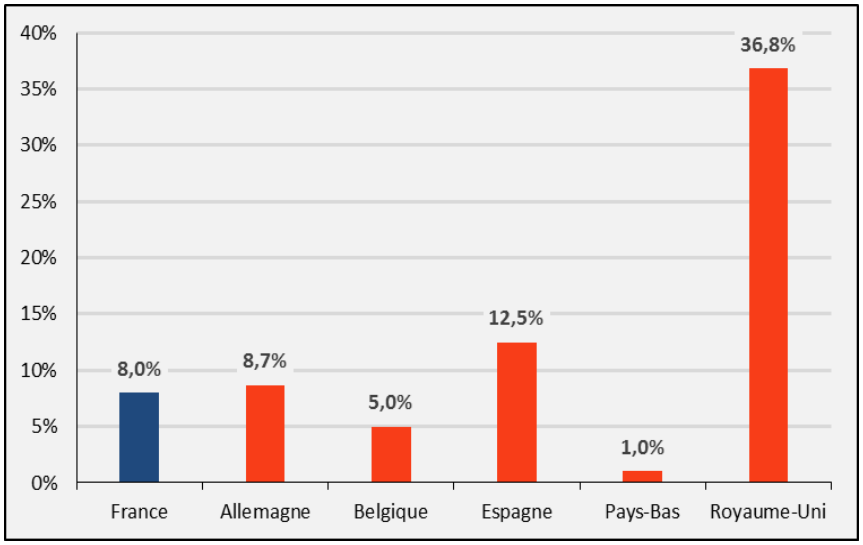
Figure 9 - Évolution des densités de médecins en exercice dans les pays de l'étude, 2005 - 2013



- ## La composante en diplômés à l'étranger

La part des médecins à diplôme étranger par pays ne semble pas corrélée à la densité médicale. Ainsi, les deux pays qui affichent la densité médicale la plus fiable, à savoir les Pays-Bas et le Royaume-Uni (respectivement 2,9 et 2,6 médecins pour 1 000 habitants) représentent les deux extrêmes en part de diplômés étrangers (1,0% contre 36,8%).

Figure 10 - Part des médecins à diplôme étranger par pays (toutes spécialités et tous modes d'exercice)



Sources : France : RPPS 2014; Allemagne : Associations des Médecins, 2013; Belgique : Statistiques annuelles des professionnels des soins de Santé en Belgique, 2014 ; Royaume-Uni : General Medical Council, The State of Medical Education and Practice in the UK, Report 2013 ; Espagne : Ministère de la Santé, "Supply and need for specialist doctors in Spain (2010-25)", Dec. 2011

**Pour la Belgique, proportion de médecins étrangers et non de médecins diplômés à l'étranger*

En France, il apparaît une nette différence selon qu'on observe les médecins généralistes ou les autres spécialistes, la part des diplômes étrangers étant beaucoup plus faible pour les MG (tant en flux de primo inscrits qu'en effectif-stock). De même, la part de diplômés étrangers est beaucoup plus importante chez les médecins ayant un statut de salarié.

Figure 11 - Part de médecins étrangers en France parmi les primo-inscrits et l'ensemble des médecins

	RPPS 2012	RPPS 2013	RPPS 2014	RPPS 2015
Part de diplôme principal étranger (EEE + hors EEE) parmi les primo-inscrits (flux)				
Médecins spécialistes	30,1%	26,8%	27,2%	**30,9%**
Médecins généralistes	11,0%	8,7%	9,4%	**9,5%**
Total	22,8%	19,6%	19,5%	**21,7%**
Part de diplôme principal étranger (EEE + hors EEE) parmi l'ensemble des médecins (stock)				
Médecins spécialistes	9,4%	10,1%	10,7%	**11,5%**
Médecins généralistes	3,5%	3,5%	3,6%	**3,7%**
Total	6,6%	7,0%	7,4%	**7,9%**

Figure 12 - Part de diplômés étrangers en France selon le secteur d'activité

Part de diplômés étrangers selon le secteur d'activité

Secteur d'activité	% diplômés ETR
Établissement public	7,7%
Etab. privé ESPIC	5,6%
Etab. privé lucratif	6,0%
Cabinet libéral	2,5%
Autres	2,7%
Total	3,6%

Part de diplômés étrangers selon le mode d'exercice

Mode d'exercice	% diplômés ETR
Libéral et mixte	2,5%
Salarié	5,6%
Total	3,6%

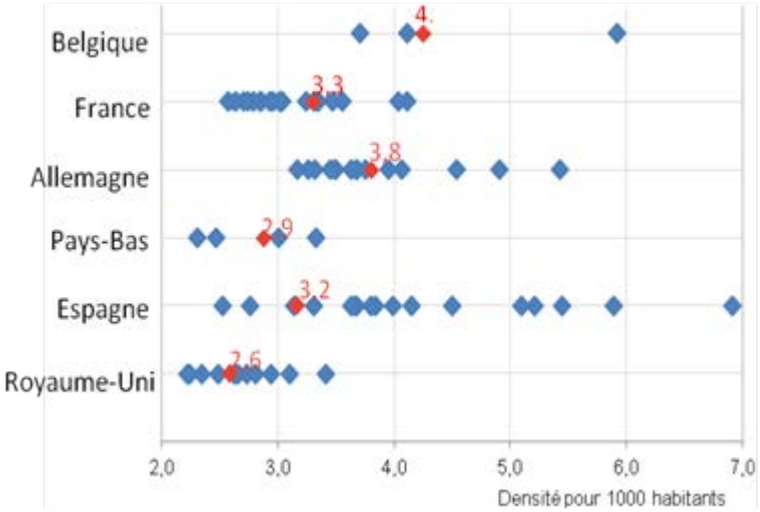
En outre, la composante à diplôme étranger présente un âge moyen inférieur.

- ## La dispersion interrégionale de la densité médicale

La dispersion interrégionale de la densité médicale décrit la capacité des dispositifs à réduire les disparités territoriales.

Si les pays se distinguent en ce qui concerne la répartition géographique de l'offre de soins, **il est intéressant de souligne que ce phénomène ne semble pas corrélé à la dispersion de densité de la population générale**.

Figure 13 - Densité de médecins par région de niveau territorial 2, 2011 (moyenne nationale indiquée en rouge)



Source OCDE

	effectif de référence	périmètre
Allemagne	312 695	P
Belgique	32 182	P
Espagne	179 267	P
France	215 531	PA
Pays-Bas	52 295	PA
Royaume-Uni	172 240	P

Au niveau régional, la France est l'un des pays dans lequel la variation interrégionale de densité médicale est la plus faible : elle va de 2,6 médecins pour 1 000 habitants en Picardie à 4,1 en PACA. Le Royaume-Uni affiche également une dispersion régionale faible de la densité de médecin, mais celle-ci est, dans la majorité des régions, inférieure à la moyenne nationale française.

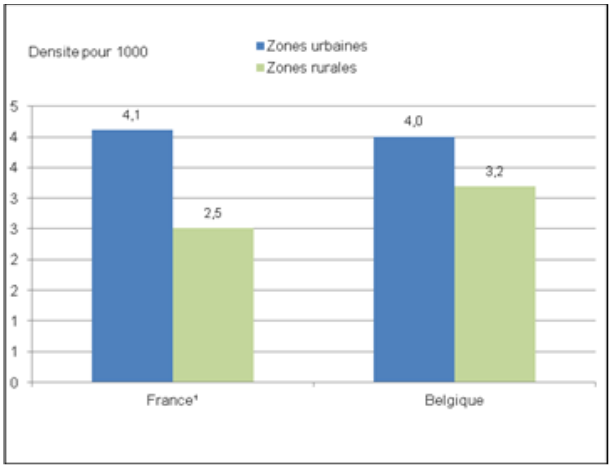
A l'inverse, l'Espagne, autre système très fortement régulé au niveau de la formation comme de l'installation, présente des écarts bien plus importants (de 2,5 dans les Canaries à 6,9 à Navarre). Ceci suggère que les Communautés Autonomes appliquent de façon contrastée les principes de régulation inscrits dans la loi nationale.

La dispersion régionale est également élevée en Allemagne, autre pays où le dispositif de régulation de l'installation des médecins, bien que conçu au niveau national, est appliqué de façon décentralisée au niveau des Länder.

- ### Zones urbaines et rurales

Les données ne sont disponibles que pour deux des pays de l'étude, la France et la Belgique

Figure 14 - Densité de médecins par type de zones (urbaines et rurales) pour la France et la Belgique



Dans les régions les plus peuplées, c'est-à-dire les centres urbains, les densités médicales sont les plus importantes. En revanche, les zones les moins densément peuplées sont aussi celles dans lesquels l'offre médicale est la plus rare.

• Effectifs et densités par spécialité

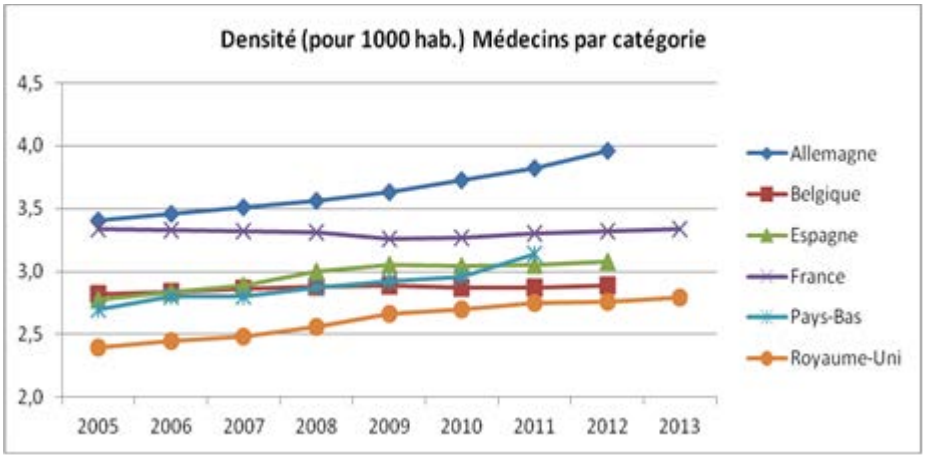
La répartition des médecins par groupe de spécialités et les densités correspondantes dans les différents pays sont disponibles dans la base de l'OCDE (« médecins par catégorie »).

Toutefois, les effectifs totaux répartis par groupe de spécialités ne sont pas homogènes d'un pays à l'autre. Le tableau ci-dessous montre la correspondance.

Figure 15 - Tableau de correspondance des effectifs totaux pour les pays de l'étude

Effectif	Médecins en exercice (P) (1)	Médecins professionnellement actifs (PA) (2)	Effectifs médecins retenus dans la répartition par spécialité (« médecins par catégorie ») (3)
Allemagne	312 695	342 063	312 695
Belgique	32 182		32 182
Espagne	179 267	191 233	**142 858**
France	**199 920**	**215 531**	**215 531**
Pays-Bas		52 295	52 295
Royaume-Uni	173 408		173 830

Figure 16 - Évolution de la densité de médecins par catégorie dans les pays de l'étude, 2005 - 2013



2011	Densité toutes spécialités
Allemagne	3,82
Belgique	2,87
Espagne	3,05
France	3,30
Pays-Bas	3,14
Royaume-Uni	2,75

Base OCDE « médecins par catégorie »

Ainsi, en ce qui concerne la France, l'effectif le plus large est retenu (effectif qui correspond à celui généralement présenté à partir de la base RPPS), alors que, pour l'Allemagne, c'est

l'effectif réduit. Quant à l'Espagne, l'effectif total de référence pour la répartition des spécialités est encore différent et très minoré [12].

En ce qui concerne la France, les données correspondent à celles issues du RPPS

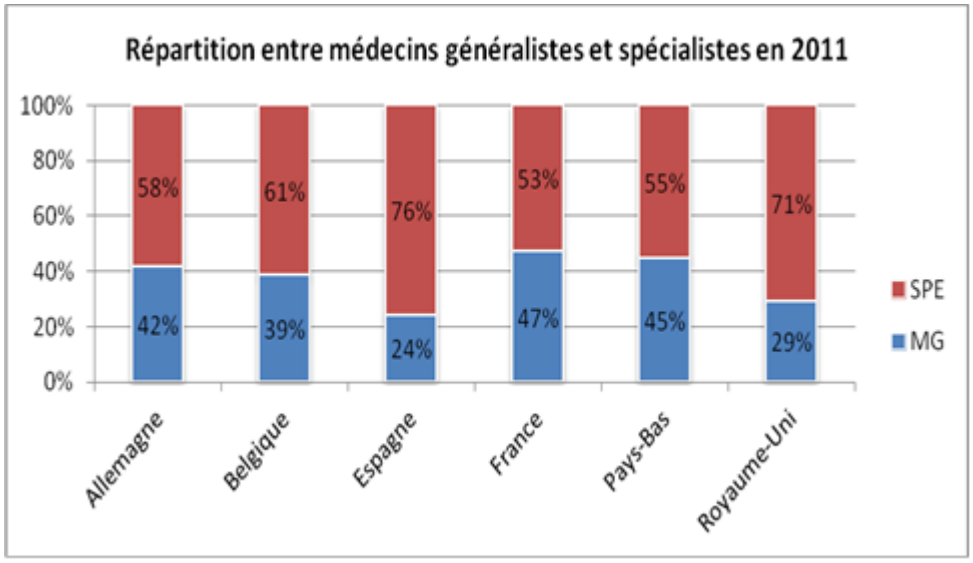
Figure 17 - Nombre de médecins par spécialité en France selon le RPPS et l'OCDE, 2012

	RPPS au 1er janvier 2012	OCDE (2011)
Génétique médicale	220	8 052
Gynécologie médicale	3 719	
Gynécologie-obstétrique	4 113	
Pédiatrie	7 450	7450
Psychiatrie	14 401	14 401
Médecine générale	101 896	101 896

Sous ces réserves importantes quant à la pertinence de la comparaison, les données disponibles sont les suivantes.

- ## Médecine générale/ autres spécialités : part relative et densité

Figure 18 - Répartition entre médecins généralistes et spécialistes dans les pays de l'étude, 2011



[12] Aucune indication dans la documentation de la base OCDE et de ses sources par pays n'a permis de comprendre la raison de cette minoration.

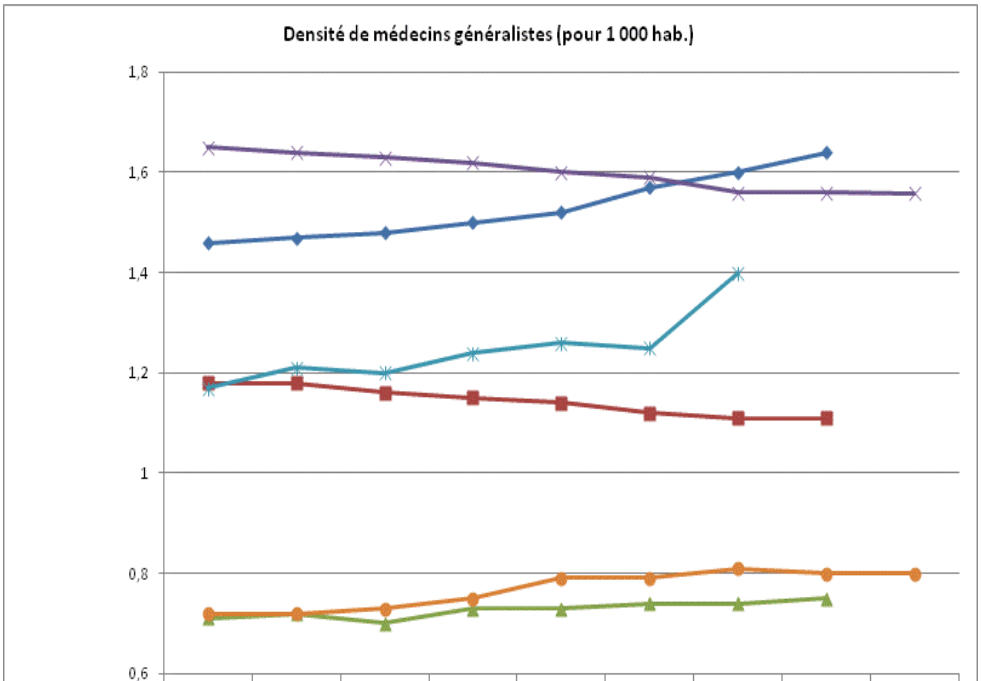
Commentaire extrait du rapport « Health at a glance 2013 » de l'OCDE.

L'équilibre entre généralistes et spécialistes a changé au cours des dernières décennies, le nombre de spécialistes ayant augmenté beaucoup plus rapidement que celui des généralistes. Bien que la recherche dans le domaine des services de santé souligne l'importance et l'efficience des soins primaires dispensés par les généralistes (Starfield et al. 2005), ces derniers ne représentent en moyenne, dans les pays de l'OCDE, que 30 % de l'ensemble des médecins.

En 2011, on dénombrait plus de deux spécialistes pour un généraliste. En particulier, les spécialistes sont beaucoup plus nombreux que les généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale, ainsi qu'en Grèce. Toutefois, certains pays, comme l'Australie, le Canada **et la France**, ont préservé un meilleur équilibre entre ces deux catégories. En Irlande, la plupart des médecins généralistes ne sont pas des médecins de famille, mais plutôt des médecins non spécialistes travaillant dans les hôpitaux ou dans d'autres structures. Dans certains pays tels que les États-Unis, les médecins qui exercent en médecine interne générale sont classés parmi les spécialistes, alors que leur activité peut être très proche de celle des médecins généralistes. De ce fait, la capacité de ces pays à fournir des soins de médecine générale est sous-estimée.

Comme on l'a vu précédemment dans la situation française, il serait en outre nécessaire de disposer d'analyses complémentaires, plus qualitatives, sur la relation entre l'effectif de médecins généralistes et leur pratique.

Figure 19 – Évolution des densités de médecins généralistes dans les pays de l'étude, 2005 - 2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Allemagne	1,46	1,47	1,48	1,5	1,52	1,57	1,60	1,64	
Belgique	1,18	1,18	1,16	1,15	1,14	1,12	1,11	1,11	
Espagne	0,71	0,72	0,7	0,73	0,73	0,74	0,74	0,75	
France	1,65	1,64	1,63	1,62	1,6	1,59	1,56	1,56	1,56
Pays-Bas	1,17	1,21	1,2	1,24	1,26	1,25	1,40		
Royaume-Uni	0,72	0,72	0,73	0,75	0,79	0,79	0,81	0,8	0,8

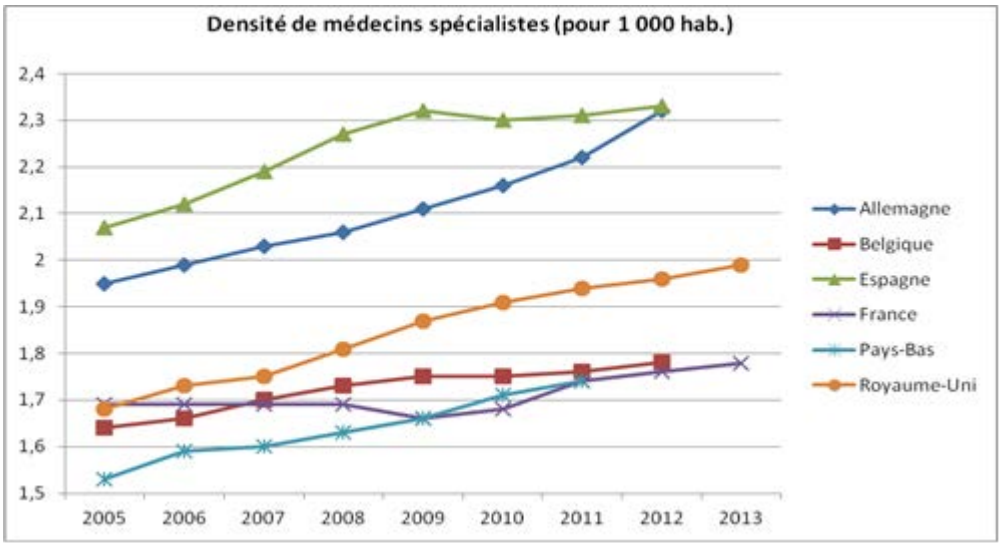
Cette répartition montre que le poids accordé par chaque pays aux groupes de spécialités est très variable : **il est remarquable que les deux pays qui disposent d'une offre directement organisée et gérée par la puissance publique (Angleterre et Espagne) avec une planification de l'offre de ville ont la proportion la plus faible de médecins généralistes, alors qu'on pouvait s'attendre à une situation inverse.**

Commentaire extrait du rapport « Le recours à l'hôpital en Europe » de la HAS, Mars 2009

Alors que les pays ayant un libre choix, introduisent progressivement des formes d'orientation, sur la base du volontariat et avec des incitations financières pour les patients qui le choisissent ou des sanctions financières pour ceux qui ne le choisissent pas (cas de la France dans le parcours de soins coordonnés), les pays ayant un système d'orientation rigide ont tendance à l'assouplir, notamment pour la prise en charge des malades chroniques. **L'observatoire européen sur les politiques et les systèmes de santé [13] signale toutefois un paradoxe, puisque dans les systèmes qui ont voulu rendre l'échelon des soins primaires puissant, notamment par la mise en place d'un fort système d'orientation, ce niveau de soins reste relativement faible et peu attractif. Il est alors régulièrement contourné.**

- ## Autres spécialistes

Figure 20 - Évolution des densités de médecins spécialistes dans les pays de l'étude,2005 - 2013



L'Espagne présente à la fois la plus faible densité de MG et la plus forte densité d'autres spécialistes, phénomène qui mériterait d'être éclairé par une analyse des actes réellement

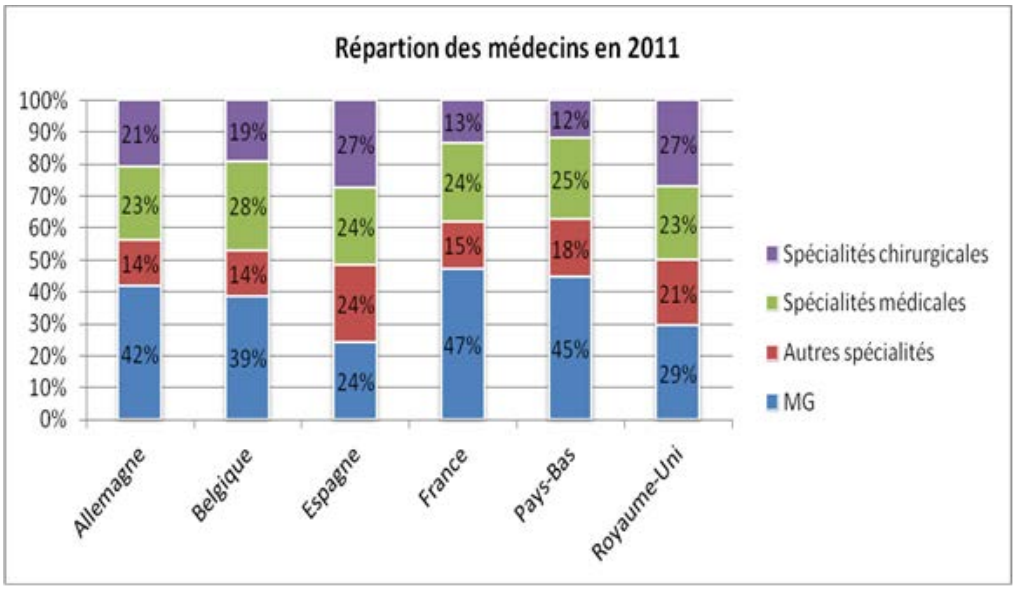
[13] European Observatory on Health Care Systems and Policies. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Brussels: WHO, European Centre for Health Policy; 2006.

pratiqués par les uns et les autres, la ligne de démarcation étant possiblement différente selon les pays.

Ce problème se pose de la même façon dans le développement ci-dessous.

- ### Spécialités regroupées : importance relative

Figure 21 - Répartition des médecins selon les spécialités dans les pays de l'étude, 2011



- ## Vieillissement et féminisation

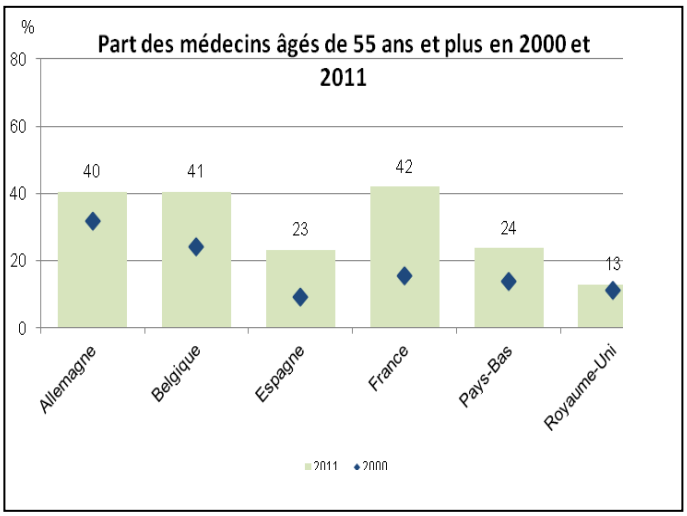
Pour ces deux entrées, la base OCDE se réfère à des effectifs totaux hétérogènes[14] :

	effectif de référence	périmètre
Allemagne	312 695	**P**
Belgique	32 182	**P**
Espagne	179 267	**P**
France	215 531	**PA**
Pays-Bas	52 295	**PA**
Royaume-Uni	172 240	**P**

[14] P=Practising (médecins en exercice dispensant des soins aux patients);
PA=Professionally Active (médecins en activité dispensant des soins aux patients ou exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc).

Vieillissement

Figure 22 - Part des médecins âgés de 55 ans et plus dans les pays de l'étude, en 2000 et 2011



En matière de vieillissement du corps médical, la France apparaît comme le pays le plus problématique, avec une évolution en dix ans beaucoup plus forte que dans les autres pays.

Sur les 4 dernières années, en France, l'âge moyen des MG augmente davantage que celui des autres spécialistes ; les médecins à diplôme étranger présentent un âge moyen inférieur.

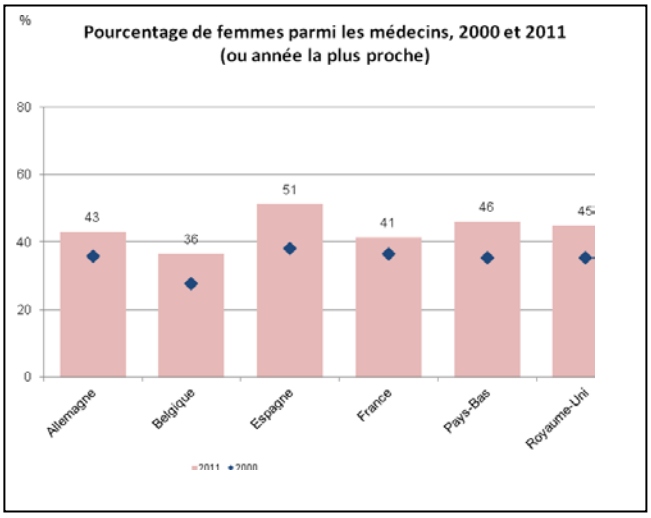
Figure 23 – Age moyen MG/autres spécialistes en France (selon nationalité du diplôme)

Age moyen	RPPS 2012	RPPS 2013	RPPS 2014	RPPS 2015
Médecins spécialistes	**51,02**	**51,19**	**51,34**	**51,32**
Français	51,41	51,60	51,76	51,77
EEE	45,02	45,19	45,48	45,74
Hors-EEE	49,35	49,88	50,30	50,25
Médecins généralistes	**51,04**	**51,35**	**51,59**	**51,61**
Français	51,10	51,40	51,63	51,65
EEE	47,22	48,00	48,46	49,07
Hors-EEE	51,85	52,44	52,70	52,74
Total	**51,03**	**51,26**	**51,46**	**51,46**
Français	51,26	51,51	51,70	51,71
EEE	45,61	45,91	46,23	46,54
Hors-EEE	49,89	50,40	50,76	50,71

Source : RPPS 2012 – 2015

- **Féminisation**

Figure 24 - Pourcentage de femmes parmi les médecins dans les pays de l'étude, en 2000 et 2011 (ou année la plus proche)



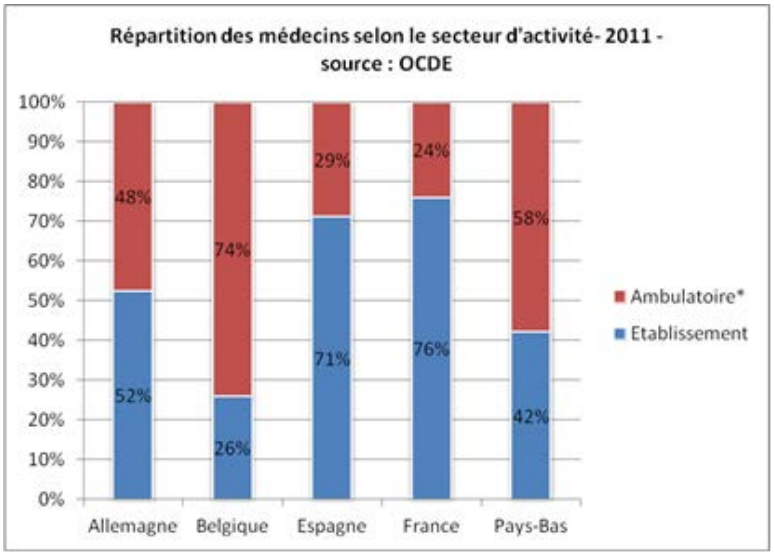
• Le secteur ambulatoire ou de ville

Pour cette étude, à savoir l'analyse des dispositifs d'installation des médecins en ville et des mécanismes plus ou moins incitatifs et/ou coercitifs destinés à garantir un accès aux soins équitable et suffisant, il semble absolument nécessaire de pouvoir cerner et quantifier les spécialités qui se pratiquent en ambulatoire et en établissements de santé –et dans quelle proportion- dans les différents pays

Les statistiques de l'OCDE ne comportent pas cet item. Le solde entre l'effectif total et l'effectif exerçant en établissements aurait pu cependant permettre de cerner le champ de l'étude (sans le Royaume Uni qui n'est pas renseigné) **: cette approche n'a pas pu être retenue.**

En effet, les effectifs de médecins exerçant en établissements sont définis comme étant « le nombre de personnes » (Head count), une fois rapportés aux effectifs totaux de médecins, produit des répartitions entre les deux secteurs d'activité qui semblent aberrantes. Le cas de la France a donc été regardé dans les documents méthodologiques liés à la Base OCDE.

Figure 25 - Répartition des médecins selon le secteur d'activité dans les pays de l'étude, 2011



Source : ONDPS à partir des effectifs de la base l'OCDE

Ces données présentent **pour la France un effectif de 163 604 médecins en exercice en établissements** (« en nombre de personnes »).

Figure 26 - Les données de la base de l'OCDE pour 2011

Variable		Unités	Pays			
Emploi à l'hôpital	Médecins employés en hôpitaux	**Nombre de personnes (effectifs)**	Allemagne	164 000	312 695	52,4%
			Belgique	8 292	31 782	26,1%
			Espagne	101 712	142 858	71,2%
			France	**163 604**	215 531	75,9%
			Pays-Bas	22 088	52 295	42,2%

En réalité, le chiffre de 163 604 médecins en France provient de la statistique annuelle des établissements (SAE) qui, elle, comptabilise non pas les personnes, mais les « emplois » (à temps partiel ou en ETP pour les seuls salariés), **chaque médecin pouvant exercer un emploi dans plusieurs établissements : dans ce cas, chacun de ses emplois est comptabilisé.**

Dans la base de l'OCDE, Les internes sont déduits, mais les pharmaciens et les odontologistes sont inclus.

A titre indicatif, pour mieux faire comprendre la complexité de ces chiffres, on pouvait dénombrer en France en 2014 : **71 894** médecins exerçant à titre principal dans les établissements et **95 498** ayant une activité dans un établissement (source RPPS) d'une part, **143 649** « emplois » au sens défini ci-dessus (une fois déduits les pharmaciens et les odontologistes) dans la SAE d'autre part.

Les recherches effectuées lors de l'étude ont permis d'identifier peu de données supplémentaires. Selon l'Association des Médecins en Allemagne (2014), on y compte 145 900 médecins en ville en 2013, contre 181 000 médecins en établissements de santé.

En revanche, **concernant plus précisément l'organisation de la médecine de ville et des soins primaires en Europe**, une étude internationale[15] de l'organisme néerlandais NIVEL publiée en 2012 montrait la situation suivante.

Figure 27 – Intensité de l'organisation des soins primaires

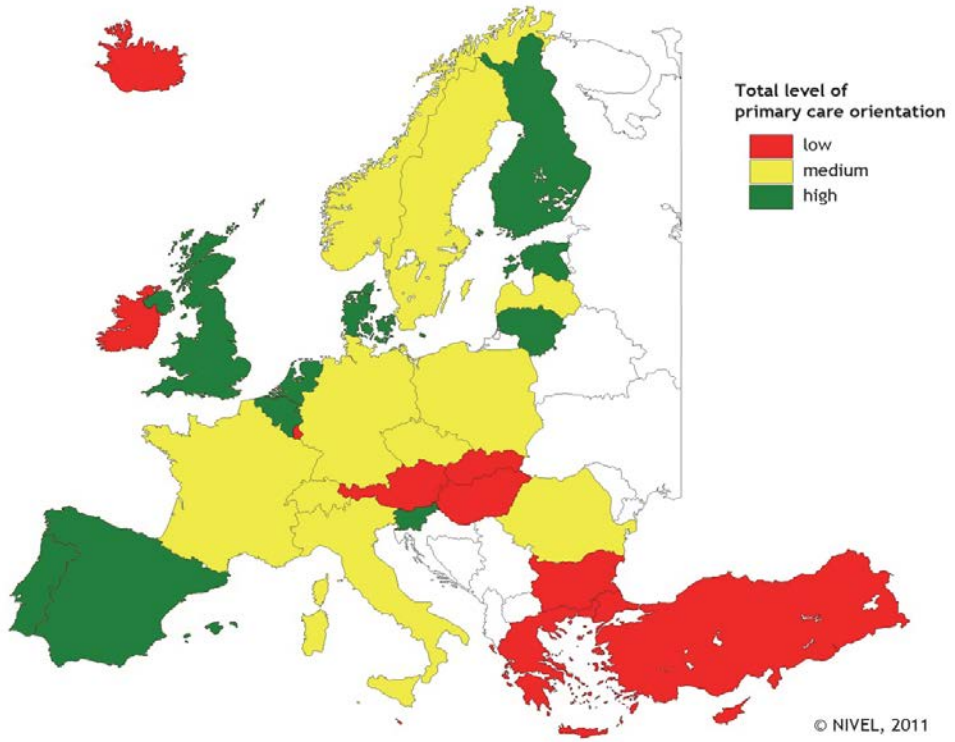


Figure shows the strength of countries' PC structure. Countries with a relatively strong PC structure, considering all 3 dimensions (Governance, Economic conditions, and Workforce development) are Denmark, Finland, Italy, the Netherlands, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, and the United Kingdom. France, Sweden, and Turkey have a consistent relatively medium PC structure. Countries with a relatively weak PC structure considering all 3 dimensions are Bulgaria, Cyprus, Czech Republic, Greece, Iceland, Luxembourg, Poland, and Slovakia. The most inconsistent scores on the 3 dimensions of PC structure are shown in Estonia, Norway, and Switzerland.

[15] The strength of primary care in Europe
http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf

Figure 28 - Synthèse des situations d'offre de médecins des pays de l'étude

Pays	Répartition géographique	Répartition entre spécialités
Allemagne	Inégale, mais pas de véritable « désert médical »	Pénurie de généraliste à venir
Belgique	166 communes souffrent de « faible densité médicale »	Pénurie de généralistes
Espagne	Pas de problème signalé	Pas de problème signalé
Pays-Bas	Pas de problème signalé	Pas de problème signalé
Royaume-Uni	Pas de problème signalé	Pénurie de généralistes actuelle, surplus de spécialistes à venir

Source : Frontier Economics/Ylios à partir d'études nationales

PARTIE 2 : DROIT D'EXERCICE ET CONDITIONS D'INSTALLATION

2.1 En France

2.2 Dans les cinq autres pays

2.1 En France

- **Un cadre libéral et conventionnel**

La charte établie en 1927 par les premiers syndicats de médecin a posé les principes de la médecine libérale, à savoir la liberté totale d'installation, la liberté de prescription, le secret professionnel et la liberté de fixation des tarifs par entente directe entre le médecin et le patient. Seul, ce dernier a évolué avec l'émergence progressive d'un cadre conventionnel à partir de 1945, avec la création de l'assurance maladie obligatoire.

Il convient de distinguer le droit d'exercer, le droit de s'installer, enfin le droit d'être conventionné avec l'assurance maladie.

L'autorisation d'exercer en France est octroyée par l'Ordre des médecins sous trois conditions[16] :

- La détention d'un diplôme reconnu par le Code de la Santé Publique[17] ;
- Une condition de nationalité[18] ;
- L'inscription à un tableau de l'ordre des médecins.

Le droit de s'installer :

En pratique, le médecin souhaitant s'installer en ville s'inscrit auprès de l'ordre départemental des médecins correspondant, lequel s'assure qu'il remplit les conditions de diplômes et de nationalité en vigueur. L'inscription à l'ordre départemental dépend uniquement de ces deux conditions, et n'est pas liée au nombre de médecins préalablement inscrits, à la spécialisation du médecin ou à la localisation choisie au sein du département.

[16] Code de la santé publique, L. 4111-1
[17] Selon les dispositions de l'article L4131-1 du Code de la Santé Publique
[18] Plus précisément, « nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre » (Code de la Santé Publique, L.4111-1)

Le conventionnement automatique :

D'abord départementale, puis nationale à partir de 1971 (loi du 3 juillet), la convention fixe notamment les tarifs opposables des actes (consultations et actes techniques dont la liste et la hiérarchisation sont établies par l'Etat dans une nomenclature[19]), c'est-à-dire les tarifs à partir desquels sont calculés les remboursements versés aux assurés qui, par ailleurs, acquittent un ticket modérateur (30% pour les honoraires médicaux). ***Le conventionnement est automatique dès lors que le médecin, inscrit à l'ordre, en fait la demande.***

Des conventions nationales ont également été conclues avec les autres professions de santé (les infirmiers en 1972, les chirurgiens-dentistes en 1975 etc.).

En 1980, un secteur 2 est créé pour la médecine libérale, qui autorise les dépassements au-delà des tarifs opposables, restreint à certaines catégories en 1990 en raison de son succès.

L'accès au régime conventionnel est également libre en France. Il est régi par une convention nationale qui organise les rapports entre médecins libéraux et l'assurance maladie[20].

Celle-ci s'applique

« - d'une part aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre national et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient lorsque celui-ci est dans l'incapacité de se déplacer.

- d'autre part aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire »

L'accès au conventionnement requiert uniquement l'inscription au tableau de l'Ordre national des médecins. En particulier, il n'est pas tenu compte de la spécialisation du médecin ou du lieu d'exercice envisagé.

Une seule et même convention nationale s'applique en outre à l'ensemble des médecins ayant choisi le régime conventionnel sur le territoire national. Un changement de lieu d'installation ne vient pas remettre en cause le conventionnement du médecin.

En pratique, le médecin souhaitant s'installer en ville se déclare et s'enregistre auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département correspondant, après s'être inscrit à l'ordre départemental des médecins.

- **Une régulation qui s'exerce en amont sur les flux d'étudiants et, en aval, par des incitatifs de plus en plus nombreux**

[19] La NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) définit la liste des actes remboursables, leur attribue des lettres clefs par nature de prestation et les hiérarchise par l'octroi de coefficients. La convention fixe en fait la valeur monétaire des lettres clefs. Pour les actes techniques, elle a été remplacée par la CCAM (classification commune des actes médicaux)

[20] La convention qui s'applique actuellement est la « convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie » signée le 26 juillet 2011, ci-après « Convention nationale »

En France, la régulation démographique des professionnels de santé s'exerce essentiellement par la détermination du nombre d'étudiants à former : **le premier instrument en est le numerus clausus qui, dans chaque filière, fixe le nombre de places offertes** à l'entrée en seconde année d'études après le baccalauréat, et ce, par unité de formation et de recherche (UFR). Le taux de réussite des candidats inscrits au concours de la filière médecine était d'environ 19% en 2011, année de mise en place de la PACES qui rassemble 4 filières (médecine, pharmacie, odontologie te maïeutique).

Le premier numerus clausus pour les études médicales, arrêté en octobre 1971 en application d'une loi votée quelques semaines plus tôt, fixait à 8 588 le « nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers […] » pour l'année universitaire 1974-1975.

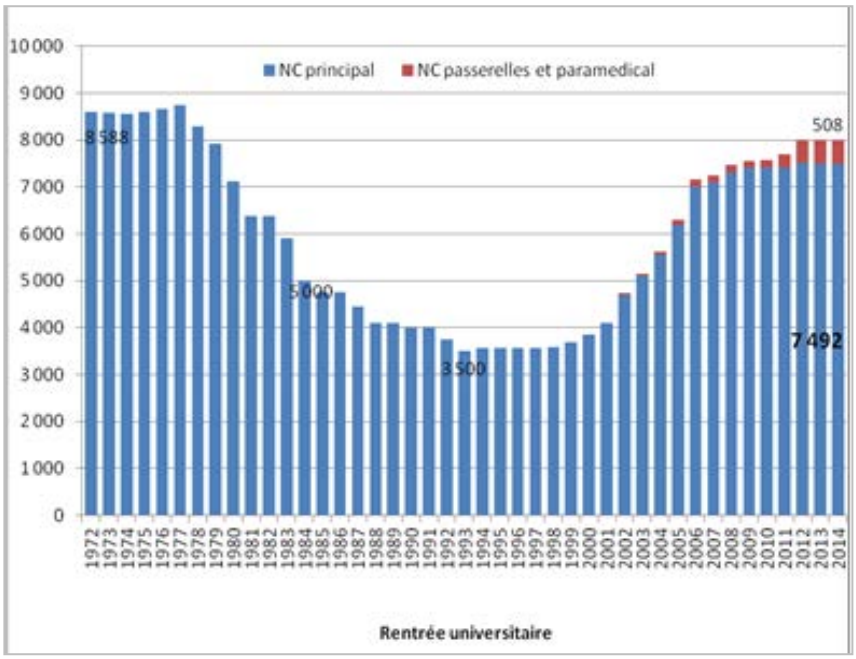
L'objectif affiché est celui d'une adaptation du nombre d'étudiants aux capacités d'accueil hospitalières, même si cette démarche répond surtout au souci d'optimiser la couverture des besoins de santé de la population dans un contexte de ressource rare, selon une problématique apparue dans les années 70 après une période de très forte croissance du nombre de professionnels de santé et, concomitamment, des dépenses d'assurance maladie.

Quelque 40 ans plus tard, les objectifs du numerus clausus relatif aux trois professions médicales et aux pharmaciens sont à la fois plus nombreux et plus ambitieux : **« ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés**. » (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011).

Une récente étude de l'ONDPS[21] a montré les évolutions historiques du NC et mis en évidence une gestion en dents de scie de ce dispositif, sans rapport avec l'évolution prévisible de la population générale, ni avec la démographie projetée des médecins.

[21] Rapport 2013-2014 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_incluses.pdf

Figure 29 – Evolution du numerus clausus de médecine



Source ONDPS

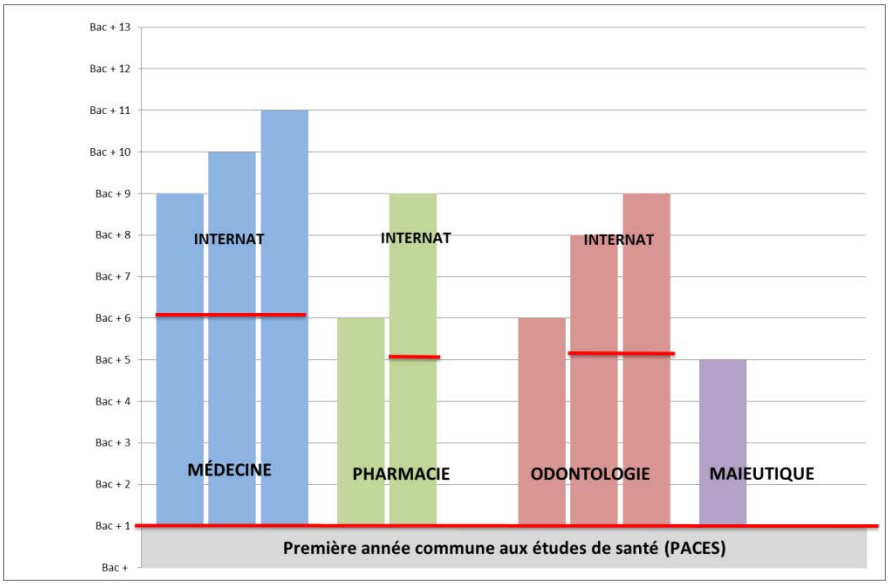
En médecine, un second stade de régulation se situe en fin de second cycle, soit 6 ans après le baccalauréat et 5 ans après le concours de fin de PACES. A ce stade, il n'y a plus de sélection, **la régulation s'opérant uniquement sur la répartition des postes d'internes entre spécialités et entre UFR**.

Les dispositions réglementaires quant à l'organisation du troisième cycle des études médicales prévoient que l'ouverture de postes d'internat tient compte « des besoins de santé de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, ainsi que des capacités de formation des centres hospitaliers universitaires, des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés participant au service public et liés à ces centres par convention, des organismes agréés extrahospitaliers et des laboratoires agréés de recherche. » [22]

Dans ce contexte, une réforme importante a consisté, ***en 2004, à mettre en place les épreuves classantes nationales (ECN)*** *qui permettent aux étudiants ayant validé leur second cycle et ayant passé les épreuves, de choisir un poste d'interne France entière dans la spécialité de leur choix, en fonction de leur rang de classement. Par ailleurs,* ***en 2010 est intervenue une seconde réforme (appelée « filiarisation »)*** *qui ouvre les postes pour chacune des spécialités alors qu'avant, un regroupement était opéré pour nombre de spécialités.*

[22] Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, article 4

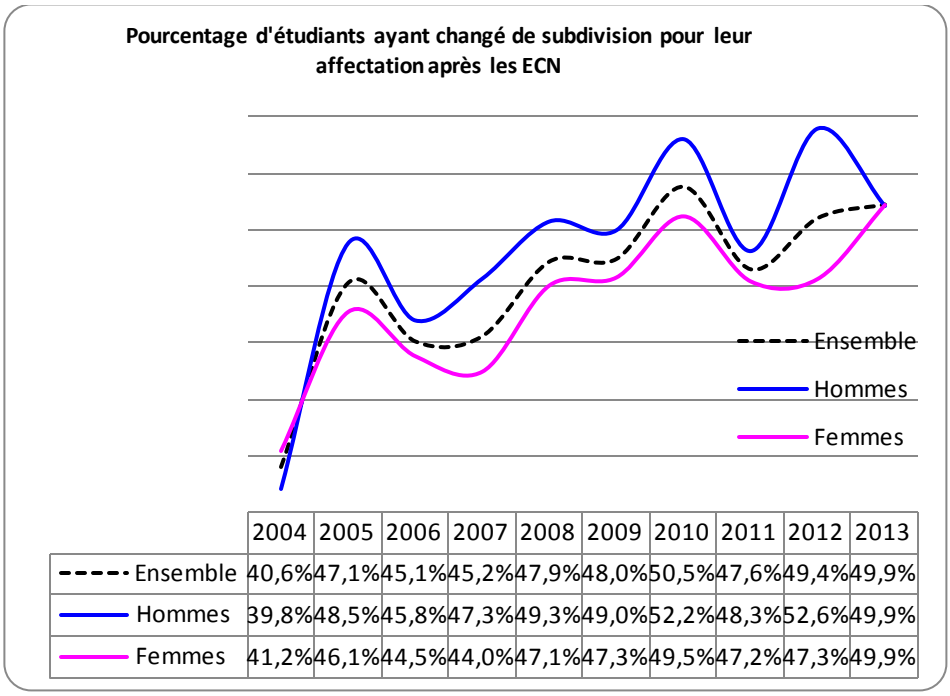
Figure 30 - Organisation des études et régulation des quatre professions



Source : ONDPS

Le choix des postes à l'issue des ECN entraîne une mobilité géographique très importante (de l'ordre de 50%) et en croissance[23], ce qui relativise les effets du NC régionalisé sur l'implantation géographique des médecins à l'installation.

Figure 31 – Pourcentage d'étudiants ayant changé de subdivision pour leur affectation après les ECN



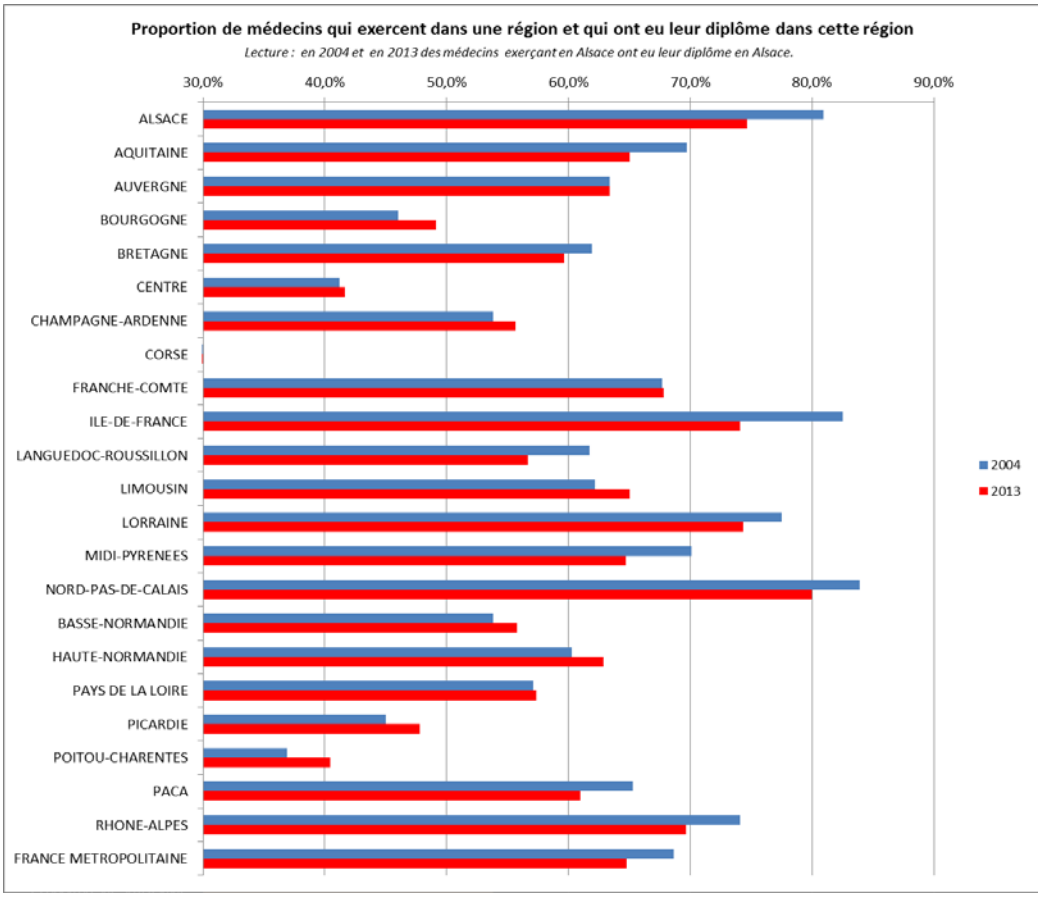
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	40,6%	47,1%	45,1%	45,2%	47,9%	48,0%	50,5%	47,6%	49,4%	49,9%
Hommes	39,8%	48,5%	45,8%	47,3%	49,3%	49,0%	52,2%	48,3%	52,6%	49,9%
Femmes	41,2%	46,1%	44,5%	44,0%	47,1%	47,3%	49,5%	47,2%	47,3%	49,9%

[23] Données CNG – Traitement DREES

La fidélité des médecins en activité à leur lieu d'obtention du diplôme est mesurable via les informations enregistrées par l'Ordre des médecins (lequel alimente le RPPS).

- la comparaison possible avec 2004 montre en premier lieu que **le taux de fidélité a tendance à diminuer ;**
- ce taux est **plus élevé chez les médecins généralistes** que chez les autres spécialistes ;
- il varie fortement d'une région à l'autre : de 80 % en Nord-Pas-de Calais à 40 % en Poitou-Charentes.

Figure 32 – Proportion de médecins qui exercent dans une région et qui ont eu leur diplôme dans cette région



Quant à l'efficacité de ce levier sur la répartition des postes entre spécialités, il est puissant, même si dans certaines spécialités, dont la médecine générale, tous les postes ouverts ne sont

pas pourvus[24] Les pouvoirs publics ont ainsi fixé près de la moitié des postes en médecine générale depuis de nombreuses années.

Les ECN depuis 2011

Disciplines et spécialités	2011			2012			2013			2014		
	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'inadéquation	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'inadéquation	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'inadéquation	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'inadéquation
Médecine générale	**3961**	**3327**	**84 %**	**3 601**	**3 420**	**95%**	**3870**	**3677**	**95%**	**3860**	**3645**	**94%**
Part de la MG	**52%**	**48%**		**48%**	**47%**		**49%**	**48%**		**47%**	**46%**	
Anesthésie - Réanimation médicale	383	383	100 %	411	411	100%	417	417	100%	435	435	100%
Biologie médicale	88	88	100 %	101	101	100%	97	97	100%	120	112	**93%**
Gynécologie médicale	30	30	100 %	30	30	100%	41	41	100%	48	48	100%
Gynécologie-obstétrique	200	200	100 %	206	206	100%	210	210	100%	214	214	100%
Médecine du travail	124	84	68 %	153	100	65%	170	109	64%	177	117	**66%**
Pédiatrie	297	297	100 %	302	302	100%	300	300	100%	323	323	100%
Psychiatrie	465	465	100 %	500	494	99%	515	503	98%	529	506	**96%**
Santé publique	87	75	86 %	91	76	84%	90	76	84%	96	72	**75%**
Spécialités chirurgicales regroupées	**634**	**634**	**100 %**	**661**	**661**	**100%**	**657**	**657**	**100%**	**696**	**696**	**100%**
Spécialités médicales regroupées	**1357**	**1357**	**100 %**	**1 508**	**1 508**	**100%**	**1536**	**1536**	**100%**	**1692**	**1692**	**100%**
Ensemble des spécialités	**7626**	**6940**	**91 %**	**7 564**	**7 309**	**97%**	**7903**	**7623**	**96%**	**8190**	**7860**	**96%**

Source : ONDPS à partir de la base de données du CNG

En 2011, un dispositif de **Contrats d'Engagement de Service Public (CESP)** a été introduit, créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », qui incite financièrement les étudiants à choisir un poste d'interne dans une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

L'engagement porte sur une durée équivalente à la durée pendant laquelle le bénéficiaire a perçu l'allocation mensuelle prévue par le contrat[25]. En 2013, en cumul, 591 CESP ont été signés (57 dont 79% en MG et 97 en 2014 dont 71% en MG, source CNG, base ECN 2013).
Selon le ministère, 1 500 contrats devraient progressivement ouverts d'ici 2017.

[24] En effet, si le nombre de postes ouverts est égal au nombre d'étudiants ayant passé les épreuves et validé leur second cycle, certains d'entre eux redoublent pour obtenir un meilleur choix l'année suivante ce qui conduit à un solde de postes non pourvus.
[25] Article 46 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, créant l'article L.632-6 du code de l'éducation. Décret d'application du 29 juin 2010.

La régulation des médecins à former en France comporte donc deux outils principaux, le numerus clausus qui régule les effectifs et les ECN qui fixent leur répartition par spécialité. Si le numerus clausus semble en principe à même de garantir une densité médicale globale suffisante, dans la pratique il a été géré en dents de scie, sans lien avec l'évolution prévisible de la population générale, ni avec la démographie projetée des médecins. La capacité des ECN à orienter la répartition des médecins par spécialité et sur le territoire ne peut, quant à elle, éliminer totalement le caractère plus ou moins attractif de certaines spécialités ou régions.

Les dispositifs incitatifs tels que le CESP peuvent venir renforcer utilement l'efficacité des dispositifs de planification, mais, à ce jour, ils demeurent assez peu nombreux et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.

- ### Une préoccupation centrale en France : encourager la médecine générale et l'organisation des soins primaires

Les précédents développements ont mis en évidence qu'une des préoccupations centrales des Pouvoirs publics depuis une grosse dizaine d'années est moins d'ordre quantitatif qu'organisationnel, ce qui s'est traduit par des mesures successives, relatives notamment au parcours du patient (parcours de soins coordonnés et institution du médecin traitant en 2004), ainsi qu'à l'élaboration obligatoire de SROS ambulatoires et la fixation de territoires de santé sous la responsabilité des ARS nouvellement créées qui gèrent les deux secteurs de ville et hospitalier (2009), **ces deux volets de la loi HPST ayant pour objectif de réduire les déserts médicaux (définis de manière très fine) et de formaliser un niveau de soins primaires en ambulatoire** dont le médecin généraliste soit le pivot.

Des dispositifs incitatifs préexistaient, introduits en particulier par la **loi n° 2005-157 du 23 février 2005** relative au développement des territoires ruraux qui a rendu possible la mise en place de dispositifs incitants à l'installation de médecins de ville dans des territoires dans lesquels un « déficit en matière d'offre de soins »[26] est constaté.

[26] Art. L. 1511-8. - I.

Cette possibilité introduite par la loi a donné lieu à la mise en place de plusieurs dispositifs d'incitation disponibles à l'échelle nationale. Ainsi, au sein de la Convention nationale, les options Démographie et Santé solidarité territoriale sont proposées aux médecins exerçant dans toutes les zones définies comme déficitaires par les Agences Régionales de Santé depuis le 1er trimestre 2012[27]. Ces options confèrent des avantages financiers aux médecins y ayant adhéré, en contrepartie d'engagements de continuité et de permanence des soins. En 2012, 972 et 15 adhésions ont aux options Démographie et Santé solidarité (respectivement) été répertoriées.

Des prolongements ont vu le jour dans le projet de **loi Stratégie nationale de santé,** en particulier avec la création d'une équipe de soins primaires[28], définie comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours (…) contribue à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 des usagers. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».*

Ces transformations institutionnelles importantes et successives s'accompagnent de mesures nationales ou locales, concrètes et incitatives, qui ont pour vocation d'orienter vers la spécialité de médecine générale et/ou de promouvoir l'installation dans des zones jugées sous-denses par l'octroi d'une aide financière aux médecins. **Ces dispositifs qui doivent impacter la primo-installation, n'imposent que des engagements d'assez courte durée. Le recul n'est pas suffisant pour savoir si les médecins qui les ont choisis continueront de pratiquer au même endroit. En outre, leur nombre demeure pour l'instant très modeste rapporté aux effectifs totaux.**

Outre les contrats d'engagement de service public évoqués plus haut (régulation étudiants), d'autres dispositifs ont été créés comme celui des PTMG (praticiens territoriaux de médecine générale) qui s'adresse aux médecins souhaitant s'installer (ou déjà installés depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral.

Les conditions requises : être inscrit à un ordre départemental depuis moins d'un an pour un exercice en clientèle privée, être installé ou s'installer – pour tout ou partie de l'activité – dans

[27] Convention médicale 26 juillet 2011, sous-titre 1, Articles 1 et 2

[28] L'article 12 du projet initial prévoyait un service de santé au public : de nombreux amendements ont été déposés sur cet article dont celui du Gouvernement auquel il est fait référence ci-dessus.

un territoire prioritaire (zone fragile, zone urbaine sensible, ou zone de vigilance), assurer au moins 165 consultations par mois, pratiquer les tarifs de secteur I remboursés par l'assurance maladie et participer à la permanence des soins ambulatoire.

En contrepartie, les avantages financiers sont résumés ci-dessous :

En tant que praticien territorial de médecine générale, la rémunération mensuelle garantie est de 6 900 € brut – avant déduction des charges sociales et des charges du cabinet –* ***pendant le contrat, d'une durée d'un an renouvelable une fois.*** *Ce montant de 6 900 €* brut correspond au chiffre d'affaires réalisé par les 165 consultations mensuelles à 23 € (soit 3 795 €) complété d'une rémunération versée pour parvenir à 6 900 € brut – si tant est que ce montant ne soit pas atteint par l'activité.*

Ce dispositif instauré dans le cadre du **pacte territoire santé présenté fin 2012 a donné lieu à 180 contrats signés en 2013 et 200 supplémentaires en 2014.**

Aux incitatifs décidés au niveau national s'ajoutent des initiatives locales, par exemple celle annoncée par la ville de Paris.

À Paris, la municipalité lance ce 9 mars 2015 son dispositif "Paris Med" censé favoriser l'installation des médecins et paramédicaux en secteur 1 et en exercice regroupé. "D'ici 2020, certains arrondissements pourraient perdre près de la moitié de leurs professionnels de santé en secteur 1", rappelle-t-elle par communiqué. L'objectif est de "lever tous les obstacles fonciers à l'installation (…) par un accès facilité à des locaux aménagés et abordables". Paris va ainsi allouer une subvention d'investissement pouvant aller jusqu'à 15 000 euros par professionnel aux cabinets de santé s'implantant en zones déficitaires, "afin de financer une partie des travaux d'aménagement et/ou d'équipement selon l'état initial des locaux identifiés". En contrepartie, les professionnels s'engagent à y rester trois ans minimum et à exercer en secteur 1.

Ainsi, sans remettre en cause la liberté d'accès à l'exercice, à l'installation et au conventionnement, le cadre réglementaire est doté de dispositifs incitatifs visant à orienter les choix des médecins, et notamment à favoriser l'installation de médecins généralistes dans des territoires peu attractifs. Si nombre de ces dispositifs reposent sur des incitations financières, ils cherchent également à transformer les modes d'exercice, vers un exercice plus regroupé, afin de renforcer structurellement l'attractivité de l'installation.

2.2 Dans les cinq autres pays

- ### Deux modèles d'organisation

Il existe deux modèles d'organisation du système de santé et de protection sociale, créés progressivement à partir de la fin du 19ème siècle, qui, malgré des évolutions fréquentes et parfois profondes, constituent le contexte dans lequel s'insèrent les dispositifs nationaux de régulation et d'installation des médecins de ville :

- d'une part, les modèles dits « publics » d'inspiration Beveridigienne, dans lesquels la médecine de ville est directement organisée par la puissance publique ; c'est le cas du Royaume uni et de l'Espagne.
- d'autre part, les modèles dits « assurantiels » d'inspiration Bismarckienne, qui reposent sur un principe de conventionnement des médecins par des assurances, publiques ou privées et qui donnent une certaine liberté d'installation ; c'est le cas de l'Allemagne, de la Belgique, des Pays-Bas et bien entendu de la France.

- ### Des niveaux décisionnels plus moins centralisés

L'appartenance à l'une de ces deux organisations du système de santé et de protection sociale ne constitue pas cependant le seul déterminant susceptible de définir les conditions d'installation des médecins en ville. **Le degré de décentralisation des décisions varie également selon les pays, ce qui entraîne des conséquences sur la répartition géographique interrégionale des médecins** : ainsi, l'Allemagne et l'Espagne, bien que relevant chacune d'un système différent (modèle assurantiel et public) se caractérisent par une forte marge de manœuvre laissée au niveau régional, ce qui conduit à de fortes disparités de l'offre de soins.

- ### Trois stades possibles de la régulation : droit à la formation, droit d'exercer, droit de s'installer

Comme pour la description du système français, il convient de distinguer le droit d'exercer des médecins et celui de s'installer. Par ailleurs, il est nécessaire de compléter la description de ces dispositifs par ceux, qui régulent –éventuellement,- les flux d'étudiants en amont.

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les mécanismes de régulation au niveau de la formation et de l'installation des médecins dans les pays étudiés et en France.

Figure 33 - Intensité des dispositifs de régulation au niveau de la formation et de l'installation des médecins

Pas de régulation	Régulation possible mais peut appliquée	Dispositifs renforçant le niveau de régulation	Régulation forte

	Formation		Installation			
	Planification des effectifs formés dans leur ensemble	**Planification des effectifs formés par spécialité**	**Régulation de l'installation – par spécialité**	**Régulation géographique de l'installation**	**Fermeture de cabinets**	**Dispositifs incitatifs**
France	Numerus clausus en fin de P1	ECN	Liberté d'accès au conventionnement	Liberté d'installation	Non	Oui (ex: CESP)
Allemagne	Pas de planification	Pas de planification	Bedarfsplan - Restriction des nouvelles installations par spécialité et par zone géographique		Non	Oui, par les Länders
Angleterre	Décision des medical schools	Décision des colleges	n/a	Contractualisation du NHS avec chaque cabinet de généraliste	Possible ponctuellement	Anecdotiques
Belgique	Numerus clausus officieux en P1	Décision des universités; partiellement en ligne avec les quotas de conventionnement	Quotas de conventionnement par spécialité, pas toujours respectés	Liberté d'installation	Non	Oui, Fonds Impulséo
Espagne	Numerus clausus à l'entrée à l'université	Equivalent ECN	Affectation en cabinet selon les places disponibles au sein de la Communauté de formation (ou d'exercice pour les médecins déjà installés)		Pas de cas cité mais possible en théorie	Non
Pays-Bas	Numerus clausus pour les étudiants financés par l'Etat	n/a	n/a	Conventionnement auprès des caisses d'assurances locales et nationales	Non	Non

Source : Frontier Economics et Ylios

2.2.1 La régulation des flux d'étudiants

En amont des conditions d'installation, le nombre de médecins, leur spécialité et leur répartition sur le territoire, sont façonnés par le système de formation médicale :

- le volume de l'offre (effectifs de médecins, densité / population générale) dépend des quotas fixés en début de cursus et de l'attractivité de la formation pour les étudiants ;
- la répartition entre spécialités (en particulier la répartition entre médecins généralistes de premier recours et les autres spécialités), dépend des places disponibles en troisième cycle, et des préférences des étudiants ;
- enfin la formation influe également sur la répartition géographique des médecins à leur installation dès lors qu'il existe une certaine adhérence à la région de formation (le tissu de relations professionnelles créées dans le cadre de la formation et l'attachement à une région dans laquelle les étudiants passent en moyenne 10 ans de leur vie peuvent

constituer un facteur d'attractivité et expliquer que les médecins soient enclins à s'installer près de leur zone de formation).

- ## Planification des effectifs de médecins à former

Le contingentement des effectifs de médecins formés, y compris par spécialité et par localisation, répond à deux types de logiques dans les pays étudiés[29] :

- une logique de sélection par les établissements, notamment en fonction de leurs capacités ;
- une logique de planification, appuyée sur la modélisation des besoins, calibrée à l'échelle nationale et déclinée par établissement de formation.

En Allemagne et au Royaume-Uni, la première de ces logiques prime largement.

- En Allemagne, chaque université décide elle-même du nombre de places disponibles en formation médicale. Ces places sont ensuite allouées selon deux modes. En premier lieu, le système centralisé d'affectation des étudiants (« Hochschulstart ») octroie 40% des places de chaque université selon les résultats des élèves à l'examen de fin de secondaire, l'Abitur (20% des places au total) et le nombre de semestres d'attentes du candidat (20%). Les 60% restants sont sélectionnés par les universités elles-mêmes. Cette sélection peut se fonder sur des critères divers (note à l'Abitur, distance entre le lieu de résidence du candidat et l'université, qualifications professionnelles préalables…)[30]. L'accès à la formation de spécialisation ne fait pas non plus l'objet d'une planification en Allemagne.
- Au Royaume-Uni, les études de médecine commencent dans les Medical Schools, qui sont pour la plupart privées. Le nombre de places dans ces écoles dépend de leur capacité d'accueil. Elles sélectionnent leurs étudiants sur leurs notes obtenues dans le secondaire (notamment en biologie et en physique, matières pour lesquels un A est requis), et la plupart pratiquent en outre un examen standardisé. Pour l'accès à la spécialisation, le conseil d'éducation et de formation (*college)* de chaque spécialité est en

[29] Quel que soit le système d'organisation des soins considéré (système public ou système assurantiel)

[30] Les Länder ont aussi la discrétion d'imposer des critères dans les universités de leur territoire. Par exemple, en Bavière, un certain nombre de places est réservé aux élèves issus de « situations sociales difficiles ». De la même manière, dans le Bade-Wurtemberg 2% des places sont affectés sur des « critères sociaux ». Cependant, ces spécifications semblent relever de l'exception plus que de la norme.

charge de déterminer le nombre d'étudiants qui seront formés au niveau national et de sélectionner les candidats (sur dossier généralement).

En Espagne et en Belgique en revanche, la formation des médecins fait l'objet d'une planification appuyée sur la modélisation des besoins.

- En Espagne, la Conférence Nationale des Universités, qui réunit des représentants du gouvernement central et des régions, fixe le numerus clausus national d'étudiants admis à entrer en études de médecine, réparti ensuite entre universités. Les candidats postulent aux universités de leur choix et sont sélectionnés sur résultats académiques (combinaison des notes obtenus en secondaire et au baccalauréat).

  Au moment de la spécialisation en 6e année d'étude, les places disponibles par spécialité sont elles aussi limitées, et déterminées aux niveaux national et régional. Un classement national permet aux futurs médecins de choisir une spécialité en fonction des places disponibles dans tout le pays. Le classement est établi en fonction des notes à l'examen national de fin de 6e année (qui comptent pour 90%) et du dossier académique de l'étudiant (10%). Le système espagnol présente donc de fortes ressemblances avec le système français en termes de planification de la formation. Il diffère néanmoins de celui-ci par le lien qui est fait entre la formation et l'installation. En effet, à la primo-installation, les médecins sont affectés en ville dans leur région de formation. Ceci vient forcer l'adhérence géographique des médecins à leur région de formation.

- En Belgique, la planification des effectifs formés dépend des communautés.

  En Wallonie, bien qu'il ne semble pas y avoir mention de détermination officielle du nombre d'étudiants admis à poursuivre les études en fin de première année, une sélection officieuse semble toutefois jouer un rôle de plus en plus important depuis la réforme des études de médecine de la communauté francophone (2012). L'examen de janvier de la première année sert ainsi de plus en plus de goulet d'étranglement pour les étudiants : seuls 20% des inscrits ont réussi leur première année en première session, et, depuis janvier 2013, les étudiants n'ont plus le droit de passer les rattrapages de juin et septembre et sont dans l'obligation de respecter la décision du jury.

  La sélection pour les spécialités a lieu en fin de 2ème cycle (6ème ou 7ème année selon la réforme de 2013). En théorie, le nombre de places est restreint et déterminé avec les

quotas de conventionnement par l'INAMI en fin de formation. Ces quotas sont fixés jusqu'à 2020 par l'arrêté royal du 12 juin 2008 (modifié par A.R. du 7 mai 2010 et du 1er septembre 2012).

En pratique néanmoins, ces quotas ne sont pas contraignants pour les universités. Celles-ci ont octroyé l'accès à la spécialisation au-delà des quotas ces dernières années. A ce jour l'INAMI n'a pas refusé de conventionner les effectifs formés au-delà des quotas.

Enfin, le système néerlandais reprend les deux logiques présentées ci-avant. Dans une logique de planification, un *numerus clausus* est déterminé de façon centrale par le Ministère de la Santé (3500 élèves en 2012, répartis sur 12 universités). Il correspond au nombre d'étudiants dont le Ministère financera la formation. Néanmoins, les universités sont libres d'accueillir plus d'étudiants si elles le souhaitent. Sur la base des places totales offertes par les universités, la sélection se fait selon le processus suivant : les élèves ayant obtenu une moyenne supérieure à 8/10 dans le secondaire sont admis automatiquement dans les études de médecine. Les élèves n'obtenant pas cette note participent à une loterie nationale, à laquelle leur chance de succès est proportionnelle à leur moyenne. Cette loterie est aujourd'hui en cours d'abolition (réforme décidée en 2012 et qui prendra cinq ans avant d'aboutir complètement), et les universités auront désormais la possibilité de sélectionner elles-mêmes leurs étudiants.

- ### Une attractivité différente entre la médecine générale et les autres spécialités

Les dispositifs de régulation qui s'appliquent aux flux d'étudiants (effectif, spécialités et localisation) trouvent leur limite lorsqu'interviennent les préférences des étudiants :

- sur le volume global de l'offre, selon l'attractivité des études de médecine[31]
- sur la répartition entre spécialité, et notamment entre médecine générale et autres spécialités, selon l'attractivité des spécialités
- sur la répartition géographique, selon le degré d'adhérence à la région de formation lors de l'installation.

[31] Il existe une forte attrition au cours des études en Allemagne. En 2010, on estime que 17,9% des étudiants entrant en études de médecine abandonnaient avant la fin. Par ailleurs, parmi les 82,1% terminant leurs études, 11,6% partaient s'installer à l'étranger (notamment en Suisse, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Autriche).Ce phénomène ne semble pas connaître de raison particulière, et est à replacer dans la perspective du fort taux d'abandon dans les études supérieures en Allemagne en général (en 2010, 24% des étudiants de Master ne finissaient jamais leurs études, par exemple).

Comme en France, la médecine générale est l'une des spécialités qui rencontrent des difficultés de recrutement, et ce, dans tous les pays de l'étude, sauf aux Pays-Bas.

En Belgique par exemple, les quotas minimaux ne sont pas atteints pour les 5 professions cités précédemment, et un déficit de 457 généralistes a été constaté sur la période 2004-2012. Au Royaume-Uni, le Centre for Workforce Intelligence prévoit une pénurie de médecins généralistes au regard des besoins de santé du pays, et en même temps une croissance des effectifs des autres spécialités supérieure à la croissance de la demande correspondante en soins. De fait, le Ministère de la Santé a adopté des objectifs de recrutement annuel de médecins généralistes, les effectifs formés ne permettent pas d'atteindre ces objectifs[32].

Au-delà du manque de planification effective des contingents de spécialités, le déficit d'étudiants en médecine générale peut s'expliquer par le manque d'attractivité de cette spécialité.

Selon une étude de l'OCDE : « A une seule exception près, les modèles de planification de la main-d'œuvre médicale étudiés dans ce papier n'incluent pas les salaires (ou toute autre forme de compensation financière) comme une variable affectant l'offre et la demande de soins futures. Ceci constitue une limitation, puisqu'il est raisonnable de penser que les salaires jouent un rôle important dans la détermination de l'offre et la demande de travailleurs dans le secteur de la santé, comme dans tout autre secteur. Du côté de l'offre, les salaires (ou toute autre forme de compensation) peuvent raisonnablement influencer l'attractivité des différents champs de spécialisation et les occupations, le choix du lieu d'installation du cabinet, ainsi que les tendances de continuation et de retraites. »[33]
Dans ce sens, deux études menées aux Etats-Unis concluent en un lien fort entre la rémunération future et le choix de carrière : une augmentation d'un pourcent de la rémunération totale au cours de la carrière d'un médecin tend à augmenter la proportion d'élèves choisissant cette spécialité de 1%[34].

Dans les pays de l'étude, le manque d'attractivité de la profession de généraliste peut s'expliquer par les niveaux de revenu inférieurs aux autres spécialités. Ainsi, en 2013, leurs revenus sont inférieurs de 63% en Belgique, de 37% aux Pays-Bas lorsqu'ils sont salariés et de 43% lorsqu'ils sont indépendants, enfin de 18% au Royaume-Uni.

[32] http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/07/GP-Taskforce-report.pdf
[33] OECD Health Working Paper n°62, *Health Workforce Planning in OECD Countries*, 2013. Etude portant sur 18 pays, dont tous les pays de l'étude sauf l'Espagne.
[34] Etudes citées dans OECD Health Working Paper n°62, *Health Workforce Planning in OECD Countries*, 2013.

2.2.2 Le droit d'exercer

Le droit d'exercer est différent dans les deux types de système de santé, publics ou assurantiels : dans les premiers, ce droit est directement lié aux modalités et au lieu d'installation à l'entrée dans le système public, alors que dans les seconds, le droit d'exercer est généralement déconnecté des conditions d'installation.

Dans les pays à système public :

- qu'il détienne une licence du Conseil Médical Général lui permettant de pratiquer et d'exercer les activités réservées par la loi aux médecins (signature d'ordonnances, de certificats de décès…) ;
- qu'il soit salarié ou associé d'un cabinet de généralistes

Dans les pays à système assurantiel :

- En Allemagne : L'autorisation d'exercer requiert, en Allemagne, l'inscription à l'ordre des médecins. Le médecin doit également faire le choix d'exercer sous conventionnement auprès d'une caisse d'assurance maladie ou non. Le conventionnement régit les modalités de remboursement des soins octroyés par les médecins :
    - les médecins conventionnés, dits « médecins de caisse maladie » dont les actes sont remboursés directement par la caisse d'assurance maladie,
    - les médecins non-conventionnés, également appelés « médecins privés », sont payés directement par leurs patients, lesquels peuvent ensuite obtenir un remboursement de leur assurance maladie.
- En Belgique : L'autorisation d'exercer en Belgique est soumise à une condition de diplôme. L'exercice de l'art médical en Belgique nécessite en effet d'être porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires. La pratique de la médecine ne peut être exercé seulement si le praticien a fait viser préalablement le titre par la commission médicale prévue et compétente et obtenu son inscription au tableau de l'Ordre régissant la profession[35].

[35] Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 2 et 7

- Aux Pays-Bas : L'installation d'un médecin généraliste requiert d'être enregistré auprès de l'agence gouvernementale *Inspectie Gezondheidszor .*

2.2.3 AU NIVEAU DE L'INSTALLATION

- **Les modèles « publics »**

Les systèmes Anglais[36] et Espagnol sont articulés autour d'un modèle « public » dans lequel l'organisation des soins est sous le contrôle de l'Etat.

Ils présentent de ce fait de nombreuses caractéristiques communes :

- Une régulation directe de l'installation : les organes de l'Etat chargés d'organiser le système de soins définissent les besoins fonction de règles définies et décident des installations,
- Un mode d'exercice essentiellement collectif de la médecine de ville pour les médecins généralistes et également pour les autres spécialistes dans le cas de l'Espagne,
- La gratuité des soins pour les patients dès lors qu'ils ne s'adressent pas à des médecins en exercice privé

Au-delà de ces points communs ils présentent par ailleurs des différences :

- Le niveau de centralisation, la répartition des responsabilités entre les différents échelons (national, régional, local) et les marges de manœuvre déléguées au niveau régional, voire au niveau local,
- La nature des relations contractuelles : contrat entre les autorités et le cabinet, salariat direct ou rémunération sur des bases populationnelles.
- Le système de rémunération : inducteurs pris en compte pour le calcul des rémunérations,
- Les règles de dimensionnement des besoins et le maillage géographique associé,

[36] Le système de santé du Royaume-Uni est organisé par grande entité (Angleterre et Pays de Galles, Écosse, Irlande du Nord), mais le système Anglo-gallois est répliqué dans les deux autres entités, avec des adaptations marginales. Par convention, nous parlerons dans la suite du rapport du système anglais, en considérant que les éléments sont valables pour l'ensemble du Royaume-Uni, Ainsi, le nouveau système des Clinical Commissionning Groups a été mise en place sur l'ensemble du Royaume-Uni.

- L'existence éventuelle de facteurs incitatifs en faveur des zones peu attractives inclue dans le calcul des rémunérations.

La régulation des médecins de ville au Royaume-Uni

Le fonctionnement du cabinet de généralistes est, quant à lui, soumis à deux conditions :

- l'enregistrement auprès de la Commission de Qualité des Soins (« Care Quality Commission ») ;
- l'établissement d'un contrat avec le National Health Service pour l'exercice de l'activité de cabinet généraliste.

Le contrat entre le National Health Service et les cabinets de généralistes régit principalement les conditions de rémunération du cabinet pour les soins fournis à sa patientèle. Les soins fournis en cabinet généralistes sont gratuits pour le patient en Angleterre. Par conséquent, en l'absence de contrat entre le cabinet et le NHS, il ne peut y avoir accès aux soins.

Le contrat entre le cabinet et le NHS ne régit en revanche pas les modalités d'organisation interne du cabinet. Le choix de l'exercice des médecins en tant que salariés ou associés du cabinet reste donc libre.

L'installation d'un cabinet est fortement régulée par le National Health Service et ses relais locaux

Les conditions de fonctionnement des cabinets de généralistes exposées ci-dessus permettent une régulation de l'installation des médecins en ville. Le National Health Service, ainsi qu'un écosystème d'acteurs présents de la maille locale à la maille nationale, régule l'offre de soins en ville via le contrôle des contrats avec les cabinets de généralistes.

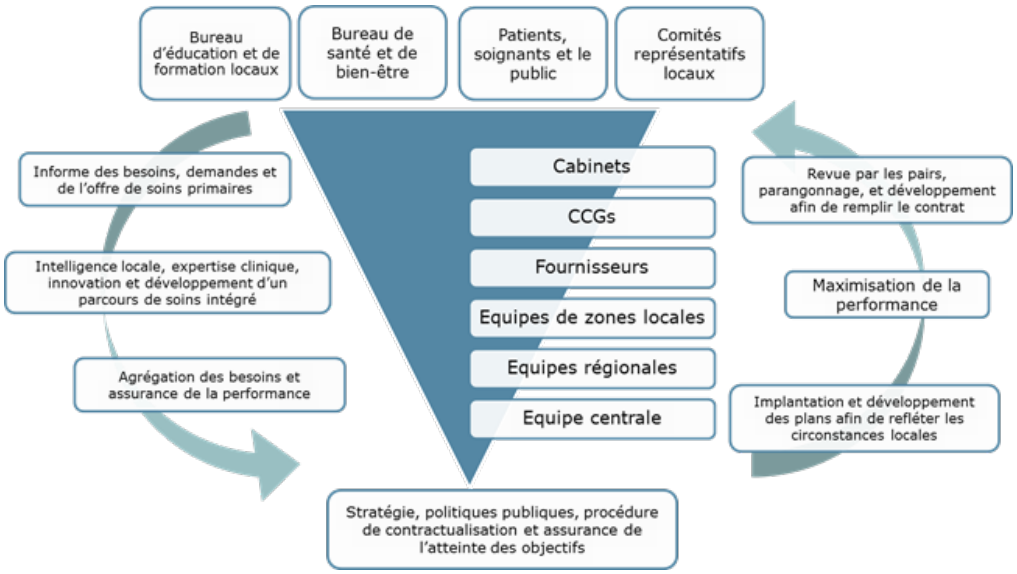
La gouvernance de cette régulation est centralisée autour du National Health Service, mais le fonctionnement du dispositif met l'accent sur la prise en compte de la connaissance locale de l'offre et des besoins de soins.

- Au niveau national, le ministère de la santé (« Department of Health ») est responsable de l'environnement législatif qui encadre les contrats avec les cabinets de généralistes.
- Le NHS England supervise la gestion des contrats avec les cabinets.

- Le NHS England édicte aussi les lignes directrices en matière d'organisation de l'offre de soins et fixe le budget correspondant par zone géographique.
- 27 équipes locales (« NHS local area teams ») se font ensuite le relai de ces lignes directrices auprès des agences locales en charge de l'organisation de la médecine de ville : les commissions de mise en service clinique (« clinical commissioning boards », CCGs[37]).
- Les CCGs sont quant à eux tenus d'élaborer en lien avec les équipes locales du NHS une « évaluation conjointe des besoins stratégiques » annuelle (« joint strategic needs assessment »). Fondés sur des données concrètes et une collaboration avec les partenaires santé locaux, ces rapports sont sensés dresser un bilan du fonctionnement local du système de santé, et en déduire les besoins futurs.

C'est *in fine* le NHS England qui décide de l'ouverture des cabinets de généralistes. La gouvernance du dispositif permet que cette décision s'appuie sur les recommandations des équipes locales et des CCGs. Le schéma ci-dessous résume ce fonctionnement[38] :

Figure 34 - Organisation des cabinets de généraliste au sein de la NHS



Source : NHS England

[37] Les CCGs ont remplacé les PCTs
[38] http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/task-func.pdf

Le dispositif de régulation fonctionne par ouvertures et fermetures de cabinets

Sur la base de ce modèle contractuel, la régulation de l'installation en ville s'opère en pratique de façon évolutive par rapport à l'offre existante, et ce de deux façons :

- par l'émission de contrats entre le NHS et de nouveaux cabinets ;
- par le non-renouvellement de contrats arrivant à échéance.

Des initiatives centrales sont périodiquement à l'origine de l'ouverture de nouveaux cabinets de généralistes. Par exemple, en 2009, le Ministère a requis que toutes les organisations locales ouvrent chacune au moins un nouveau cabinet, et les plus démunies jusqu'à trois, en leur fournissant les moyens financiers nécessaires. Cette demande a conduit à la création de 264 nouveaux cabinets. Pour la prise de cette décision, et notamment la définition des zones démunies, le Ministère de la Santé s'est appuyé sur l'écart des PTCs par rapport à une moyenne anglaise de :

- La densité médicale (nombre de médecins et infirmières en équivalent temps-plein pour 100 000 habitants) : pondération 60%.
- L'état de santé de la population (espérance de vie, mortalité due au cancer ou à des maladies cardiovasculaires en dessous de 75 ans, taux de population atteinte de diabète, d'hypertension, indice de carences multiples) : pondération 30%.
- La satisfaction des patients (proportion de patients reçus en moins de 48h, ayant pu prendre rendez-vous avec plus de 2 jours d'avance, satisfaits par le système téléphonique du médecin, satisfaits des heures d'ouverture du cabinet, ayant pu voir un médecin spécifiquement) : pondération 10%.

La fermeture de cabinets est plus rare et soumise à des problématiques d'acceptabilité publique. En principe, lors du renouvellement de tout contrat avec un cabinet, les instances nationales et locales peuvent décider du non-renouvellement. En pratique, il n'existe pas de critères systématiques pour de telles fermetures, ni de suivi centralisé des fermetures. Les retours d'expériences restent anecdotiques et suivis surtout dans la presse. Les raisons suivantes sont invoquées :

- Un nombre de patients pris en charge par le cabinet trop faible[39, 40];
- Un manque de respect des normes (hygiène[41], qualité des infrastructures physiques[42]).

L'offre de soins primaire au Royaume-Uni est organisée selon un principe de contractualisation entre les pouvoirs publics et les cabinets de médecins généralistes. Le National Health Service contrôle directement l'implantation des cabinets, et leur rémunération en fonction de la population desservie. Un tel système semble en principe doter les pouvoirs publics de la capacité à réguler la répartition territoriale des médecins en ville. La relative homogénéité de la densité médicale dans les différentes régions britanniques (voir figure 13) semble refléter le degré élevé de centralisation de ce système. En outre, l'observation pratique du fonctionnement du système montre qu'il est mobilisé par les pouvoirs publics pour traduire sur le territoire une vision normative de la densité médicale souhaitable. Ces observations révèlent également les limites du système, notamment l'acceptabilité locale et politique de la fermeture de cabinets pour des motifs autres que sanitaires, et les contraintes liées au manque de médecins généralistes disponibles pour exercer dans les cabinets.

La régulation de l'installation des médecins de ville en Espagne

En Espagne, la médecine de ville s'organise autour de deux types de structures :

- les centres de santé, où exercent les médecins généralistes et les pédiatres ;
- les centres de spécialités, où consultent les médecins d'autres spécialités.

En règle générale[43], l'installation d'un médecin dans un centre est conditionnée par son affectation par la Communauté Autonome au sein de laquelle il a fait ses études. Le médecin y exerce en tant que salarié de la fonction publique.

Les Communautés Autonomes contrôlent les affectations des médecins en ville

[39] http://www.hsj.co.uk/hsj-local/ccgs/nhs-newcastle-west-ccg/anger-over-newcastle-practice-closure/5068225.article#.U5qvdfmSwnU
[40] http://www.chroniclelive.co.uk/news/health/meeting-held-discuss-closure-scotswood-6742034
[41] http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/nhs-cuts-englands-best-rated-gp-2920874
[42] http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/regulation/gp-practice-closed-after-failing-to-meet-cqc-premises-standards/20004317.article#.U5qyffmSwnU

[43] A l'exception des Communautés de Valence et de la Catalogne.

Les conditions d'exercice et d'installation décrites ci-dessus emportent une régulation forte de l'installation des médecins en ville en Espagne.

Cette régulation relève de la compétence des Communautés Autonomes. Une loi de portée nationale, la loi 14/1989, fixe un certain nombre de critères d'implantation de centres de santé et de spécialités que doivent respecter les Communautés Autonomes. Elles doivent notamment prendre en compte la distance et le temps de trajet des patients les plus reculés, la concentration de la population, la nature des infrastructures de santé existantes, les caractéristiques épidémiologiques de la population, et l'offre de soins préexistante.

Ce cadre national ne dicte pas précisément les modalités de régulation par les Communautés Autonomes.

En pratique, les Communautés Autonomes ouvrent chaque année la possibilité d'un nombre limité de transferts entre centres en fonction de l'évolution des besoins.

L'organisation des soins en ville en Espagne repose sur le principe d'un système public de santé, structuré autour de cabinets. Contrairement au système anglais, l'Espagne affiche des écarts de densité médicale élevés d'une région à l'autre (voir figure 13). Ce résultat semble lié à la gouvernance décentralisée du système d'allocation des médecins aux cabinets.

- **Approche comparative**

Les dispositifs de régulation

Dans les deux cas, l'installation des médecins de ville est donc soumise à un système d'affectation qui les répartit dans les cabinets en fonction des places disponibles. Cependant si en Angleterre, les médecins ont la *« liberté »* de postuler aux postes vacants sur l'ensemble du territoire, en Espagne ils doivent postuler aux postes vacants publiés par la Communauté Autonome dans laquelle ils ont fait leurs études. On note en outre qu'il est complexe pour un médecin de changer de communauté. La restriction de la liberté d'installation semble donc plus marquée en Espagne avec une installation limitée d'une part en termes de quantité de postes disponibles et également d'autre part une limitation de l'installation sur le plan géographique.

Niveau de centralisation

En Angleterre et en Espagne, l'organisation géographique de l'offre de soins incombe à une autorité centrale compétente. Ainsi, aussi bien en Espagne qu'en Angleterre, les décisions d'implantations des cabinets de médecine générale (ou de fermeture) sur le territoire sont directement prises par ces autorités.

En revanche, le niveau de centralisation est différent entre les deux pays. En effet, en Angleterre ce pouvoir d'installation ou de fermeture de cabinets de médecine générale appartient au *NHS England* autorité nationale, alors qu'en Espagne ce sont les différents ministères de la santé des Communautés Autonomes (et non pas le Ministère espagnol de la santé) qui détiennent ce pouvoir. Les systèmes se différencient par des niveaux de centralisation de l'organisation de la médecine de ville différents : Une centralisation nationale en Angleterre et une décentralisation au niveau régional pour le système espagnol.

Au regard de la dispersion régionale des niveaux de densité médicale au Royaume-Uni et en Espagne, la comparaison de ces deux systèmes suggère qu'une gouvernance centralisée de l'organisation de l'offre de soins est nécessaire pour que la régulation de l'installation aille de pair avec une harmonisation entre régions administratives.

Système de rémunération

De manière plus fine encore, les autorités centrales peuvent choisir le nombre de postes de médecins généralistes qu'elles souhaitent voir exercer dans chaque cabinet.

Dans ces deux pays, les soins primaires sont gratuits: le patient ne paie pas la consultation chez les médecins, et celui-ci est rémunéré directement par l'autorité organisatrice des soins. Du fait de ce lien direct entre le médecin et l'institution, la rémunération des médecins revêt un caractère prévisible et normalisé : tous les médecins sont rémunérés selon les mêmes conditions.

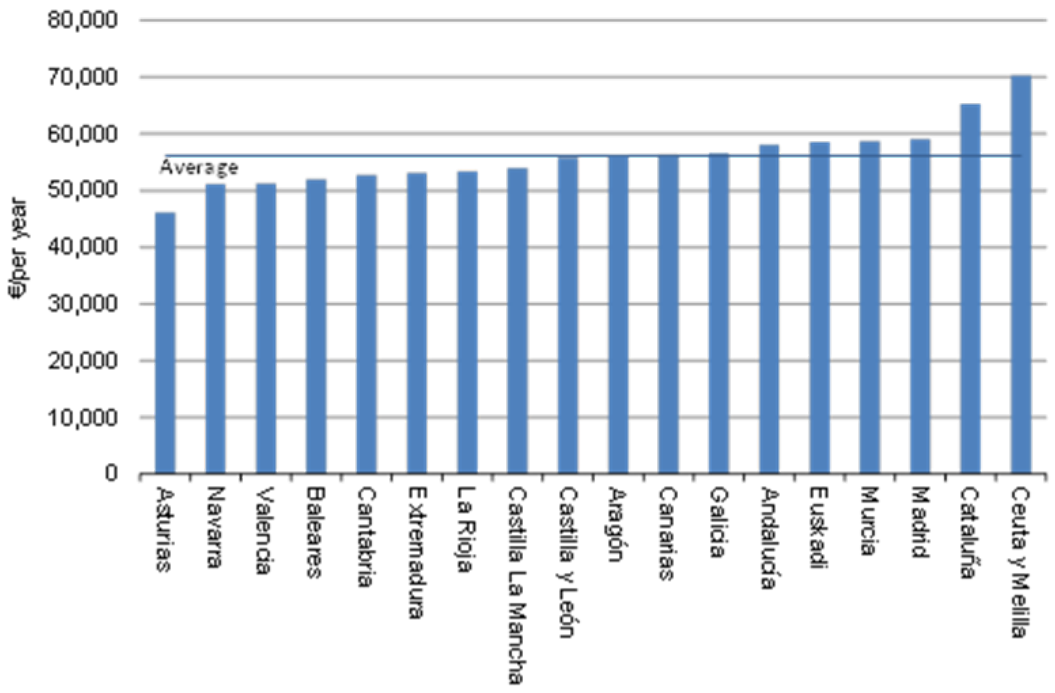
En Angleterre le cabinet de médecine générale est lié par un contrat pluriannuel renouvelable avec le NHS England. Cet accord comporte les conditions de rémunérations du cabinet. La rémunération « par tête » est décomposée en plusieurs éléments à part variable :

- La taille de la patientèle, pondérée par les caractéristiques médicales de celle-ci (en 2009, un médecin recevait environ 56,20£/patient par an) ;
- Le Quality and Outcomes Framework (cadre de qualité et de résultats) : à partir de standards gouvernementaux, les médecins gagnent des points convertis en rémunération dans 4 catégories : clinique, organisationnelle, expérience du patient, services additionnels ;
- Un paiement à l'acte pour tout autre service que les soins basiques.

Cette rémunération est complétée, le cas échéant, par un plancher garantissant un revenu minimal aux cabinets (Minimal Practice Income Guarantee). La rémunération des médecins exerçant dans un cabinet est déterminée en fonction des revenus du cabinet.

En Espagne, le médecin est rémunéré directement par la Communauté Autonome selon une échelle de salaire. Celle-ci est fixée au niveau de la région, et évolue en fonction de l'ancienneté. Elle est donc homogène pour un même niveau d'expérience au sein d'une même Communauté. La détermination du niveau de salaire entre les communautés ne semble pas répondre à des règles spécifiques et relèverait donc de la seule discrétion de chaque Communauté Autonome.

Figure 35 - Échelle de salaire annuel brut des médecins spécialistes (hors MG) en Espagne, par Communauté Autonome (2012)



Source : Frontier Economics/Ylios

Par conséquent, dans ces deux cas de figure, le médecin ne peut s'installer sans l'accord de l'autorité organisatrice des soins, qu'elle doive signer son contrat en Angleterre, ou qu'elle l'affecte directement à un cabinet en Espagne, contraignant ainsi encore plus l'installation des médecins.

Au sein de ces systèmes, les conditions de rémunération peuvent influer sur le choix d'installation des médecins entre différents territoires, dès lors que la rémunération varie selon le lieu d'exercice. Ce levier peut s'avérer important lorsque le pays fait face à un déficit d'effectifs dans une spécialité – ainsi dans le contexte d'une pénurie de médecins généralistes au niveau national au Royaume-Uni, les régions les moins attractives seront les plus susceptibles de voir des postes non pourvus au sein des cabinets de généralistes ouverts par le National Health Service.

Ce levier n'est pourtant que partiellement mobilisé au Royaume-Uni (la rémunération du cabinet pouvant varier en fonction de certaines caractéristiques de la population locale). L'étude du cas espagnol suggère que le salaire des médecins, s'il varie d'une région à l'autre, n'est pas utilisé explicitement par l'État central ou les Communautés Autonomes en vue d'influer sur l'attractivité des régions.

Le maillage géographique du dimensionnement des besoins

Le maillage des centres de santé est donc décidé d'une manière centralisée au niveau de la région pour l'Espagne. En Angleterre, le NHS England décide de manière unifiée et centralisée du maillage géographique (afin de rendre la mesure du maillage territorial, voire carte et liste des CCGs en annexe).

Dans chacun de ces pays, la répartition des généralistes est complétée par d'autres réseaux de soins. En Espagne, il existe des centres de spécialités (« centros de especialidad ») réunissant des médecins d'autres spécialités, et dont le mode de répartition suit les mêmes règles que celle des généralistes. En Angleterre, des centres de blessures mineures (« minor injuries centers ») et des centres sans rendez-vous (« walk-in centers »), dont certains disposent de médecins, sont répartis en complément des cabinets de médecine générale.

Ainsi, les exemples anglais et espagnols illustrent le cas de modèles de santé où il existe une organisation de l'offre de soins en ville, régulée par l'administration (qu'elle soit nationale ou régionale). Ces systèmes reposent sur la relation directe (contractuelle et/ou salariale) entre le médecin et l'autorité organisatrice de la médecine de ville.

En pratique, leur capacité à assurer une densité médicale suffisante et homogène sur le territoire dépend de l'interaction de cette régulation de l'offre de soins avec d'autres caractéristiques du système de santé, notamment :

- **Les effectifs de médecins autorisés à exercer, lesquels sont déterminés par le système de formation ;**
- **le degré de centralisation du système ;**
- **la capacité effective à décider de la fermeture de structures de soins pour des raisons liés au maillage territorial uniquement ;**
- **dans un contexte de déficit global d'effectifs, les écarts d'attractivité des lieux d'exercice et l'existence de dispositifs visant à favoriser l'installation dans les régions les moins attractives.**

Les modèles « assurantiels »

En ce qui concerne l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas, les systèmes de santé sont organisés autour d'un principe de conventionnement entre les médecins et la ou les assurances publiques ou privées.

Ils présentent de ce fait un certain nombre de caractéristiques communes:

- Une relative liberté d'installation historique liée à l'approche par conventionnement,
- Une prépondérance de l'exercice en cabinet individuel.

Par ailleurs ils présentent un certain nombre de spécificités :

- Des différences au niveau des règles de conventionnement qui peut être plus ou moins automatique en fonction des pays,
- Les règles et modalités d'évaluation des besoins,
- L'introduction ou non de mesures visant à restreindre la liberté d'installation,
- L'existence ou non de mesures incitatives qui peuvent se différencier en termes de:
    - Nature des incitations: financières, matérielles,…
    - Gouvernance : Centrale, régionale, locale
    - Adaptation aux spécificités locales

o ….

- **Les conditions d'exercice des médecins de ville en Allemagne**

La médecine de ville s'articule autour de deux principaux types de structures en Allemagne :

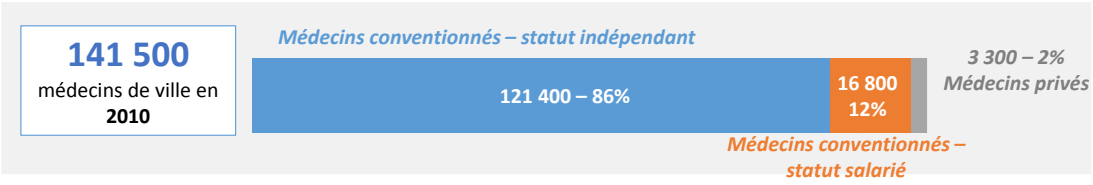
- les cabinets, où exercent un ou plusieurs médecins,
- les centres de soins médicaux pluri-spécialités ((«Medizinische Versorgungszentren», MVZ).

L'autorisation d'exercer requiert, en Allemagne, l'inscription à l'ordre des médecins. Le médecin doit également faire le choix d'exercer sous conventionnement auprès d'une caisse d'assurance maladie ou non. Le conventionnement régit les modalités de remboursement des soins octroyés par les médecins :

- les médecins conventionnés, dits « médecins de caisse maladie » dont les actes sont remboursés directement par la caisse d'assurance maladie,
- les médecins non-conventionnés, également appelés « médecins privés », sont payés directement par leurs patients, lesquels peuvent ensuite obtenir un remboursement de leur assurance maladie.

Les médecins conventionnés peuvent exercer soit en cabinet soit en MVZ. En cabinet, ils sont rémunérés directement pour leurs actes. En MVZ, ils peuvent être salariés du centre de soins.

Figure 36 - Répartition des médecins de ville en Allemagne par statut et mode d'exercice - 2010



Source : Chambre des médecins allemands (2010)

Le conventionnement (« Arztsitz ») des médecins fonctionne à la maille régionale : les médecins de caisse maladie l'obtiennent auprès des branches locales de l'Association des Médecins de Caisse Maladie. Il est octroyé sous deux conditions :

- l'autorisation d'exercer, octroyée par l'Ordre,
- la disponibilité de places d'après le plan de besoins : « Bedarfsplan ».

- **Les conditions d'exercice des médecins de ville en Belgique**

L'autorisation d'exercer en Belgique est soumise à une condition de diplôme. L'exercice de l'art médical en Belgique nécessite en effet d'être porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires. Cet art ne peut être exercé seulement si le praticien a fait viser préalablement le titre par la commission médicale prévue et compétente et obtenu son inscription au tableau de l'Ordre régissant la profession[44].

Il n'existe pas de conditions quant au choix de localisation des médecins de ville. L'exercice de la médecine en ville obéit au principe de la liberté d'installation.

Enfin, lors de son installation, le médecin doit faire le choix d'exercer sous mode conventionné, auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), ou non. Ce choix détermine la tarification des soins et les modalités de remboursement au patient. Le médecin non conventionné détermine librement ses honoraires et ses prix. Le médecin conventionné se tient lui à la grille tarifaire fixées par l'INAMI. Le remboursement des prestations par l'INAMI est le même selon le statut du médecin, mais les prix à la charge du patient seront généralement plus élevés chez le médecin non-conventionné.[45]

- **Les conditions d'exercice des médecins de ville aux Pays-Bas**

Aux Pays-Bas, seuls des médecins généralistes exercent en ville. L'installation d'un médecin généraliste requiert d'être enregistré auprès de l'agence gouvernementale *Inspectie Gezondheidszorg*. D'un point de vue réglementaire, les médecins généralistes sont libres de s'installer où ils le souhaitent.

D'un point de vue financier, les consultations sont remboursées au médecin dès lors que le généraliste est doté d'un contrat avec l'assureur du patient : le généraliste doit donc avoir un accord avec les assureurs de tous ses patients.

Les généralistes reçoivent une rémunération fixe par nombre de patients dont ils sont le médecin traitant, et une rémunération variable par consultation.

---

[44] Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 2 et 7
[45] INAMI 2013, *Le système des soins de santé en Belgique*

- **Approche comparative**

Une liberté d'installation historique dans les pays organisés selon un système assurantiel

Historiquement, en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, dont les systèmes de soins sont basés sur le principe du conventionnement, l'accès au conventionnement est libre et n'emporte donc pas de régulation de l'offre de soins. En ce sens l'installation des médecins de ville est libre dans ces pays et ne souffre d'aucune contrainte quant à l'installation dans un territoire.

En Allemagne et en Belgique l'accès au conventionnement était historiquement libre. Aux Pays-Bas, tous les généralistes sont liés contractuellement à tous les assureurs, et ce sans difficulté. En cela, il n'y a pas de contrôle des conditions d'installation des médecins.

Des tentatives d'utilisation du conventionnement comme outil de régulation quantitative du nombre de médecins

Tous les pays à système assurantiel de l'étude ont tenté d'utiliser le conventionnement comme un outil de régulation de l'installation des médecins de ville.

<u>En Allemagne, le « Bedarfsplan » restreint le conventionnement en fonction de la démographie médicale locale.</u>

Le principe du Bedarfsplan est de n'autoriser l'installation de nouveaux médecins que dans des zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur au seuil fixé par le Comité national.

Selon le Bedarfsplan, aucune autorisation d'installation supplémentaire ne peut être octroyée dans une zone dès lors que le nombre de médecins par habitant dépasse 110% de la cible. Si le dispositif permet de refuser une nouvelle installation, il ne permet pas de révoquer le conventionnement d'un médecin établi.

En pratique, lorsque le nombre de postulants dépassent le nombre d'autorisations accordées, un comité des associations régionales décide du ou des candidats qui obtiendront une autorisation. Cette décision est fondée sur plusieurs critères tels que l'âge du candidat. Ainsi, si deux médecins avec le même niveau de compétences candidatent, le plus jeune sera choisi car ce dernier sera à même de rester plus longtemps en poste.

<u>En Belgique, une tentative de contingentement de l'octroi du conventionnement</u>

La Belgique a introduit depuis la fin des années 1990 des quotas de conventionnement de nouveaux médecins par spécialité, au niveau national. Ces quotas visaient à réguler le nombre de nouveaux conventionnements pour certaines spécialités. Ils s'appliquent donc au niveau du conventionnement INAMI, octroyé lors de la première installation des médecins.

Ces quotas sont fixés jusqu'à 2020 par l'arrêté royal du 12 juin 2008 (modifié par A.R. du 7 mai 2010 et du 1er septembre 2012).

Aux Pays-Bas, la logique contractuelle permet le contrôle des installations

Les assureurs se sont déjà saisis de leur capacité à refuser le conventionnement pour imposer une tentative de contrôle de l'installation. Ils ont requis que, pour les nouvelles installations, le médecin obtienne une autorisation de la part de l'association locale de généralistes certifiant qu'il existe assez de demande dans la zone pour justifier l'installation.

L'Autorité de la Concurrence des Pays-Bas a jugé le dispositif mis en place anticoncurrentiel. Elle a par conséquent condamné l'association nationale des médecins généralistes à une amende de 7,7m€ (réduite à 5,5m€ en appel en 2014).

Néanmoins, dans son jugement, l'Autorité de la Concurrence a explicitement envisagé la possibilité d'une organisation géographique des soins pas les assureurs (tant que celle-ci ne passe pas par des pratiques anticoncurrentielles).

Des différences significatives dans la gouvernance des tentatives de régulation

Le plan de régulation du conventionnement, Bedarfsplan, est régi par une loi fédérale (« Bedarfsplanungsgesetz, 2012 »). Le cadre réglementaire national détermine les principes de fonctionnement du plan.

Un comité national fixe ensuite les modalités de paramétrage du dispositif (voir plus bas). La composition de ce dispositif accorde une place importante aux régions : elle regroupe l'association nationale des médecins de caisse-maladie (« Kassenärztliche Bundesvereinigung »), la société allemande des hôpitaux (« Krankenhausgesellschaft »), et l'association nationale des caisses-maladie et les représentants des patients.

Enfin, les 140 caisses régionales d'assurance maladie et les associations de médecins d'assurance maladie détiennent la compétence pour la mise en pratique du plan.

La gouvernance du dispositif permet donc la déclinaison du plan national de régulation dans les Länder, où les caisses régionales d'assurance maladie détiennent la clef du conventionnement.

En revanche, en Belgique, la gouvernance du dispositif de régulation et son interaction avec le système de formation en aval ne lui ont pas permis d'atteindre ses objectifs.

En Belgique, le cursus universitaire relève de la compétence des communautés fédérées. De façon semblable à la France, l'inscription en première année est libre. Les examens de première année deviennent progressivement un moyen de sélection officieuse, mais sans numerus clausus explicite fixé centralement. Un modèle existe qui permet d'évaluer les besoins futurs d'offre et de demande de médecins à long terme, à l'échelle de chaque communauté. La Commission de Planification en transmet les résultats au Ministère de la Santé, du Bien-être, et du Sport mais celui-ci n'a pas le pouvoir d'imposer des quotas d'étudiants reçus en deuxième année de médecine.

De la même façon, l'accès à la spécialisation en troisième cycle ne fait pas l'objet d'une régulation au niveau national.

Ceci a permis que les quotas de conventionnement par l'INAMI à l'issue des études ne soient pas entièrement reflétés dans les contingents d'étudiants formés chaque année. De ce fait, la communauté wallonne se trouve en trop-plein de médecins formés dans certaines spécialités par rapport à ses quotas annuels. Au lieu de ne pas conventionner ces médecins, l'INAMI a « anticipé » les conventionnements des années futures (c'est-à-dire que des médecins ont été conventionnés en 2014 au titre des conventionnements prévus sur les années suivantes).

Le système des quotas ne parvient pas non plus à résoudre les problèmes d'attractivité de certaines spécialités.

La comparaison des deux initiatives visant à réguler l'accès au conventionnement en Allemagne et en Belgique met en avant une première condition à l'effectivité de tels dispositifs dans des systèmes assurantiels marqués par une culture d'accès automatique au conventionnement: la mise en place d'une gouvernance du dispositif qui permette aux organes compétents de refuser le conventionnement le cas échéant.

La prise en compte des spécialités dans les tentatives de régulation

Que ce soit en Allemagne ou en Belgique, les modèles de régulation par l'accès au conventionnement tiennent compte des différentes spécialités.

En Allemagne, le nombre de médecins cible est en effet fixé par spécialité. Il dépend de la densité observée pour cette spécialité en Allemagne de l'Ouest en 1990, ainsi que de l'évolution des volumes de recours à chaque spécialité. Une cible est ainsi fixée pour quatorze spécialités présentes en ville, dont les généralistes.

De même en Belgique, les quotas susmentionnés sont définis par spécialité.

Une maille géographique différente

En Belgique, la tentative de conventionnement s'opère à l'échelle du pays avec des quotas nationaux. Ce dispositif ne vise donc pas à homogénéiser la densité sur le territoire, mais plutôt à assurer l'existence d'une offre minimale par spécialité.

En Allemagne, le dispositif du Bedarfsplan est au contraire construit de sorte qu'il puisse aboutir à une densité homogène sur le territoire, et ce à un maillage géographique fin. En effet, le territoire est divisé en 395 zones (de trois types : urbain, périurbain, rural), elles-mêmes redécoupées en sept subdivisions en fonction de la densité de population. Ce maillage est fonction de la densité des territoires et ne suit pas forcément un maillage administratif. Et, sur chaque zone ainsi définie, la norme appliquée en termes de nouveau conventionnement est calibrée par rapport à un étalon national (défini à partir de la densité observée pour cette spécialité en Allemagne de l'Ouest en 1990), ajusté pour prendre en compte les contextes locaux.

Des mesures incitatives sont mises en place dans ces pays en complément des tentatives de contingentement par le biais du conventionnement

L'Allemagne et la Belgique ont mis en place des mesures incitatives permettent d'influer sur les décisions des médecins au moment de leur installation. En cela elles sont complémentaires d'une approche par conventionnement sélectif qui, dès lors qu'elle s'interdit de remettre en cause le conventionnement des médecins de ville dans leur lieu d'exercice actuel, n'aura un impact sur la répartition des médecins qu'à un horizon temporel long.

Des résultats inégaux dans les systèmes assurantiels

Les Pays-Bas se distinguent au sein des pays étudiés en ce que la démographie médicale et sa répartition territoriale n'y est pas perçue comme problématique. Ce constat issu d'une enquête de l'OCDE reflète la densité médicale relativement homogène sur le territoire, et le fait que la distance maximale entre un patient et le cabinet de médecin généraliste le plus proche n'y excède jamais 2,9km.

La Belgique fait état de certains déséquilibres sur le territoire – qui ont entrainé la mise en place des dispositifs incitatifs décrits ci-dessous. Les tentatives d'utilisation du conventionnement pour influer sur les choix des médecins ne portent cependant que sur leur choix de spécialisation et ne visaient pas à influer sur la répartition territoriale des installations.

Enfin, les données quant à la répartition de l'offre médicale en Allemagne montrent jusqu'à présent une homogénéité plutôt plus faible que dans les autres pays étudiés. Mais ces données datent d'avant la réforme du Bedarfsplan en 2012 et ses éventuels effets d'harmonisation entre les territoires. La littérature allemande sur ce domaine se concentre sur les déficits observés en régions rurales. Si certaines études (IHS, 2012) s'interrogent sur la capacité du Bedarfsplan à résorber ces déficits, La tendance semble bien pointer vers une réduction des inégalités ville-campagne en termes de densité médicale. Une étude récente[46] montre que la proportion de médecins en zone rurale a connu une forte augmentation au cours des dernières années : 11,5% des médecins en ville exerçaient à la campagne (villes de moins de 5 000 habitants) en 2013, contre à peine 5,9% en 2011, alors qu'en 2013, les zones rurales comptaient 7,3% de la population allemande. Les proportions de médecins exerçant dans les villes moyennes a connu une légère diminution sur la période (de 27,3% des praticiens à 26,6%) tandis que dans les grandes villes elle connaissait une très légère augmentation (de 38,5 à 39,0%), alors que ces régions comptaient respectivement 31,4 et 24,8% de la population en 2013. Cependant, la proportion de médecins exerçant dans les petites villes (entre 5 000 et 20 000 habitants) a fortement diminué (de 28,2% en 2011 à 23,0% en 2013) : cette situation semble d'autant plus problématique que les petites villes concentrent en 2013 un tiers (33,0%) de la population allemande.

[46] Cf. note 1

Répartition des médecins de ville et de la population en fonction de la taille des villes

Ville	% des médecins de ville		% de la population
	2011	2013	2013
Villes rurales (< 5000 hab.)	5.9%	11.5%	7.3%
Petites ville (5000 – 20 000 hab.)	28.2%	23.0%	33.0%
Villes moyennes (20 000 – 100 000 hab.)	27.3%	26.6%	28.4%
Grandes villes (> 100 000 hab.)	38.5%	39.0%	31.4%

Les Pays-Bas, la Belgique et l'Allemagne illustrent le cas de systèmes de santé assurantiels où l'accès à l'exercice dépend du conventionnement auprès des organismes de financement des soins. Que ces organismes soient publics ou privés, le principe de liberté d'installation a historiquement prévalu dans ces trois pays.

Plus récemment, des tentatives d'utilisation du conventionnement pour influer sur la répartition des effectifs de médecins entre spécialités (Belgique) et sur le territoire (Pays-Bas et Allemagne) sont apparues. Ces initiatives ont eu comme point commun de porter sur l'ensemble des spécialités présentes en ville dans les pays concernés. Elles diffèrent néanmoins en ce que seul le dispositif allemand vise à homogénéiser la densité médicale à un maillage fin sur le territoire national.

En outre, en Belgique et aux Pays-Bas, ces initiatives sont largement restées lettre morte :

- **En Belgique, la mise en place des quotas de conventionnement pour certaines spécialités n'étaient pas contraignants pour les universités, qui ont formé plus d'effectifs que ceux prévus par les quotas ;**
- **Aux Pays-Bas, l'Autorité de la Concurrence a estimé le fonctionnement du dispositif comme anticoncurrentiel, mais a reconnu la possibilité de telles initiatives dans le respect du droit de la concurrence.**

En Allemagne, en l'absence d'évaluation spécifique du dispositif, des données récentes suggèrent un rééquilibrage en faveur des zones rurales – mais au détriment des villes petites et moyennes tandis que les médecins restent concentrés dans les grandes villes.

2.2.4 Des incitatifs complémentaires

Qu'il s'agisse des systèmes publics ou des systèmes assurantiels, l'ensemble des dispositifs visant à influer sur la répartition des médecins doivent composer avec le fait que l'attractivité des spécialités et territoires pour les médecins obéit à des facteurs exogènes au système de santé décrits dans une étude de l'OCDE[47].

En premier lieu, l'environnement général joue un rôle majeur dans les décisions d'installation des médecins. Les territoires socio-économiquement désavantagés, et notamment les zones rurales, sont naturellement moins attractifs (infrastructures limitées, opportunités moindres pour les conjoints et les enfants).

Les conditions de travail apparaissent également comme un facteur important dans les choix d'installation des médecins de ville. Ainsi, pour les nouvelles générations de médecins et avec la féminisation de la profession, le mode d'exercice collectif devient le mode d'exercice privilégié et l'équilibre entre vie professionnel et vie privée apparait comme un facteur déterminant. Eu égard à ces facteurs, les territoires ruraux semblent à nouveau défavorisés en termes d'attractivité.

De plus, le niveau de rémunération extrêmement variable et potentiellement moins élevé dans les régions rurales favorise l'installation des médecins dans des zones urbaines.

- **Des dispositifs incitatifs alliant incitations financières et qualité de vie pour améliorer l'attractivité des territoires défavorisés pour les médecins**

En réponse à cet enjeu de surmonter l'attractivité différentielle des régions, de nombreux pays d'Europe mettent en place, outre les règles et procédures organisant les conditions d'installation, **des dispositifs incitatifs complémentaires.** Ces dispositifs qui reposent sur des mesures correctrices ont pour objectif de rendre les territoires défavorisés plus attractifs et de

[47] ONO, T., SCHOENSTEIN M., J. BUCHAN, "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. 2014.

réguler la répartition des médecins sur un territoire donné : Rémunérations complémentaires basées sur des objectifs de santé publique, primes pour l'installation de médecins dans certaines zones, aides à l'investissement immobilier ou à l'équipement, etc…

Si l'ensemble de ces dispositifs incitatifs ont en commun de concerner des territoires dont l'attractivité intrinsèque est jugée insuffisante, ils peuvent cependant diverger sur plusieurs aspects :

- En termes de zones ciblées
- En termes de médecins éligibles
- En termes de contenu

- **Certains dispositifs s'appuient sur la définition de zones prioritaires alors que d'autres fonctionnent de manière plus ad-hoc**

La plupart des dispositifs notamment les plus structurés et dotés en moyens sont orientés vers des zones définies comme prioritaires au regard de leur densité médicale.

Par exemple, en Belgique le fonds Impulseo I s'adresse aux médecins généralistes s'installant dans trois types de zones :

- Les territoires à faible densité médicale (répartition par territoires et non par communes - soit moins de 90 médecins généralistes par 100 000 habitants/soit moins de 125 habitants par km² et moins de 120 médecins généralistes par 100 000 habitants-)
- Les communes, voire les rues dites « zones d'action positive » dans le cadre de la politique des grandes villes, déterminées par critère de précarité[1] ;
- Certaines sous-parties de communes où la médecine générale a des caractéristiques particulières.

Néanmoins, les cadres réglementaires permettant le recours à des dispositifs incitatifs pour attirer les médecins dans des zones spécifiques laissent la possibilité d'initiatives sur des territoires ciblés de façon ad-hoc et non systématique.

- **Ces dispositifs ciblent différentes étapes du cycle formation/installation/exercice**

[1] Cf. Annexe 3

Les dispositifs d'incitation recensés dans les différents pays de l'étude se différencient par les conditions d'éligibilité des médecins.

En premier lieu, ils peuvent concerner des médecins à des stades différents de leur parcours professionnel :

- **Au moment des études** : Certains pays ont mis en place des mesures visant à orienter les futurs médecins au cours de leurs études : par exemple, au Royaume-Uni, le Collège Royal de Psychiatrie a créé 10 bourses de 5000£, afin d'attirer des élèves plus nombreux et meilleurs. Cependant dans aucun pays étudié n'a été mis en place de dispositif comparable au CESP. .
- **Lors de la première installation** : D'autres dispositifs visent à orienter les médecins au moment de leur installation. Ce type de dispositifs sont souvent mis en œuvre dans les systèmes assurantiels mais peuvent aussi l'être dans les systèmes publics. En pratique, il s'agit généralement d'incitations financières allouées aux médecins. En Belgique, le fonds Impulséo I, mis en place pour la première fois en 2006 par arrêté royal, accorde un prêt de 15 000€ sans intérêts pour toute première installation, avec une prime de 20 000€ pour les médecins choisissant de s'installer dans les territoires à faible densité médicale, une zone d'action positive ou un territoire où la médecine générale a des caractéristiques particulières. Par ailleurs, le Pays de Galle réfléchit à prendre en charge la dette contractée par les étudiants en médecine s'installant sur son territoire (mais cette idée a rencontré de vives critiques).
- **Pour les médecins au moment de l'installation ou déjà en exercice** : D'autres dispositifs visent le contingent de médecins au moment de l'installation et les médecins déjà en exercice. En pratique, ces dispositifs prennent la forme d'incitations financières. En Allemagne par exemple, la mise en place de dispositifs incitatifs a été autorisée en 2012, et à ce jour, 11 des 16 Länder ont mis en place une prime de 12 à 60 000€ pour les médecins s'installant dans une zone de pénurie, contre un engagement à exercer dans la zone variant de 5 à 10 ans. Cette prime s'adresse à tous les médecins (à noter, cette prime peut être accordée pour une primo-installation). En Espagne, les Communautés Autonomes ont proposé des mesures afin d'inciter les médecins à pratiquer en milieu

rural. Ces incitations prennent également la forme de compensations financières et incluent par exemple le remboursement des frais de déplacement.

- **Pour les médecins déjà en exercice** : D'autres dispositifs visent uniquement le contingent de médecins déjà en exercice. Par exemple, le Land de Thuringe a introduit une prime trimestrielle de 1 500€ dans les zones rurales en tension pour inciter les généralistes âgés de plus de 65 ans à continuer à exercer.

Certains dispositifs s'adressent uniquement à des médecins généralistes, d'autres à l'ensemble des médecins sans discrimination par rapport aux spécialités (c'est le cas de l'Allemagne). Enfin des dispositifs peuvent cibler des spécialités en priorité : Par exemple, Au Royaume-Uni, le *college* des urgentistes, étudie la possibilité de donner des congés supplémentaires aux médecins de cette spécialité.

- **Ces dispositifs incitatifs peuvent permettre de rendre des territoires plus attractifs (par des dispositifs autres que financiers) ou diminuer les réticences des jeunes médecins à s'installer dans des zones rurales**

Si les dispositifs présentés supra reposent essentiellement sur des incitations financières, d'autres dispositifs peuvent porter sur d'autres critères d'attractivité des territoires.

Ainsi, en Belgique, afin de fournir plus de service avec autant de moyens purement médicaux, les fonds Impulséo II et III octroient une aide financière à l'embauche de personnel administratif / la contractualisation de services administratifs. Le but de ce dispositif est de dégager du temps de consultation ; ce dispositif n'est pas conditionnel à la localisation du cabinet.

De même, en Allemagne, un médecin exerçant dans une région mal desservie médicalement pourra prendre jusqu'à 12 mois de congé parental à la naissance d'un enfant, congé pendant lequel le médecin sera remplacé.

Par ailleurs, d'autres dispositifs, plutôt que de rendre les territoires plus attractifs, peuvent viser à exposer les étudiants très tôt dans leur formation à pratiquer dans des zones défavorisées. Ces expériences peuvent alors remédier à certains a priori négatifs des. Elles peuvent notamment prendre la forme de stages dans des régions moins attractives. Par exemple en Ecosse, un tel dispositif a été mis en place, visant à encourager les expériences dans les territoires moins

attractifs. Il prévoit notamment un financement des GP pour proposer des expériences professionnelles aux étudiants dans les zones rurales.

Enfin, il existe une certaine interdépendance dans l'attractivité d'un territoire pour les différentes professions de santé. Comme précisé par le rapport de l'OCDE : « Geographic imbalances », les conditions de travail dans un territoire donné représentent un critère important dans le choix d'installations des médecins de ville. Or, les médecins de ville sont en forte interaction avec l'ensemble des autres acteurs de la chaine de soins et notamment avec les différentes professions paramédicales (infirmiers libéraux, etc…). De fait, de faibles densités de ces professionnels dans certaines zones rendent les conditions de travail pour les médecins de ville plus difficiles et se traduisent donc par une perte d'attractivité du territoire en question. Ainsi, des dispositifs incitatifs s'adressant à d'autres professions de santé et visant à en renforcer les densités dans un territoire donné, peuvent également renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins de ville.

Ainsi, dans la plupart des pays étudiés (hors Pays-Bas et, dans une moindre mesure, Espagne), un corpus de dispositifs incitatifs se développe depuis plusieurs années. Dans l'ensemble des pays, ces dispositifs visent à favoriser l'installation dans les zones les moins attractives et faisant face à un déficit de médecins en ville. Si ces dispositifs concernent en principe l'ensemble des spécialités présentes en ville, en pratique la médecine générale fait l'objet de la plupart des mesures, en lien avec les pénuries décrites précédemment. La France et la Belgique se distinguent en ce que des dispositifs nationaux y ont été mis en place, appuyés sur une définition uniforme des zones prioritaires sur le territoire. Dans les autres pays, le cadre réglementaire rend possible les dispositifs incitatifs, mais leur mise en place est prise en main par diverses parties prenantes (collèges des différentes spécialités au Royaume-Uni, Länder allemand…), selon des critères non uniformisés.

Ces dispositifs n'ont à ce jour pas fait l'objet d'évaluation, empêchant de comparer leur efficacité, d'identifier les approches pertinentes au regard des problématiques de spécialités ou de territoires peu attractifs, ou encore au regard des caractéristiques du système de santé dans lequel elles sont déployées.

PARTIE 3 : CONCLUSIONS

L'étude réalisée dans cinq pays européens a permis de décrire les principaux dispositifs actuels qui y régulent et orientent l'installation des médecins de ville, tant en termes de spécialités que de localisation, et de les rapprocher de la situation française.

Il convient néanmoins de souligner que ce travail s'est heurté à deux types de difficultés tenant :

- d'une part, aux données statistiques parfois hétérogènes ou manquantes quant au champ de l'étude proprement dit, à savoir les effectifs de médecins et les spécialités exercées en ville ;
- d'autre part, à l'absence d'évaluations des dispositifs en question : notre observation se limite à la situation de l'offre médicale dans les différents pays, alors que celle-ci ne peut être considérée, en toute rigueur, comme le produit exclusif des politiques décrites. Ainsi, le Royaume Uni se caractérise surtout par une sous-densité généralisée de médecins, certes en amélioration depuis quelques années, davantage due aux conditions d'accès au système éducatif plutôt qu'aux dispositifs de planification de l'installation des médecins déjà diplômés.

A l'exception des Pays-Bas, tous les pays étudiés connaissent des formes de régulation de l'installation des médecins en ville, y compris ceux de tradition libérale. Cette nécessité de réguler est induite par une préoccupation partagée par l'ensemble des pays de l'étude : instaurer en ambulatoire une logique de niveaux de recours aux soins, ce qui se traduit d'une part par le « balisage » du parcours du patient, d'autre part par la priorité donnée aux soins primaires dont le médecin généraliste est le pivot.

Or, **dans la majorité des pays, deux problèmes se posent** pour mettre en œuvre cet objectif commun : **l'attractivité insuffisante de la spécialité de médecine générale** d'une part, **l'attractivité insuffisante de certaines zones**, non seulement zones rurales et désertifiées, mais aussi urbaines, d'autre part. Sur ces deux points, la situation française n'apparaît pas comme la plus défavorable, la France étant surtout caractérisée par le vieillissement de ses médecins généralistes. Ceci peut être lu comme un effet de la planification puissante qui s'exerce en

amont de l'installation sur les flux d'étudiants tant en termes d'effectifs que de spécialisation et de localisation.

En effet, au niveau régional, la France est l'un des pays dans lequel la variation interrégionale de densité médicale est la plus faible. Le Royaume –Uni affiche également une dispersion régionale faible de la densité de médecin, mais celle-ci est, dans la majorité des régions, inférieure à la moyenne nationale française. A l'inverse, l'Espagne, autre système très fortement régulé au niveau de la formation comme de l'installation, présente des écarts bien plus importants. Les Communautés Autonomes appliquant de façon contrastée les principes de régulation inscrits dans la loi nationale. La dispersion régionale, est également élevée en Allemagne, autre pays où le dispositif de régulation de l'installation des médecins, bien que conçu au niveau national, est appliquée de façon décentralisée par les Länder.

L'absence de régulation aux Pays-Bas est quant à elle vraisemblablement une conséquence de l'attractivité moins inégale du territoire, et de l'absence de spécialités en ville autres que la médecine générale.

Plusieurs caractéristiques différencient in fine les dispositifs des pays :

- en premier lieu **leur nature plus ou moins contraignante ou incitative**, car ils ont été modelés progressivement à l'intérieur de deux types de systèmes de santé et de protection sociale : publics pour les uns, ou assurantiels pour les autres;
- en second lieu, leur **gouvernance plus ou moins déconcentrée ou décentralisée**, le danger de la décentralisation (critères et référentiels également définis au niveau local) étant, comme en Espagne ou en Allemagne, de recréer de fortes disparités sur le territoire au lieu de les réduire ;
- enfin, **l'articulation plus ou moins forte des dispositifs qui régulent en amont** les flux de médecins en formation **avec les conditions d'installation.**

Fait remarquable, ces trois caractéristiques ne sont pas superposables et ne permettent pas de dresser une typologie simplifiée des pays qui, au contraire, semblent avoir mis en place un éventail d'outils dont il est par ailleurs difficile d'appréhender l'application effective et le niveau d'impact.

Ainsi, concernant la régulation par les flux de médecins en formation, on constate que les deux pays à système « public » (Royaume Uni et Espagne) n'agissent pas selon la même logique, du moins à l'entrée des études : au Royaume Uni, le recrutement est à la main des établissements, comme en Allemagne, alors qu'une logique de planification par les besoins prévaut en Espagne, comme en Belgique et en France. Au moment de la spécialisation des étudiants, il apparaît en revanche que, dans la plupart des pays sauf l'Allemagne, des orientations soient fixées au niveau national, ce qui n'a pas fait obstacle à un déséquilibre croissant au détriment de la médecine générale comme vu dans la partie I. Enfin, **seuls deux pays articulent directement la régulation des médecins en formation et leur installation,** mais selon deux objectifs et deux modalités très différentes : le système espagnol affecte les médecins dans leur région de formation, le système belge ouvre des places de spécialités en fonction de quotas prédéterminés par l'assureur qui conventionnera les médecins. Il convient de souligner néanmoins qu'en l'absence de dispositif réglementaire garantissant le respect des quotas, les universités belges ont jusqu'à présent formé des effectifs au-delà de ces quotas.

Concernant les conditions d'installation proprement dites, il apparaît in fine que dans les deux pays à système dit public (NHS au RU et Communautés Autonomes en Espagne), **ce sont les structures de soins (cabinets au RU et centres de santé et de spécialités en Espagne) qui font l'objet d'une planification en fonction des besoins**. En cela, la logique d'organisation des soins en ville se rapproche de celle qui se pratique pour les établissements de santé en France. **L'installation ou plutôt l'activité des médecins dépend de leur affectation sur des places disponibles au sein de ces structures.** Ce dispositif est plus contraignant quantitativement et géographiquement en Espagne, où la Communauté Autonome affecte directement chaque médecin à un centre, et ce dans sa région de formation. Au Royaume-Uni, les cabinets disposent d'une marge de manœuvre quant au nombre de médecins généralistes recrutés pour y exercer. Les médecins ne sont en outre pas restreints géographiquement dans leur choix de cabinet où postuler.

En revanche, dans les pays à système conventionnel, le principe de liberté d'installation a été plus ou moins limité au fil du temps. Ainsi, en Allemagne, se pratique le Bedarfsplan, équivalent du système mis en place en France pour les infirmières, qui conduit à pouvoir refuser le

conventionnement à un médecin supplémentaire dans les zones estimées surdenses. Toutefois, il apparaît que 2% des médecins de ville ne sont pas conventionnés alors que la densité médicale de l'Allemagne est la plus élevée et toujours en croissance.

En Belgique, comme vu supra, la fixation de quotas de spécialistes qui seront ensuite conventionnés vise à influer en amont sur les effectifs formés et non au moment de l'installation et du conventionnement. Quant aux Pays-Bas, la pluralité des assureurs –qui constitue une différence structurelle significative– semble autoriser une logique de sélection et de référencement des médecins plus proche de celle des États-Unis : un médecin peut être retenu par certaines assurances et pas par d'autres. En pratique, il semble qu'à ce jour les médecins soient tous conventionnés auprès des assurances dont leurs patients sont souscripteurs, sans réelle sélection par les assureurs.

Enfin, des incitatifs financiers ont été créés pour répondre au problème de la localisation en zones sous-denses et s'appliquent à différents stades (études, primo-installation ou médecins déjà en exercice). La durée des engagements des médecins qui en bénéficient constitue un critère important pour juger de l'efficacité structurelle de tels outils sur l'offre de soins. Cependant, l'étude ne s'est pas attardée sur les impacts précis de ces politiques incitatives soit par manque de données en raison de leur mise en place trop récente.

La connaissance des dispositifs français conduit à soulever quelques questions auxquelles cette étude n'apporte pas véritablement de réponses dans les pays de la comparaison :

- les outils prévisionnels dont disposent réellement les décideurs ne sont décrits que de façon succincte et théorique : compte tenu des difficultés rencontrées en France par exemple pour modéliser effectivement les évolutions de la démographie médicale sur le long terme, il serait intéressant de creuser cette question déterminante pour une bonne prise de décision ;
- de même, si l'étude met en évidence l'importance très variable des médecins à diplôme étranger dans chaque pays et le fait qu'ils ne constituent pas un correctif puisqu'il n'y a pas corrélation entre la densité médicale et leur poids, il conviendrait de cerner de plus près les raisons de la plus ou moins grande attractivité des différents pays.

BIBLIOGRAPHIE

Documents utilisés pour étudier la France

- **Textes législatifs consultés**

- Code de la santé publique - Article L4131-1 [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688811&dateTexte=&categorieLien=cid
- Code de la santé publique - Article L4111-1 [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688646&dateTexte=&categorieLien=cid
- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 [En ligne] Disponible sur : http://csmf.fr/upload/File/Conv_med/conv_med_annexes_110726.pdf
- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, article 4, Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658
- Code général des collectivités territoriales. L. 1511-8. - I. [En ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI000006389501&dateTexte=&categorieLien=cid
- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, sous-titre 1, Articles 1 et 2, [En ligne]. Disponible sur : http://www.csmf.org/upload/File/Conv_med/conv_med_annexes_110726.pdf
- Code de la sécurité sociale, Article L 162-47, [En ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741428&dateTexte=&categorieLien=cid
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 46, [En ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475

- Conseil national de l'ordre des médecins, [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/
- Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000257340&dateTexte=&categorieLien=id
- Article L162-47 du Code de la Sécurité Sociale, [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741428&dateTexte=&categorieLien=cid
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 8, [En ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id

Documents consultés

- Conseil de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2013.
- ARS Pays de Loire, Les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes dans les Pays de la Loire, Août 2008
- HIRSCH Vincent, « La médecine de ville », *Le Nouvel Observateur*, 2009 [En ligne] Disponible sur : http://referentiel.nouvelobs.com/file/2921196.pdf
- Centre d'analyse stratégique, la mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ?, *la note d'analyse*, n°308, décembre 2012

Documents consultés pour étudier les Pays-Bas

- ## Documents consultés en ligne

- Institut National de Santé Publique et de l'Environnement du Ministère de la Santé, du Bien-Etre et des Sports. Carte des densités médicales [En ligne]. Disponible sur : http://www.zorgatlas.nl
- Gouvernement Néerlandais [En ligne]. Disponible sur : http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/ben-ik-vrij-om-zelf-een-huisarts-te-kiezen-en-hoe-verander-ik-van-huisarts.html
- Medischcontact. Numerus fixus geneeskunde afgeschaft 2012 [En ligne]. Disponible sur : http://medischcontact.artsennet.nl/artikel/110743/numerus-fixus-geneeskunde-afgeschaft.htm
- Capaciteitsorgaan. Schéma du modèle du Capaciteitsorgaan, [En ligne]. Disponible sur : http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/2011_02_22%20Model%20IVA%20met%20correctie.pdf
- Autoriteit Consument & Markt. « Boetebesluit vestigingsadviezen Landelijke Huisartsen Vereniging » publié le 30 décembre 2011 [En ligne]. Disponible sur : https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/4595/Boetebesluit-vestigingsadviezen-Landelijke-Huisartsen-Vereniging/
- Autoriteit Consument & Markt. «Vestigingsadvies LHV beperkte keuze patienten en nieuwe huisartsen » publié le 10 février 2014 [En ligne]. Disponible sur : https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/12604/Vestigingsadvies-LHV-beperkte-keuze-patienten-en-nieuwe-huisartsen/
- Knmg. « Buitenlandse artsen van binnen de EU »[En ligne]. Disponible sur : http://knmg.artsennet.nl/Diensten/Beroepskeuze/Wet-en-regelgeving-2/Buitenlands-gediplomeerden/Procedures/Buitenlandse-artsen-van-binnen-de-EU.htm
- Medischcontact, « KNMG wil buitenlands talent niet verloren laten gaan » [En ligne]. Disponible sur : http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/22899/knmg-wil-buitenlands-talent-niet-verloren-laten-gaan.htm
- Ministère de la Santé, du Bien-Etre et des Sports. Processus de sélection des médecins, - [En ligne]. Disponible sur : https://www.bigregister.nl/en/

- ### Articles de presse

- Laat minder studenten geneeskunde toe, *Nu.nl*, Publié le 22 octobre 2013, [En ligne]. Disponible sur : http://www.nu.nl/politiek/3608309/laat-minder-studenten-geneeskunde-toe.html
- Negatieve vestigingsadviezen huisartsen komen zelden voor, *Mednet.nl,* publié le 12 janvier 2012, [En ligne]. Disponible sur : http://www.mednet.nl/nieuws/id5771-negatieve-vestigingsadviezen-huisartsen-komen-zelden-voor.html

Documents consultés pour étudier le Royaume-Uni

- ### Documents consultés en ligne

- National Health Service. Securing the Future GP Workforce: delivering the mandate on GP expansion, mars 2014. Disponible sur: http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/07/GP-Taskforce-report.pdf
- National Health Service. Securing excellence in commissioning primary care: Annex 2 Tasks and functions, juin 2012 [En ligne]. Disponible sur : http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/task-func.pdf
- National Health Service, Securing excellence in commissioning primary care, juin 2012 [En ligne]. Disponible sur : http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/ex-comm-pc.pdf
- Kingsfund. General practice in England: An overview, septembre 2009, [En ligne]. Disponible sur : http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/general-practice-in-england-overview-sarah-gregory-kings-fund-september-2009.pdf
- Number of trainee doctors to be cut, *Health Service Journal*, publié le 6 décembre 2012, [En ligne]. Disponible sur: http://www.hsj.co.uk/news/number-of-trainee-doctors-to-be-cut/5052618.article
- RIMMER Abi, “Can trainees be encouraged to take up unpopular specialties?” BMJ Careers, publié le 14 avril 2014, [En ligne]. Disponible sur: http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20017222

- MACVICAR R., SIDERFIN C., WILLIAMS C., “Training the rural GPs of the future” BMJ Careers, 28 février 2012, [En ligne]. Disponible sur: http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20006803
- BOYLE S., United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1–486, [En ligne], Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
- Schéma de recrutement de généralistes de 2006, Disponible sur : https://www.whatdotheyknow.com/request/15108/response/37589/attach/2/Long%20Email%20Body%2004%2008%202009.html

Articles de presse

- Anger over Newcastle practice closure, Health Service Journal, publié le 21 février 2014), [En ligne]. Disponible sur : http://www.hsj.co.uk/hsj-local/ccgs/nhs-newcastle-west-ccg/anger-over-newcastle-practice-closure/5068225.article#.U5qvdfmSwnU
- Meeting will be held to discuss closure of Scotswood GP practice, *LiveChronicle*, publié le 22 février 2014), [En ligne]. Disponible sur : http://www.chroniclelive.co.uk/news/health/meeting-held-discuss-closure-scotswood-6742034
- England's best-rated GP surgery under threat of closure thanks to NHS budget cuts, *Mirror*, publié le 13 décembre 2014, [En ligne]. Disponible sur : http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/nhs-cuts-englands-best-rated-gp-2920874
- GP practice closed after failing to meet CQC premises standards, *Pulsetoday*, publié le 8 février 2014, [En ligne]. Disponible sur : http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/regulation/gp-practice-closed-after-failing-to-meet-cqc-premises-standards/20004317.article#.VNczOvmG-Gk
- Figures show extent of NHS reliance on foreign nationals, *The Guardian*, publié le 26 janvier 2014), [En ligne]. Disponible sur : http://www.theguardian.com/society/2014/jan/26/nhs-foreign-nationals-immigration-health-service

- The NHS must raise the bar for foreign doctors,*Telegraph*, [En ligne], Disponible sur : http://www.telegraph.co.uk/health/nhs/10772690/The-NHS-must-raise-the-bar-for-foreign-doctors.html
- International graduates should face higher bar to work in the UK, finds GMC-commissioned research, *PulseToday,* publié le 17 avril 2014, [En ligne*]. Disponible sur :* http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/practice-topics/education/international-graduates-should-face-higher-bar-to-work-in-the-uk-finds-gmc-commissioned-research/20006463.article?msgid=26591#.VNc2ufmG-Gk

Documents consultés pour étudier l'Espagne

• Documents consultés en ligne

- Décret Royal 183/2008, 8 février 2008, « Por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada »
- Spanish Ministry of Health, "Supply and need for specialist doctors in Spain (2010-25)", Dec. 2011
- Foro de la Profesión Médica de España, Por qué Numerus Clausus en Medicina? Razones para frenar la apertura de nuevas Facultades de Medicina [En ligne]. Disponible sur : http://www.uv.es/medidocs/deganat/ComunicadoForo.pdf
- Confédération des syndicats médicaux, Los médicos hemos perdido como mínimo un 25% de nuestro poder adquisitivo desde 2010 ? Publié le 25 septembre 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.cesm.org.es/index.php/laboral/retribuciones/2653-los-medicos-hemos-perdido-como-minimo-un-25-de-su-poder-adquisitivo-desde-2010

• Articles de presse

- Sanidad podrá revisar la oferta de plazas MIR de las CCAA, *Diario Medico*, publié le 27 mars 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.diariomedico.com/2014/03/27/area-profesional/profesion/sanidad-podra-revisar-oferta-plazas-mir-ccaa
- Un médico recibe 2.733 euros más 17 posibles complementos, *Canarias7.es*, publié le 26 octobre 2011, [En ligne], Disponible sur : http://www.canarias7.es/articulo.cfm?Id=235440
- La sanidad andaluza: mucho ruido y pocas nueces, *El Mundo*, publié le 8 février 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/08/noticias/1360315856.html

Documents consultés pour étudier la Belgique

- ## Documents consultés en ligne

- La performance du système de santé belge – Rapport 2012, Centre d'expertise des soins de santé (KCE), Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2012
- Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE), Statbel : [En ligne], Disponible sur : http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Fonds d'impulsion de la médecine générale (Impulséo 1, 2 et 3) En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/Pages/default.aspx#.VNhw9vmG-Gk
- VIGNEUL Michel, « Principales caractéristiques du système de Santé belge (niveau fédéral) », publié en 2013, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) [En ligne], Disponible sur : http://www.coopami.org/fr/coopami/realisation/2013/pdf/2013110401.pdf
- Etats généraux de la Wallonie, 2009
- Portail Belgium.be, [En ligne], Disponible sur : http://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/hopitaux/
- DAUE F., CRAINICH D., *L'avenir des soins de santé : Oser le diagnostic et les thérapies*, Itinera Institute, 2008, [En ligne], Disponible sur : http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/books/pdf/future_hc_fr1.pdf
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), le dossier médical global (DMG), [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/dossier-medical-global.aspx#.VNdSPvmG-Gk
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Rapport d'activité des médecins généralistes en 2011, [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/feedback/Pages/rapport-activite-medecin-generaliste-2011.aspx#.VNdSnvmG-Gk

- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Impulséo I, [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/impulseoI/Pages/default.aspx#.VNeWvPmG-Gk
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Impulséo II, [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/Pages/impulseo-II-soutien-financier-employe(e)-regroupement-medecins-generaliste.aspx#.VNeW-PmG-Gk
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Impulséo III, [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/Pages/impulseo-III-intervention-couts-salariaux-employe-assiste-medecin-generaliste.aspx#.VNeXHfmG-Gk
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Le Service des soins de santé, [En ligne], Disponible sur : http://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/service-soins-sante.aspx#.VNebqvmG-Gk
- Service public fédéral de Belgique, Commission de planification - offre médicale, [En ligne], Disponible sur : http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Physiotherapists/CouncilsandCommissions/PlanningCommission/index.htm?fodnlang=fr#.VNebcvmG-Gk
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008, L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis, [En ligne], Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027308.pdf
- Association luxembourgeoise des étudiants en médecine, [En ligne], Disponible sur : http://www.alem.lu/
- *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique*, Cellule Planification de l'Offre des Soins de Santé, Direction Générale des Soins de Santé, 2014
- Association belge des syndicats médicaux, communiqué de presse le 27 mars 2012, [En ligne], Disponible sur : http://www.absym-bvas.be//downloads/xlcq/130327_emigration_def_fr.pdf

- ## Articles de presse :

- La Belgique perd ses médecins, *La Libre*, publié le 13 mars 2012, [En ligne], Disponible sur : http://www.lalibre.be/actu/belgique/la-belgique-perd-ses-medecins-51b8e745e4b0de6db9c5d414
- Le nombre de médecins étrangers a augmenté de moitié en quatre ans, *Le Soir*, Publié le 25 mars 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.lesoir.be/214228/article/actualite/fil-info/fil-info-belgique/2013-03-25/nombre-medecins-etrangers-augmente-moitie-en-quatre-ans
- Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crise, Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique, publié en 2014, [En ligne], Disponible sur : http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19085617.pdf
- 1.632 médecins de trop en 2017, *Dhnet*, Publié le 28 novembre 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.dhnet.be/actu/belgique/1-632-medecins-de-trop-en-2017-5285b3e93570ea593dbbc837
- Dans tous les pays, la volonté de mieux encadrer le nombre de médecins, *Le Monde*, Publié le 10 septembre 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/04/05/dans-tous-les-pays-la-volonte-de-mieux-encadrer-le-nombre-de-medecins_4396416_3224.html
- Résultats catastrophiques pour les étudiants en médecine belges, *Le Figaro*, Publié le 2 juillet 2013, [En ligne], Disponible sur : http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/resultats-catastrophiques-pour-les-etudiants-en-medecine-belges-2328/
- La Belgique veut moins d'étudiants français, *Le Figaro*, Publié le 27 mai 2012 [En ligne], Disponible sur : http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/medecine-la-belgique-veut-moins-d-etudiants-francais-133/
- LUONG Julie, La chasse aux médecins, *Référence,* publié le 21 juin 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.references.be/carriere/choisir/La-chasse-aux-medecins

- Numerus clausus: les trois doyens francophones lancent un ultimatum au gouvernement, *Dh.be,* publié le 4 novembre 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.dhnet.be/actu/belgique/numerus-clausus-les-trois-doyens-francophones-lancent-un-ultimatum-au-gouvernement-542f8261357030e610442b36
- Le nombre de médecins étrangers a augmenté de moitié en quatre ans, *Le Soir,* publié le 25 mars 2013, [En ligne], Disponible sur : http://www.lesoir.be/214228/article/actualite/fil-info/fil-info-belgique/2013-03-25/nombre-medecins-etrangers-augmente-moitie-en-quatre-ans

Documents consultés pour étudier l'Allemagne

Documents consultés en ligne

- Site de l'Office fédéral allemand de la statistique, publié en 2014, [En ligne], Disponible surhttps://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html
- Office fédéral de la Statistique (articles sur les dépenses de santé en Allemagne), 2014
- Association des Médecins en Allemagne, 2014, (informations sur les médecins de ville par spécialité, et la présence de médecins étrangers)
- Versorgung Atlas, Die medizinische Versorgung - regional betrachtet, [En ligne], Disponible sur : http://www.versorgungsatlas.de/
- Institut für Höhere Studien, [En ligne], Disponible sur : http://www.ihs.ac.at/
- Pharmazeutische-zeitung, Weiter Weg zu personalisierter Therapie, [En ligne], Disponible sur : http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=35553
- Etude et données sur les Site internet des associations de caisses-maladies, [En ligne], Disponible sur : http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bundesmantelvertrag.jsp
- Associations de caisses-maladies (2010, 2012), [En ligne], Disponible sur : https://www.kbv.de/38805.html, https://www.kbv.de/39452.html
- Institut centrale des soins de caisse maladie (ZI, 2014)

- Site d'association des pharmaciens, (publié le 29 décembre 2012), [En ligne], Disponible sur : http://www.aponet.de/aktuelles/aus-gesellschaft-und-politik/2012-12-ueberweisung-ab-2013-direkt-zum-facharzt.html
- Publication de l'Office Fédéral pour l'Immigration et les Réfugiés (BAMF) [En ligne], Disponible sur : http://www.zwst.org/cms/documents/77/de_DE/BAMF_Informationsbroschuere_Aerzte_web.pdf
- Institut für Höhere Studien IHS, (2012), [En ligne], Disponible sur : http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.566469&action=b&cacheability=PAGE
- Institut Central de Soins des Caisses d'Assurance Maladie (2014), [En ligne], Disponible sur : http://www.mdr.de/nachrichten/mitteldeutschland-droht-erheblicher-aerztemangel100.html
- Site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), (2005), [En ligne], Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/108460/E85472G.pdf
- Site du Bundeszentrale für politische Bildung (Bpb), (publié le 1er mars 2012), [En ligne), Disponible sur : http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72616/verguetung-vertragsaerztlicher-leistungen?p=all
- Site du Bundeszentrale für politische Bildung (Bpb), (publié le 17 septembre 2014), [En ligne], Disponible sur : http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen?p=all
- Site du Bundesaerztekammer (ordre des médecins allemands), publié en 2010, [En ligne], Disponible sur : http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pd
- Site du Bundesaerztekammer (ordre des médecins allemands), publié en 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Internationale-Bedarfsplanung.pdf
- Site du Bundesaerztekammer (ordre des médecins allemands), publié en 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002

- Site du Gemeinsamer Bundesausschuss, [En ligne], Disponible sur : http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/aufgabe/
- Site de l'Office fédéral pour la migration et les réfugiés, publié en 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.zwst.org/cms/documents/77/de_DE/BAMF_Informationsbroschuere_Aerzte_web.pdf
- Site du Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, « Arztinnen in der vertragsärztlichen versorgung » publié en 2006, [En ligne], Disponible sur : http://www.aerztinnenbund.de/downloads/5/broschuere-aerztinnen%20in%20der%20vertragsaerztlichen%20versorgung.pdf
- Hoschchlstart, [En ligne], Disponible sur : http://hochschulstart.de/index.php?id=515
- Chirurg-werden, [En ligne], Disponible sur : http://www.chirurg-werden.de/de/index
- Körperschaft des öffentlichen Rechts, [En ligne], Disponible sur : http://www.laekh.de/mfa-arzthelfer-innen/berufsausbildung/index.html
- Stiftung für Hochschulzulassung [En ligne], Disponible http://www.hochschulstart.de/

- **Articles de presse**

- Trotz Aus für Praxisgebühr weiter Facharzt-Überweisungen nötig, *Waz*, publié le 7 février 2012, [En ligne], Disponible sur : http://www.derwesten.de/region/trotz-aus-fuer-praxisgebuehr-weiter-facharzt-ueberweisungen-noetig-id7575204.html
- Bericht: Immer mehr ausländische Ärzte kommen nach Deutschland, *Polenum*, publié le 16 avril 2014, [En ligne], Disponible sur : http://www.polenum.com/politik_energie_umwelt_meinung/bericht-immer-mehr-auslaendische-aerzte-kommen-nach-deutschland/
- Studie : Verbände warnen vor Ärztemangel, *Pharmazeutische-zeitung* [En ligne], Disponible sur : http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=35186

Documents théoriques et bases statistiques utilisés pour le rapport

- ONO, T., LAFORTUNE, G., SCHOENSTEIN, M., “Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries”, OECD Health Working Papers, No. 62, 2013
- ONO, T., SCHOENSTEIN M., J. BUCHAN, “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. 2014
- PARIS V., DEVAUX M., WEI L., “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD. 2010
- OCDE (2008), « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France », OECD, Health Working Papers, No. 36, Éditions OCDE.
- BUCHAN J., BALDWIN S., MUNRO M., (2008), “Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006”, OECD Health Working Papers, No. 38, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/228550573624
- FUJISAWA R., LAFORTUNE G., “The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?” OECD Health Working Papers, No. 41, OECD, 2008 Publishing http://dx.doi.org/10.1787/228632341330

- Service des études juridiques du Sénat, Étude de législation comparée n° 185 - mai 2008 - La démographie médicale. [En ligne], Disponible sur : http://www.senat.fr/lc/lc185/lc1850.html
- Les migrations internationales des personnels de santé : améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale, OCDE, février 2010
- Directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Statistical Atlas – Eurostat Regional Yearbook 2014, Eurostat, 2014

Figure 1 - Densité de population en Europe, 2012 (habitants / km²) 15

Figure 2 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance pour les pays de l'étude, 1980 - 2013 16

Figure 3 - Durée de vie en bonne santé à 65 ans pour les femmes en Europe, 2012 16

Figure 4 Durée de vie en bonne santé à 65 ans pour les hommes en Europe, 2012 17

Figure 5 - Evolution de l'ensemble des médecins généralistes libéraux et des médecins généralistes libéraux dits "à part entière", 1995 - 2013 22

Figure 6 - Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux et aux médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans 23

Figure 7 - Densités de médecins, selon la définition de l'effectif, dans les pays de l'étude, 2011 24

Figure 8 - Evolution des densités de médecins en exercice dans les pays de l'étude, 2005 - 2013 25

Figure 9 - Evolution des densités de médecins en exercice dans les pays de l'étude, 2005 - 2013 25

Figure 10 - Part des médecins à diplôme étranger par pays (toute spécialités et tous modes d'exercice) 26

Figure 11 - Part de médecins étrangers en France parmi les primo-inscrits et l'ensemble des médecins 26

Figure 12 - Part de diplômés étrangers en France selon le secteur d'activité 27

Figure 13 - Densité de médecins par région de niveau territorial 2, 2011 (moyenne nationale indiquée en rouge) .. 28

Figure 14 - Densité de médecins par type de zones (urbaines et rurales) pour la France et la Belgique 29

Figure 15 - Tableau de correspondance des effectifs totaux pour les pays de l'étude 30

Figure 16 - Evolution de la densité de médecins par catégorie dans les pays de l'étude, 2005 - 2013 30

Figure 17 - Nombre de médecins par spécialité en France selon le RPPS et l'OCDE, 2012 31

Figure 18 - Répartition entre médecins généralistes et spécialistes dans les pays de l'étude, 2011 31

Figure 19 – Evolution des densités de médecins généralistes dans les pays de l'étude, 2005 - 2013 32

Figure 20 - Evolution des densités de médecins spécialistes dans les pays de l'étude,2005 - 2013 33

Figure 21 - Répartition des médecins selon les spécialités dans les pays de l'étude, 2011 34

Figure 22 - Part des médecins âgés de 55 ans et plus dans les pays de l'étude, en 2000 et 2011 35

Figure 23 – Age moyen MG/autres spécialistes en France (selon nationalité du diplôme) 35

Figure 24 - Pourcentage de femmes parmi les médecins dans les pays de l'étude, en 2000 et 2011 (ou année la plus proche) 36

Figure 25 - Répartition des médecins selon le secteur d'activité dans les pays de l'étude, 2011 37

Figure 26 - Les données de la base de l'OCDE pour 2011 37

Figure 27 – Intensité de l'organisation des soins primaires 38

Figure 28 - Synthèse des situations d'offre de médecins des pays de l'étude 39

Figure 29 – Evolution du numerus clausus de médecine 44

Figure 30 - Organisation des études et régulation des quatre professions 45

Figure 31 – Pourcentage d'étudiants ayant changé de subdivision pour leur affectation après les ECN 45

Figure 32 – Proportion de médecins qui exercent dans une région et qui ont eu leur diplôme dans cette région 46

Figure 33 - Intensité des dispositifs de régulation au niveau de la formation et de l'installation des médecins 52

Figure 34 - Organisation des cabinets de généraliste au sein de la NHS 60

Figure 35 - Echelle de salaire annuel brut des médecins spécialistes (hors MG) en Espagne, par Communauté Autonome (2012) 65

Figure 36 - Répartition des médecins de ville en Allemagne par statut et mode d'exercice - 2010 68