
**PROJET OCDE SUR LA MIGRATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LE CAS DE
LA FRANCE**

Roland Cash et Philippe Ulmann

36

Non classifié

DELSA/ELSA/WP2/HEA(2008)3



Organisation de Coopération et de Développement Économiques
Organisation for Economic Co-operation and Development

01-Oct-2008

Français - Or. Français

DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales
Comité de la santé

DELSA/ELSA/WP2/HEA(2008)3
Non classifié

OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 36

PROJET OCDE SUR LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LE CAS DE LA FRANCE

Roland Cash et Philippe Ulmann

JEL Classification: J61, I19

Français - Or. Français

JT03251709

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format

DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

DOCUMENTS DE TRAVAIL

Le but de cette série de documents est de fournir à un plus grand nombre de lecteurs des études sur les politiques sociales et du marché du travail destinées à l'origine à un usage interne à l'OCDE. En général, ces études ont un caractère collectif, et seuls les auteurs principaux sont cités nommément. Les documents ne sont généralement disponibles que dans leur langue d'origine -- anglais ou français -- avec un résumé dans l'autre langue.

Les commentaires sont les bienvenus, et sont à envoyer à la Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16, France. Des exemplaires supplémentaires, en nombre limité, sont disponibles sur demande.

Les opinions exprimées et les arguments employés dans ce document sont la responsabilité des auteurs, et ne représentent pas nécessairement ceux de l'OCDE.

Les demandes de reproduction ou de traduction totales ou partielles doivent être adressées à :

**M. le Chef du Service des Publications
OCDE
2, rue André-Pascal
75775 Paris, Cedex 16
France**

Copyright OCDE 2008

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier pour leur aide dans la recherche d'informations :

- Richard BARTHES (DHOS)
- Martine BURDILLAT (DREES, secrétariat de l'ONDPS)
- Isabelle MENGER (DHOS)
- Daniel SICART (DREES)
- le Conseil National de l'Ordre des Médecins

et d'une manière générale les différents bureaux de la DREES et de la DHOS pour leurs remarques critiques sur le présent document.

Ce rapport fait partie d'une série d'études de cas effectuées dans le cadre d'un projet sur les travailleurs de la santé et les migrations internationales. Ce dernier a été réalisé conjointement par l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé, qui a envoyé l'un de ses collaborateurs auprès de la première à cet effet. Nous sommes reconnaissants aux autorités suisses du concours qu'elles ont apporté en vue de financer le détachement de cette personne.

Le financement du projet sur les travailleurs de la santé et les migrations internationales a été assuré par un soutien direct de l'Australie et du Canada, ainsi qu'au moyen des contributions volontaires apportées par d'autres pays membres au titre du programme de travail sur les performances des systèmes de santé.

Le projet sur les travailleurs de la santé et les migrations internationales a été également financé à l'aide d'une subvention de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne. Néanmoins, les opinions exprimées dans ce rapport ne sont pas censées refléter le point de vue officiel de l'Union européenne.



RÉSUMÉ

1. Ce document examine la démographie des professionnels de la santé en France ainsi que les évolutions récentes des politiques migratoire relatives aux professionnels de la santé. Il traite également de la planification des effectifs et du rôle possible du recrutement du personnel de la santé étranger dans les années à venir.

2. L'évolution des effectifs au cours des années 90 a été marquée par des restrictions concernant la formation de médecins et d'infirmières. Depuis lors, les capacités de formation ont été fortement accrues, et la France se situe ainsi au niveau de la moyenne européenne et au dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE en termes de densité de médecin. Les chiffres disponibles montrent qu'en France, le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. Une proportion importante de ceux qui sont formés à l'étranger sont originaires de pays membres de l'Union Européenne, notamment en raison des dispositions législatives européennes, qui vise à faciliter la reconnaissance de diplôme des ressortissants de l'UE pour la plupart des professions de la santé. Pour ce qui est des diplômés hors Union Européenne, ils doivent répondre à des mesures plus restrictives, mises en place par la législation française, qui limite l'accès à la profession. Les médecins et infirmiers formés à l'étranger sont principalement employés en milieu hospitalier.

3. Dans les derniers modèles de projections, l'évolution des effectifs de médecins est essentiellement liée à celle du numerus clausus et ne font d'hypothèse particulière en ce qui concerne la migration. Dans le même sens, les politiques actuelles de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé n'envisagent pas de recourir au recrutement international mais s'appuient sur un ensemble de mesures structurelles liées à l'âge de départ en retraite, à la coopération entre établissements hospitaliers et à d'autres mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zone mal desservies. Cependant, le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE les flux migratoires en provenance de pays d'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier.

SUMMARY

4. This report examines health workforce demographics in France, together with recent trends in migration policies regarding health professionals. It also analyses workforce planning and the possible role of the recruitment of foreign health workers in coming years.

5. Workforce trends in the 1990s were marked by restrictions governing the training of doctors and nurses. Since then, training capacities have expanded significantly, and France is now on a par with the European average and above the OECD-wide average in terms of density of doctors. The available figures show that the international recruitment of health professionals does not play a decisive role in France. A large share of foreign-trained health workers come from EU countries, in particular because of the European legislation aimed at facilitating recognition of diplomas of EU nationals for most health professions. Non-EU diplomas, however, are subject to tighter restrictions laid down by French legislation, which limits access to the profession. Foreign-trained doctors and nurses are primarily employed in hospitals.

6. In the latest projection models, the trend of the total stock of doctors is linked mainly to the trend of the French medical-studies admissions quota (*numerus clausus*), and no particular assumption is made regarding migration. Similarly, the current human resource management policies in the health sector do not envisage resorting to international recruitment, but are based on a series of structural measures involving the retirement age, co-operation among hospitals and other incentives aimed at encouraging health professionals to move to underserved areas. However, the role of foreign recruitment cannot be overlooked, since with EU enlargement there might be an increase in migration from Central and Eastern European countries, especially Romania.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ.....	4
SUMMARY.....	5
OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROJET.....	9
1. RESSOURCES HUMAINES DU SYSTÈME DE SANTÉ : OÙ EN SOMMES-NOUS ?.....	10
1.1 Données générales.....	10
1.1.1 Éléments de cadrage.....	10
A. Les conditions de recrutement des médecins, pharmaciens et odontologistes (chirurgiens-dentistes) ressortissants de pays hors EEE et titulaires de diplômes étrangers.....	12
B. Les infirmiers ressortissants de pays hors EEE et titulaires de diplômes étrangers.....	12
C. Les autres professions.....	12
1.1.2 Les médecins en 2006.....	12
1.1.3 Les infirmiers.....	18
1.1.4 Données d'évolution.....	20
1.2. Lieu de formation et lieu d'exercice.....	25
1.3 Contexte macro-économique.....	30
1.4. Rémunérations.....	37
1.4.1. Les médecins.....	37
1.4.2. Les infirmiers.....	46
Postes vacants, emploi temporaire.....	50
1.5.1 Les médecins.....	50
1.5.2 Les infirmiers.....	54
2. POLITIQUES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES.....	55
2.1 Formation, régulation du nombre de diplômés.....	55
2.1.1 Le cas des médecins.....	55
FORMATIONS MÉDICALES RÉSERVÉES AUX ÉTUDIANTS ET MÉDECINS ÉTRANGERS.....	57
AUTRES FORMATIONS.....	58
a) Numerus clausus.....	59
b) Épreuves classantes nationales et choix des spécialités.....	61
c) Nationalité et lieu de diplôme.....	66
2.1.2 Le cas des infirmières.....	69
2.2 Politique de maintien en activité et de départ en retraite.....	73
2.3 Recrutement international de professionnels de santé et leur intégration dans le système de santé75	
2.3.1 Les procédures d'intégration dans le système de santé des professionnels étrangers ou ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.....	75
2.3.2 Impact de l'immigration au sein des professions de santé par comparaison à d'autres secteurs80	
2.3.3 L'estimation des effectifs de médecins étrangers en secteur hospitalier.....	81
2.3.4 Caractéristiques des médecins étrangers et/ou à diplôme étranger en France.....	82

2.3.5	Evaluation du nombre de médecins étrangers et/ou à diplôme étranger en France d'après les données du CNOM.....	83
2.3.6	Les flux dans les autres professions de santé.....	88
2.3.7	Programmes spécifiques d'immigration.....	89
3	UNE VISION PROSPECTIVE SUR LE RÔLE DU RECRUTEMENT INTERNATIONAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS DANS LA GESTION ET LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN MATIÈRE DE SANTÉ....	92
3.1	Les travaux de projections démographiques.....	92
	Scenarii d'évolution du numerus clausus.....	94
3.2	L'évolution des métiers.....	96
3.3	Les mesures de politique de santé.....	98
3.4	La question du recours à des professionnels de nationalité étrangère.....	101
	CONCLUSION.....	104
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	106
	ABRÉVIATIONS.....	111

Tableaux

Tableau 1.	Effectif de l'ensemble des médecins en France au 1er janvier 2006.....	13
Tableau 2.	Médecin par type d'activité au 01/01/2006.....	14
Tableau 3.	Densité de médecins par région pour 100 000 habitants dans les établissements privés* et publics** au 01/01/2005.....	15
Tableau 4.	Effectif d'infirmiers ayant une spécialisation au 1er janvier 2007.....	19
Tableau 5.	Evolution du nombre d'Aides-soignants, d'infirmiers et de médecins pour 1000 hab. depuis 1985 en France métropolitaine.....	21
Tableau 6.	Principaux indicateurs synthétiques sur les professions de santé.....	22
Tableau 7.	Evolution du nombre de médecins et de leurs principales caractéristiques depuis 1985 en France métropolitaine.....	22
Tableau 8.	Effectifs de médecins actifs par spécialités en 1990 et 2005 (France entière).....	24
Tableau 9.	Proportion des professionnels de santé exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger.....	26
Tableau 10.	Proportion des médecins généralistes et spécialistes exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger.....	27
Tableau 11.	Départs en retraite des personnels médicaux et soignants dans le secteur hospitalier.....	30
Tableau 12.	Croissance de la dépense de santé réelle par habitant, sur les 2 dernières décennies.....	30
Tableau 13.	Croissance du PIB par habitant, sur les 2 dernières décennies.....	31
Tableau 14.	Dépenses de santé remboursées par personne protégée en € et densité de spécialistes libéraux.....	37
Tableau 15.	Salaires des médecins salariés hors hôpital. Données 2000-2002.....	40
Tableau 16.	Fourchette des revenus (entre début et fin de carrière) au 01/02/2005 des médecins en établissement public et privé.....	41
Tableau 16bis.	Grilles de rémunérations des praticiens et assistants – arrêtés du 8 février 2007 –.....	42
Tableau 17.	Évolution du salaire des médecins salariés à l'hôpital.....	42
Tableau 18.	Revenu moyen des médecins libéraux en 2003, 2004 et 2005.....	43
Tableau 19.	Évolution du pouvoir d'achat des médecins libéraux et de l'ensemble des salariés français depuis 1980.....	45
Tableau 20.	Salaires annuels net moyen des salariés à temps complet en 2003 et son évolution.....	46
Tableau 21.	Évolution du salaire des infirmiers salariés (tous secteurs confondus).....	46

Tableau 22. Salaires nets moyens annuels des personnels hospitaliers para-médicaux en 2000	47
Tableau 23. Postes vacants pour les praticiens hospitaliers pour 100 000 habitants, par région, au 01/01/2005.....	50
Tableau 24. Postes vacants des praticiens hospitaliers par spécialités au 01/01/2005*	51
Tableaux 25 et Graphique 11. Evolution du Numerus Clausus d'entrée en deuxième année des études médicales.....	60
Tableau 26. Nombre de postes offerts dans les disciplines pour l'année universitaire 2005-2006.....	62
Tableau 26bis. Nombre de postes offerts dans les disciplines pour l'année universitaire 2006-2007	62
Tableau 27. Classement des disciplines dans l'ordre des préférences des étudiants en 2007	66
Tableau 28. Nombre de médecins exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme au 1er janvier 2006.....	67
Tableau 29. Médecin par type d'activité et par origine du diplôme au 01/01/2001	68
Tableau 30. Les quotas en Institut de formation en soins infirmiers.....	71
Tableau 31. Nombre d'infirmiers exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme au 1er janvier 2006.....	72
Tableau 32. Nombre d'étudiants infirmiers étrangers dans les IFSI.....	73
Tableau 33. Médecins de nationalité étrangère exerçant en France - évolution 1995-2005	85
Tableau 34. Scénario central : effectifs des médecins actifs par spécialité en 1990, 2002 et 2025	93
Tableau 35. Répartition régionale des effectifs et des densités médicales en 2002 et 2025 (scénario central).....	93
Tableau 36. Le nombre de postes à pourvoir en 2015.....	96

Graphiques

Graphique 1. Pyramide des âges des médecins en 1990 et 2005	14
Graphique 2. Pyramide des âges des infirmiers en 2005.....	19
Graphique 3. Évolution du nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes et de la part des libéraux depuis 1984	23
Graphique 4. Évolution du nombre d'infirmiers depuis 1984.....	25
Graphique 5. Évolution du PIB et de la Dépense courante de santé par habitant depuis 1995 à € 2000 constant	31
Graphique 6. Evolution du revenu disponible net avant impôt tiré de l'activité libérale des médecins et des salaires nets des salariés à temps complet.....	44
Graphique 7. Évolution du pouvoir d'achat des médecins libéraux et des autres professions.....	45
Graphique 8. Évolution des bénéfices et des honoraires totaux des infirmiers libéraux, corrigée de l'inflation et de la démographie (base 100 : 1985).....	48
Graphique 9. Évolution du revenu et des honoraires moyens des infirmiers libéraux, en euros courant entre 1991 et 2004.....	49
Graphique 10. Coursus des études de médecine	58
Tableaux 25 et Graphique 11. Evolution du Numerus Clausus d'entrée en deuxième année des études médicales.....	60
Graphique 12. Spécialités choisies par les femmes parmi les 1000 premiers étudiants classés en 2005 ..	64
Graphique 13. Spécialités choisies par les hommes parmi les 1000 premiers étudiants classés en 2005 ..	65
Graphique 14. Évolutions du quota et du flux d'entrées(*) en 1ère année d'IFSI.....	69
Graphique 15. Évolution et projection de la densité médicale selon le numerus clausus (Métropole)	95

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROJET

7. L'OCDE a lancé, en collaboration avec l'OMS, un projet sur les ressources humaines dans le système de santé et les migrations internationales afin de mieux comprendre les principaux facteurs déterminant l'équilibre entre l'offre et la demande de médecins et IDE dans les pays de l'OCDE, et en particulier le rôle joué par le recrutement international des professionnels formés/nés à l'étranger de même que par les autres politiques menées en matière de ressources humaines.

8. Le projet comprend (i) une revue générale sur l'ensemble des pays de l'OCDE et (ii) des études de cas plus approfondies dans 6 pays sélectionnés de l'OCDE (3 en Europe, 3 hors Europe).

9. Les études de cas cherchent à identifier le rôle du recrutement international des professionnels de santé dans la gestion des ressources humaines du secteur de la santé à la fois dans les secteurs privé et public. Les 3 questions sont les suivantes :

- Comment l'offre en médecins et infirmières a été rendue adéquate aux besoins, aux niveaux national et régional, lors des 2 dernières décennies, et quelles ont été les difficultés ? Quelles ont été les contributions des trois principales sources d'entrée : formation, reprise de l'activité et immigration, et des trois principales sources de sortie : retraite, inactivité, émigration ?
- Quel rôle joue et a joué la migration internationale dans la gestion des ressources humaines en matière de santé en relation avec les autres types de politique en la matière (formation...) ?
- En prenant en compte les projections habituelles réalisées dans le système de santé, notamment le vieillissement des professionnels et l'accroissement de la demande de santé liée au vieillissement de la population, quel rôle la migration internationale pourrait et devrait jouer dans le futur ?

10. Avertissement : ce travail porte principalement sur les médecins, les infirmières et à un degré moindre les aides-soignantes qui sont les principales professions de santé en termes d'effectifs. En effet, les professions de pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes ou encore sages-femmes sont aussi concernées par les flux migratoires, mais les informations disponibles sur ce sujet sont peu nombreuses (voir annexe 2).

11. Les principales sources de données utilisées dans ce rapport sont présentées en annexe 1.

1. RESSOURCES HUMAINES DU SYSTÈME DE SANTÉ : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

1.1 Données générales

1.1.1 Éléments de cadrage

1.1.1.1 Champ et définitions

12. *Les professions de santé* sont des professions réglementées. Elles recouvrent :

- Les professions médicales : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme,
- La profession de pharmacien,
- Les professions paramédicales : infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure, podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier et diététicien.

13. S'y ajoutent les aides soignant(e)s et les auxiliaires de puériculture, mais qui ne sont pas incluses dans les professions réglementées. En France, les aides soignantes et les auxiliaires de puéricultrices exercent par délégation des infirmières et sous leur autorité des soins d'hygiène et autres relevant du rôle propre de l'infirmière défini par leur décret de compétence.

14. Toutes ces professions ont leur exercice régi par les dispositions figurant au code de la santé publique. Les emplois d'auxiliaire de vie sociale et d'assistant(e) de vie ne relèvent pas des professions de santé, mais leur exercice nécessite cependant d'être titulaire respectivement, soit d'un diplôme d'État spécifique, soit d'un titre professionnel (décret du 26 mars 2002 et arrêté du 22 juillet 2003).

15. La démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2007 est donnée en annexe 2 (hors médecins), ainsi que l'origine des diplômes pour chacune des professions. On dénombre ainsi 780 000 professionnels de santé réglementés. Parmi elles, 665 000 sont professionnels para-médicaux hors aides-soignantes (1 121 000 en comptant les aides soignantes travaillant dans le secteur sanitaire), soit environ 2,5 fois plus qu'en 1970. Plus des deux-tiers de ces professionnels sont soit des infirmiers soit des masseurs-kinésithérapeutes.

16. Avec les médecins, on dénombre au 1^{er} janvier 2007, près d'1 million de professionnels de santé (professions réglementées) en France, répartis entre salariés à 36 % et libéraux à 64 % ; le taux de féminisation atteint 69 %.

1.1.1.2 Secteurs d'exercice

17. Les professionnels de santé en France (médecins, infirmiers...) peuvent adopter un mode d'exercice libéral, exclusif ou non, ou un exercice salarié, dans un établissement hospitalier public ou participant au service public, un centre de santé, un centre de médecine du travail, etc.

18. On distingue, au sein de l'offre de soins hospitalière, plusieurs types d'établissements :

- Les établissements publics de santé : centre hospitalier universitaire (CHU), centre hospitalier (CH) et hôpital local ;

- Les établissements de santé privés à but non lucratif : centres de lutte contre le cancer (CLCC), établissements participant au service public hospitalier (PSPH), et quelques établissements à but non lucratif ne participant pas au service public ;
- Les établissements de santé privés à but lucratif.

19. Lorsque le médecin exerce dans une clinique privée à but lucratif, il est libéral (mais l'infirmière est salariée).

20. Pour les professionnels libéraux, l'installation ne connaît aucune contrainte.

21. Dans le secteur hospitalier, les modalités de recrutement obéissent aux règles usuelles avec les spécificités, pour les hôpitaux publics, liées au statut de la fonction publique hospitalière. Les personnels hospitaliers (en dehors des médecins) appartiennent en effet à une des trois grandes catégories de la fonction publique (avec la fonction publique d'état et la fonction publique territoriale), avec l'ensemble des garanties qui y sont liées.

22. Les médecins hospitaliers constituent un corps à part, les praticiens titulaires étant encore (malgré de nombreux débats sur ce thème depuis quelques années) nommés par le Ministre de la santé, après une procédure de choix sous l'égide de la commission médicale d'établissement.

23. Les personnels enseignants et hospitaliers titulaires (PUPH et MCUPH) et temporaires (CCA, AHU et PHU) exercent conjointement des fonctions universitaires (rémunérées par l'université) et hospitalières (rémunérées par le CHU).

24. Les facultés de médecine dépendent du Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et non du Ministère de la santé. Cette « bicéphalie » est la caractéristique des CHU français. Une convention lie l'université et le centre hospitalier universitaire.

1.1.1.3 Procédures de recrutement des professionnels à diplôme étranger

25. S'agissant de professionnels au contact de patients fragilisés et en charge de techniques spécifiques et à risque, l'exigence de parler français pour toutes les catégories de personnel est une condition préalable à l'exercice des professions médicales et paramédicales en France.

26. Sous cette réserve de parler correctement français, l'exercice des professions médicales pour les ressortissants des pays tiers n'est pas complètement fermé mais est conditionné par des concours ou examens. Différents dispositifs ont été régulièrement mis en place pour leur permettre d'accéder à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien dentiste, sage femme, infirmier, en France sous réserve de réussir des concours ou examens spécifiques selon les cas. Une fois reçus aux épreuves écrites, ces professionnels médicaux, notamment les médecins doivent effectuer un stage pratique avant de pouvoir être inscrits à l'ordre des médecins, ce qui les autorise à exercer soit à titre libéral, soit à titre salarié ou de façon mixte.¹

1. Rigoureusement, le titre de médecin en France ne peut s'appliquer qu'aux professionnels ressortissant de l'Union Européenne (y compris la France bien sûr) et titulaires d'un diplôme de l'UE, ou alors aux professionnels ne remplissant pas ces conditions mais ayant passé avec succès les épreuves leur ouvrant la profession de médecin de plein exercice. Cependant, pour des facilités de lecture, ce terme de médecin est appliqué aussi dans le document aux professionnels ayant acquis un diplôme hors UE et/ou de nationalité hors UE, et non autorisés à exercer cette profession en France.

A. Les conditions de recrutement des médecins, pharmaciens et odontologistes (chirurgiens-dentistes) ressortissants de pays hors EEE et titulaires de diplômes étrangers

27. Le principe général de l'interdiction de tout nouveau recrutement de médecin étranger dans les établissements publics de santé a été posé par la loi du 27 juillet 1999 pour les médecins (praticien attaché associé, assistant généraliste ou spécialiste associé) à diplôme étranger et par la loi du 17 janvier 2002 pour les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger. Par nouveau recrutement, il faut comprendre recrutement d'un praticien qui ne justifie pas avoir exercé des fonctions hospitalières rémunérées à la date de publication de la loi (soit le 28 juillet 1999 pour les médecins et le 18 janvier 2002 pour les chirurgiens-dentistes). Le recrutement de cette catégorie de personnel est également interdit dans les établissements privés. Cette règle n'est pas opposable aux personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire, ainsi qu'aux ressortissants français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises. Elle n'est pas non plus opposable aux étrangers qui ont passé avec succès les nouvelles épreuves de vérifications de connaissances organisées pour la première fois en 2005, mais qui ne peuvent exercer que dans la spécialité où ils se sont présentés, et sous la responsabilité du chef de service.

28. En revanche, il n'existe aucune restriction au recrutement de pharmacien à diplôme étranger.

B. Les infirmiers ressortissants de pays hors EEE et titulaires de diplômes étrangers

29. En l'état actuel de la réglementation, aucun diplôme délivré hors de l'Union européenne n'est reconnu. De même, n'est pas reconnu un diplôme délivré par un État de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen (EEE) à un ressortissant non communautaire. Les ressortissants d'un État non membre de l'Union européenne ou de l'EEE ou de la Suisse ne peuvent donc pas exercer la profession d'infirmier diplômé d'État en France. Sur autorisation individuelle du médecin inspecteur de santé, certains médecins étrangers peuvent être autorisés à occuper un poste d'infirmier pendant trois ans maximum.

C. Les autres professions

30. L'exercice des autres professions citées plus haut est également soumis à des conditions de diplôme. Seuls sont reconnus les diplômes français ou les diplômes délivrés par un État membre à un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre pays partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans les conditions fixées par la directive 89/48 CEE.

Nota : Les professionnels de santé mentionnés en B et C sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès des autorités compétentes (principalement auprès des DDASS).

31. Ces questions de procédures sont davantage détaillées dans la partie II de ce rapport.

1.1.2 Les médecins en 2006

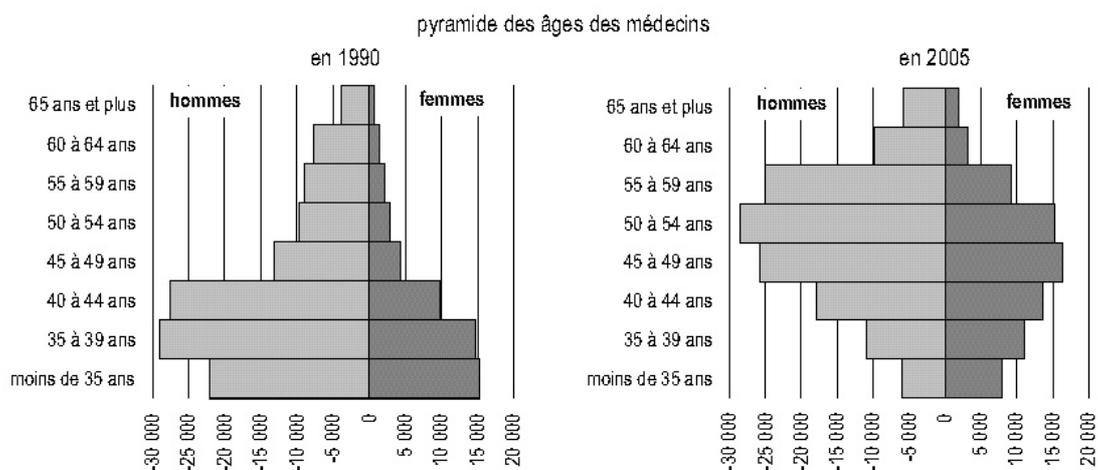
32. Le tableau 1 et les compléments en annexes 3 et 4 présentent la démographie au 1^{er} janvier 2006 des médecins.

Tableau 1. Effectif de l'ensemble des médecins en France au 1^{er} janvier 2006

	Total Métropole			Libéraux		Total salariés		Salariés hospitaliers		Autres salariés		D.O.M.
	Nombre	dens* .	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	
Ensemble des médecins	207 277	340	38.4	121 634	30.9	85 643	49.1	61 797	42.3	23 846	66.8	4 436
Omnipraticiens	101 267	166	38.3	68 411	29.4	32 856	56.7	18 199	48.3	14 658	67.1	2 402
Médecine générale	82 954	136	38.9	58 176	30.3	24 778	59.1	13 430	50.6	11 348	69.2	2 158
Autres (voir tableau 1 b.)	18 313	30	35.3	10 235	24.3	8 078	49.3	4 769	41.7	3 310	60.1	244
Spécialistes	106 010	174	38.6	53 223	32.7	52 787	44.4	43 598	39.8	9 188	66.3	2 034
Spécialités médicales	58 489	96	40.1	29 726	36.4	28 763	44.0	26 762	42.2	2 000	67.5	30
Anatomie et cytologie pathologique	1 604	3	59.6	757	50.3	847	67.9	795	67.7	52	70.3	24
Anesthésiologie Réanimation	10 401	17	36.6	3398	26.0	7 003	41.7	6923	41.6	79	49.3	245
Cardiologie	6 058	10	17.5	3862	14.1	2 196	23.6	2109	23.2	87	33.4	97
Dermatologie et vénéréologie	4 052	7	63.7	3457	64.1	595	61.4	484	58.8	112	72.7	60
Endocrinologie et métabolismes	1 481	2	68.4	742	69.0	739	67.8	695	67.9	44	67.1	29
Gastro-Entérologie Hépatologie	3 387	6	21.9	1953	15.8	1 434	30.3	1376	30.2	58	30.8	60
Génétique médicale	135	0	65.8	8	100.0	127	63.6	117	63.1	10	69.7	2
Gynécologie médicale	2 127	8	88.2	1930	88.7	197	83.4	101	74.4	95	92.9	8
Hématologie	347	1	49.3	13	46.2	334	49.4	312	49.2	22	52.7	9
Médecine interne	2 441	4	26.9	386	16.8	2 055	28.7	1980	29.1	75	19.5	38
Médecine nucléaire	444	1	30.5	175	22.3	269	35.9	260	36.5	9	19.7	2
Médecine physique et de rééducation	1 875	3	41.2	547	21.0	1 328	49.5	1164	47.6	164	63.2	29
Néphrologie	1 211	2	29.8	287	24.4	924	31.5	876	31.0	48	41.4	35
Neurologie	1 822	3	39.0	727	34.7	1 095	41.9	1065	41.5	30	54.2	37
Oncologie médicale	587	1	40.8	148	26.4	439	45.7	434	45.5	6	66.0	5
Pédiatrie	6 744	60	59.4	2885	54.3	3 859	63.3	3059	56.9	800	87.6	188
Pneumologie	2 691	4	32.1	1066	24.6	1 625	37.0	1528	36.0	97	54.1	35
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 749	13	29.0	5216	22.2	2 533	42.9	2414	42.9	120	42.6	150
Radiothérapie	659	1	33.5	304	29.9	355	36.6	349	36.5	7	43.1	10
Réanimation médicale	15	0	51.5	.	.	15	51.5	15	51.5	.	.	1
Rhumatologie	2 656	4	35.7	1865	31.5	791	45.4	706	44.7	84	51.1	30
Spécialités chirurgicales	24 430	40	23.0	15 964	23.7	8 466	21.6	8 101	20.3	365	51.4	564
Chirurgie générale	4 238	7	7.1	1 766	4.0	2 472	9.3	2 435	9.3	37	11.0	1 097
Chirurgie infantile	137	0	35.4	21	33.3	116	35.8	116	35.8	.	.	91
Chirurgie maxillo-faciale	54	0	25.9	35	8.6	19	58.1	19	58.1	.	.	7
Chirurgie orthopédique et traumatol.	2 271	4	2.7	1 369	1.6	902	4.4	893	4.4	9	9.5	42
Chirurgie plastique et reconstructrice	498	1	18.8	431	13.3	67	21.5	66	21.7	1	.	8
Chirurgie thoracique et cardiaque	264	0	6.6	92	4.3	172	7.8	169	8.0	3	.	9
Chirurgie urologique	702	1	2.4	486	1.6	216	4.1	216	4.1	.	.	10
Chirurgie vasculaire	379	1	5.2	245	4.1	134	7.2	134	7.2	.	.	4
Chirurgie viscérale	656	1	12.4	261	6.5	395	16.3	392	16.1	3	34.3	18
Gynécologie obstétrique	5 074	20	36.7	3 082	36.9	1 992	36.5	1 921	35.7	72	58.2	178
Neurochirurgie	382	1	9.1	90	6.7	292	9.8	287	10.0	5	.	11
Ophthalmologie	5 489	9	43.2	4 692	42.1	797	49.7	668	45.3	129	72.5	110
Oto-rhino laryngologie	2 957	5	16.4	2 254	13.1	703	26.7	647	26.0	56	35.5	58
Stomatologie	1 328	2	15.8	1 140	13.3	188	30.9	138	22.9	51	52.9	18
Biologie médicale	3 075	5	48.1	991	32.3	2 084	55.6	1 466	54.3	618	58.4	67
Psychiatrie	13 601	22	43.7	6 460	37.8	7 141	49.0	6 287	48.0	854	56.5	223
Médecine du travail	5 183	8	70.2	67	62.7	5 116	70.3	443	74.4	4 674	69.9	63
Santé publique	1 232	2	59.2	15	46.7	1 217	59.3	539	51.9	678	65.2	20
D.O.M.	4 436	241	32.8	2 461	28.1	1 975	38.6	1 509	33.2	466	56.0	.
France métropolitaine + D.O.M.	211 713	337	38.3	124 095	30.8	87 618	48.9	63 306	42.1	24 312	66.6	.

* Nombre de médecins pour 100 000 habitants, sauf pour la pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) et gynécologie obstétrique (femmes de 15 ans et plus).

Source : DREES, chiffres ADELI (ministère de la santé), Sicart (2006)

Graphique 1. Pyramide des âges des médecins en 1990 et 2005

33. La pyramide des âges s'est déformée au cours des années avec un pic, maintenant entre 50 et 60 ans, et donc des difficultés attendues liées à des départs massifs en retraite dans la prochaine décennie.

34. Les tableaux en annexe 4 soulignent ce problème pour le cas des médecins libéraux : plus de 53 % d'entre eux ont plus de 50 ans et vont donc prendre leur retraite au cours des 15 prochaines années.

35. Les modes d'exercice sont multiples, comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 2. Médecin par type d'activité au 01/01/2006

Mode d'exercice	Libéral exclusif	Mixte				Salarié				Divers	Sans Exercice Déclaré	Remplaçant	TOTAL
		Lib-Sal	Lib-Hosp	Lib-Sa-Ho	Total	Salarié	Hosp.	Sal-Hosp	Total				
Spécialités	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	
Médecine Générale	56 784	2 822	2 958	430	6 210	13 451	15 073	1 007	29 531	1 292	4 166	6 800	104 783
Spécialistes	34 955	2 086	9 672	1 284	13 042	9 830	37 882	1 969	49 681	372	1 982	2 462	102 494
Total	91 739	4 908	12 630	1 714	19 252	23 281	52 955	2 976	79 212	1 664	6 148	9 262	207 277

Source: CNOM, 2006.

36. Il faut souligner en outre les grandes disparités régionales observées en France, en termes non seulement de densité et de caractéristiques de la population (différence d'âge entre le Sud, population vieillissante, et le Nord et l'Ile de France, régions plus jeunes ; "désertification" des régions Centre, Limousin et Auvergne) mais aussi de personnel de santé et d'offre de soins.

37. Le tableau 3 fournit les densités par région des médecins selon leur mode d'exercice et souligne ces disparités régionales. Par exemple, en Alsace et en Ile de France, la pratique en établissements publics est fortement majoritaire, alors que dans la région Languedoc-Roussillon, il existe une forte proportion de médecins en exercice libéral.

Tableau 3. Densité de médecins par région pour 100 000 habitants dans les établissements privés* et publics au 01/01/2005**

Densité de médecins par région pour 100 000 habitants dans les établissements privés* et publics au 01/01/2005 (source SAE Drees)**

Régions	ETP établissements privés/ 100 000 hab	Libéraux exclusifs/ 100 000 hab	Libéraux non exclusifs/ 100 000 hab	ETP dans établissements publics/ 100 000 hab
Alsace	17,13	20,72	31,75	86,30
Aquitaine	11,74	31,97	49,61	69,75
Auvergne	7,45	26,17	22,11	74,17
Bourgogne	7,20	29,40	24,42	77,58
Bretagne	9,99	24,41	25,49	77,89
Centre	3,61	23,98	28,03	74,14
Champagne-Ardenne	3,83	23,84	32,31	89,31
Corse	4,64	50,18	81,45	89,50
France-Comté	2,82	15,05	17,41	86,86
Ile-de-France	22,92	21,76	49,19	104,79
Languedoc-Roussillon	13,61	40,33	65,64	71,14
Limousin	5,25	31,22	21,27	98,84
Lorraine	18,60	12,94	32,60	71,62
Midi-Pyrénées	9,42	46,25	27,68	75,74
Nord-Pas-de-Calais	14,13	16,07	37,70	74,21
Basse-Normandie	8,11	18,96	15,64	81,76
Haute-Normandie	6,11	25,69	22,15	73,11
Pays de la Loire	6,89	27,21	22,81	66,50
Picardie	4,77	12,63	27,01	92,48
Poitou-Charentes	2,52	26,46	28,28	80,99
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15,51	27,16	122,37	78,32
Rhône-Alpes	11,51	25,37	33,14	74,56
France métropolitaine	12,57	25,06	42,33	81,94
Guadeloupe	2,06	21,63	27,15	80,56
Guyane	12,36	8,38	17,80	68,68
Martinique	1,80	9,80	11,31	116,86
La Réunion	7,16	21,16	16,90	69,60
France métropolitaine et Dom	12,36	24,84	41,63	81,96

*privés hors services de santé des armées, et hôpitaux psychiatriques du privé faisant office de public

**CHU, CH, CHS

1.1.2.1 Secteur hospitalier

38. Les différentes catégories de personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires dans les établissements publics d'hospitalisation sont :

- Les personnels hospitalo-universitaires
- Titulaires : PU-PH, MCU-PH
- Non titulaires : PHU, AHU, CCA

- Les praticiens hospitaliers (PH) à temps plein ou à temps partiel (ces médecins peuvent exercer le reste de leur temps dans un établissement de santé privé ou dans un cabinet médical en exercice libéral).
- Les praticiens hospitaliers à titre provisoire (le décret supprimant la possibilité de recruter à titre provisoire a été publié très récemment : article 25 du décret no 2006-1221 du 5 octobre 2006).
- Les praticiens-attachés : recrutés par contrat triennaux reconductibles de droit (sans limitation de durée) au delà des 2 premières années de fonctions avec une quotité de temps de travail allant de une à dix ½ journées par semaine.
- Depuis le nouveau statut de 2003, la notion de vacation a disparu et le statut est devenu un véritable statut de contractuel.
- Les assistants des hôpitaux : recrutés par contrat ne pouvant excéder 6 ans.
- Les praticiens contractuels : statut créé en mars 1993 afin de combler les postes vacants, sous contrat pour une période de six mois à deux ans.
- Les praticiens adjoints contractuels (PAC) : statut créé en 1995 pour doter d'un statut des médecins à diplôme étranger (quelle que soit leur nationalité) ; les intéressés doivent être inscrits sur une liste d'aptitude à la fonction de PAC ; inscrits à l'Ordre, ils bénéficient de la plénitude d'exercice mais sont limités aux établissements publics de santé, aux PSPH et à l'EFS. Ils sont recrutés par voie de contrat pour une durée de 3 ans renouvelable et disposent de la possibilité d'intégrer le corps des praticiens hospitaliers à temps plein par la voie du concours national de recrutement de ces praticiens, après avoir obtenu une autorisation de plein exercice.
- Le PAC est placé « sous l'autorité » du praticien responsable de la structure, ce qui signifie que le PAC ne peut exercer la responsabilité technique et organisationnelle d'une structure hospitalière (article 1^{er} du décret du 6 mai 1995 modifié).
- Les personnes non autorisées à exercer leur profession en France : les établissements de santé peuvent recruter des praticiens ne remplissant pas les conditions d'exercice s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant le 28 juillet 1999 pour les titulaires d'un diplôme de médecins en tant qu'assistants associés ou praticiens attachés associés. Ces personnes doivent être titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de cette profession dans leur pays d'obtention ou leur pays d'origine et remplissent des conditions de diplôme et de formation fixées par arrêté des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur. Ils sont autorisés à exécuter des actes de pratique courante sous la responsabilité directe d'un praticien de plein exercice dans les établissements publics de santé, et, dans ce cadre, peuvent collaborer à la continuité des soins, être associés à la permanence sur place, etc. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements ni à assurer de permanence à domicile. On distingue les praticiens attachés associés, recrutés pour un an renouvelable puis 3 ans renouvelables tacitement, et les assistants associés recrutés par un établissement public autre qu'un CHU pour un an renouvelable un an, sans pouvoir dépasser 6 ans.

39. A ces catégories statutaires, s'ajoutent les médecins en formation (internes). En cas de besoin de temps médical, les établissements pouvaient également avoir recours à des médecins remplaçants et intérimaires. Mais la notion de remplaçant a été supprimée par le décret du 5 octobre 2006.

40. La répartition des effectifs par catégorie statutaire était la suivante en 2004 (hors étudiants):

- Hospitalo-universitaires : 8,5 %
- Praticiens hospitaliers temps plein : 38,6 %
- Praticiens hospitaliers temps partiel : 5 %
- Personnel temporaire de plein exercice : 17 %
- Assistants associés et attachés associés : 5,4 %
- Internes et FFI : 25,4 %

41. Les tableaux de l'annexe 3 fournissent les effectifs de médecins salariés en ETP pour les 9 principales spécialités médicales, les médecins généralistes, les biologistes, les psychiatres, et les 3 principales spécialités chirurgicales. Il convient de souligner la grande disparité régionale ; l'Ile de France par exemple est toujours mieux dotée en médecins et cela quelle que soit la spécialité, ce qui est principalement lié à la forte implantation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (qui constitue près de 10 % de l'activité d'hospitalisation publique en France).

42. Il est présenté également dans cette annexe comment ont évolué les densités de médecins hospitaliers par région, au regard des disparités observées.

43. Enfin, des analyses plus détaillées sur le lien entre effectifs médicaux et activité hospitalière sont fournies.

44. Le taux de personnels de nationalité étrangère observé pour le personnel médical est de 7,4 % en 2004 contre 6,6 % en 2003, 8,9 % en 2002 et 7,8 % en 2001.

1.1.2.2 Secteur libéral

45. Au 1^{er} janvier 2006, 121 634 médecins travaillent en secteur libéral en métropole (58,7 % du total des effectifs médicaux), dont près de 31 % de femmes (contre plus de 38 % pour l'ensemble des médecins).

46. Comme on peut le constater dans le tableau en annexe 4 et les cartes ci-après, la France métropolitaine présente la caractéristique d'avoir une répartition des médecins libéraux inégale sur le territoire.

47. Avec environ 340 médecins pour 100 000 habitants en 2003, la France se situe au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne à 15 (326 selon l'OCDE) et nettement au dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE (289). En l'espace de vingt-cinq ans, le nombre de médecins français a augmenté de 89 % (soit une hausse de 61 % en densité pour 100 000 habitants) et parmi eux, les effectifs de praticiens libéraux ont progressé de 69 % (soit 52 % en densité)².

48. En moyenne, la densité médicale des médecins libéraux en France métropolitaine est égale à 183 (103 pour les généralistes et 80 pour les spécialistes). La césure entre le Nord et le Sud est particulièrement soulignée : les régions du sud de la France (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon) se distinguent par l'offre de médecins la plus importante (densité médicale respectivement égale à 254 et

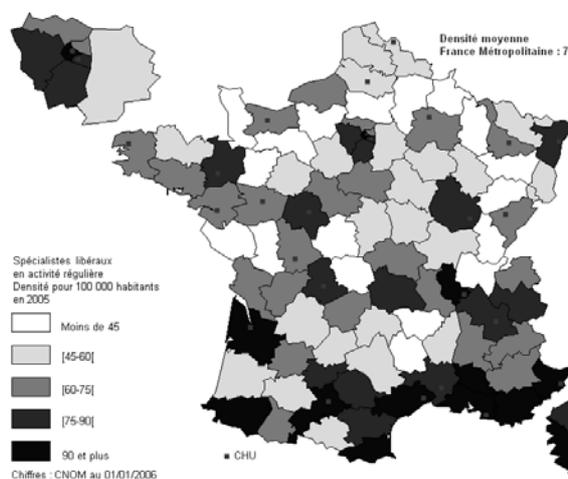
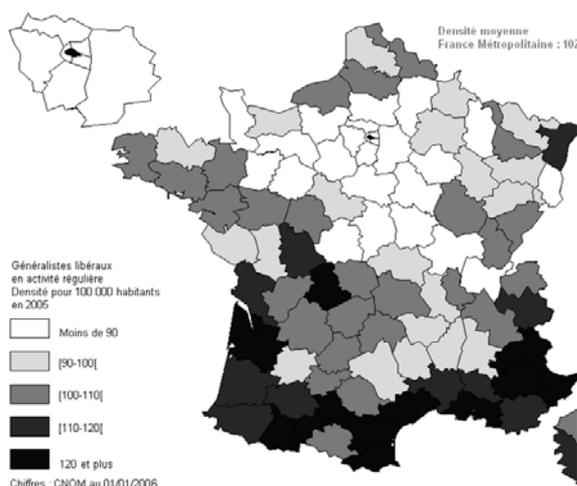
2. Pour plus d'informations, voir CNOM (2006).

226), alors que les régions Basse-Normandie et Picardie sont les moins bien loties (respectivement 144 et 133).

49. Alors que l'Île de France est la région dont l'offre totale de médecins en activité régulière est la plus généreuse (388 médecins pour 100 000 habitants), elle n'arrive qu'au 6^{ème} rang en termes de médecins libéraux (18^{ème} rang pour les généralistes libéraux et 2^{ème} rang pour les spécialistes derrière la région Provence-Alpes-Côte d'Azur). L'analyse par département permet de cibler ceux confrontés aux plus faibles densités de médecins de ville, à savoir pour les généralistes : Seine Saint Denis (76), Orne (78) et Mayenne (78) ; et pour les spécialistes : Haute Loire (26), Lozère (27) et Haute-Saône (32).

Carte 1 : densité de généralistes libéraux en 2006 (pour 100 000 habitants)

Carte 2 : densité de spécialistes libéraux en 2006 (pour 100 000 habitants)



Source : Barnay, T., Hartmann, L. et Ulmann, P. (2007).

50. Si peu de territoires connaissent de réelles difficultés d'accès aux soins de premier recours (les cantons dits fragiles concernent 1,6 % de la population), la situation des médecins spécialistes est différente. Le renoncement ponctuel aux soins de spécialistes (en particulier pédiatres et ophtalmologues), en raison de l'insuffisance de l'offre voire pour des raisons financières (prédominance du secteur 2), est un fait avéré dans certaines régions telles que la Franche-Comté ou le Nord-Pas de Calais (ONDPS, 2006).

51. Or, on peut s'attendre à ce que ces difficultés s'amplifient, en raison du départ massif à la retraite des générations de médecins du *baby boom*, lesquelles ont bénéficié d'une politique de régulation des flux de formation avantageuse (avec un *numerus clausus* supérieur à 8 000 avant 1978).

1.1.3 Les infirmiers

52. Avec près de 493 503 représentants au 1^{er} janvier 2007³, le métier d'infirmier est numériquement le plus important parmi les professions de santé en France. Concernant la métropole, sur les 483 380 infirmiers exerçant, plus de 350 000 travaillent en secteur hospitalier, le quart restant se

3. DREES, "Les professions de santé au 1er janvier 2007 - Répertoire ADELI", Document de travail, *Série Statistiques*, n°108, mars 2007.

répartissant entre l'activité libérale et le salariat dans des établissements non hospitaliers. En secteur libéral, travaillent donc 70 797 infirmiers (14,3 % du total), dont 84,4 % de femmes. Pour la métropole, on dénombre 67 871 infirmiers, soit 14 % du total et 84,6 % de femmes (voir annexes 2 et 5).

53. En 2007, 267 230 infirmiers travaillent à l'hôpital public et 85 142 dans les hôpitaux privés (dont 66,8 % dans les établissements privés à but lucratif ne participant pas au service public hospitalier). En dehors des hôpitaux, 63 137 infirmiers sont salariés, principalement dans les établissements pour personnes âgées et les centres de santé.

54. Au 1^{er} janvier 2007, 70 797 infirmiers travaillent en secteur libéral (14 % du total des effectifs infirmiers), dont 84,4 % de femmes. Pour la métropole, on dénombre 67 871 infirmiers, soit 14 % du total et 84,6 % de femmes.

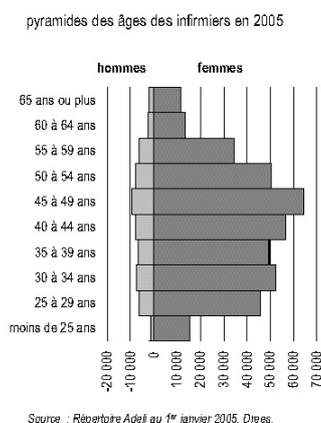
55. Sur le total d'infirmiers exerçant en libéral, 1,6 % sont spécialisés, représentant 2,8 % du total des infirmiers ayant une spécialisation. En tant que salariés, 9,1 % des infirmiers ont une spécialisation.

Tableau 4. Effectif d'infirmiers ayant une spécialisation au 1er janvier 2007

Spécialisation	Effectif total	Effectif en libéraux	% de femmes en libéral	% de libéraux parmi les infirmiers
DE. Puériculture	13 759	472	97,7%	3,4%
Cadre sage-femme	1	1	100,0%	100,0%
Infirmier anesthésiste	7 483	206	68,0%	2,8%
Infirmier de bloc opératoire	5 683	173	85,5%	3,0%
Infirmier cadre de santé	377	18	94,4%	4,8%
Cadre infirmier	7 109	196	86,2%	2,8%
Cadre infirmier psychiatrique	1 011	3	66,7%	0,3%
Cadre de santé	3 646	42	85,7%	1,2%
Total libéraux avec spécialisation	39 069	1 111	87,7%	2,8%

56. La pyramide des âges ci-après montre un pic à 45-49 ans, laissant entrevoir les mêmes problèmes démographiques à venir que pour les médecins, mais avec un décalage dans le temps.

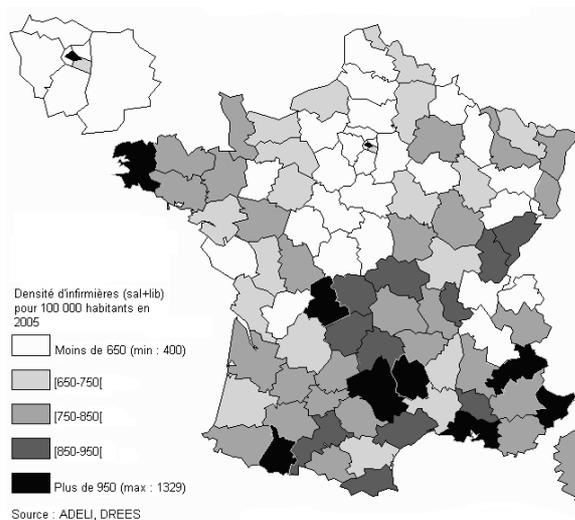
Graphique 2. Pyramide des âges des infirmiers en 2005



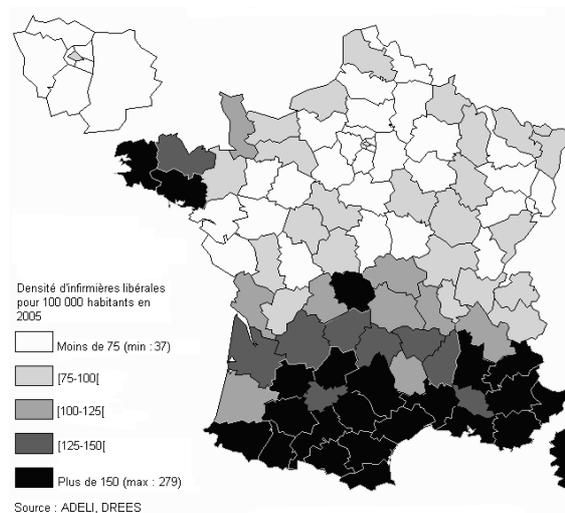
57. Des données détaillées sont fournies en annexe 5.

58. Comme on peut le constater dans les tableaux en annexe 5 et les 2 cartes suivantes, la France métropolitaine présente la caractéristique d'avoir une répartition des infirmiers inégale sur le territoire, le Sud étant mieux doté que le Nord, en particulier du fait de la répartition sur le territoire des personnes âgées. Ceci est surtout du aux très gros écarts s'agissant des infirmiers libéraux qui, comme les autres professions de santé libérales, bénéficient de la liberté d'installation. De fait, cette situation génère des difficultés pour la prise en charge des personnes en secteur ambulatoire ou en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Carte 3 : densité d'infirmiers salariés et libéraux en 2005 (pour 100 000 habitants)



Carte 4 : densité d'infirmiers libéraux en 2005 (pour 100 000 habitants)



59. Enfin s'agissant de la nationalité des personnels des hôpitaux français, on constate que la proportion de personnels de nationalité étrangère est faible dans le personnel non médical : seulement 0,73 % du personnel soignant et éducatif n'ont pas la nationalité française en 2004 (contre 0,5 % en 2004, 0,6 % en 2001 et 2002).

60. S'agissant des seuls infirmiers, on dénombre environ 1,6 % de professionnels étrangers parmi les salariés et 1,3 % parmi les libéraux.

1.1.4 Données d'évolution

61. Le tableau suivant fournit les données disponibles sur l'évolution des effectifs des médecins, infirmiers et aides-soignants depuis 1985. L'augmentation des densités a été générale pour les différents métiers étudiés, avec une tendance toutefois moins marquée pour les omnipraticiens.

Tableau 5. Evolution du nombre d'Aides-soignants, d'infirmiers et de médecins pour 1000 hab. depuis 1985 en France métropolitaine

	Aide soignants		Infirmiers			Ensemble des Médecins			Omnipraticiens (+/- 80% généralistes + 20% MEP)			Spécialistes		
	Total pour 1000 habitants	Part dans le sanitaire*	Total pour 1000 habitants	part de salariés	part de libéraux	Total pour 1000 habitants	part de salariés exclusifs	part de libéraux	Total pour 1000 habitants	part de salariés exclusifs	part de libéraux	Total pour 1000 habitants	part de salariés exclusifs	part de libéraux
1985	3,94		5,18	91,5%	8,5%	2,66	39,9%	60,1%	1,51	33,7%	66,3%	1,15	48,1%	51,9%
1986			5,30	91,1%	8,9%	2,76	39,4%	60,6%	1,56	33,5%	66,5%	1,20	47,2%	52,8%
1987			5,37	90,4%	9,6%	2,84	40,0%	60,0%	1,59	34,3%	65,7%	1,25	47,4%	52,6%
1988			5,44	89,7%	10,3%	2,92	38,6%	61,4%	1,61	32,7%	67,3%	1,31	45,8%	54,2%
1989			5,35	88,9%	11,1%	2,99	37,7%	62,3%	1,61	31,0%	69,0%	1,38	45,6%	54,4%
1990	5,05		5,37	88,4%	11,6%	3,05	37,4%	62,6%	1,62	30,2%	69,8%	1,43	45,5%	54,5%
1991			5,41	87,8%	12,2%	3,08	36,7%	63,3%	1,62	29,2%	70,8%	1,46	45,1%	54,9%
1992			5,48	87,4%	12,6%	3,13	36,7%	63,3%	1,64	29,0%	71,0%	1,49	45,3%	54,8%
1993			5,58	86,9%	13,1%	3,18	37,0%	63,0%	1,66	29,0%	71,0%	1,52	45,8%	54,2%
1994			5,75	86,1%	13,9%	3,20	37,6%	62,4%	1,63	28,0%	72,0%	1,57	47,5%	52,5%
1995			5,90	85,9%	14,1%	3,23	37,7%	62,3%	1,63	27,8%	72,2%	1,59	47,9%	52,1%
1996			5,92	86,0%	14,0%	3,25	38,1%	61,9%	1,64	27,9%	72,1%	1,61	48,6%	51,4%
1997			5,98	85,7%	14,3%	3,27	38,8%	61,2%	1,63	28,7%	71,3%	1,63	48,9%	51,1%
1998			6,17	85,7%	14,3%	3,28	40,1%	59,9%	1,63	29,7%	70,3%	1,66	50,4%	49,6%
1999	5,64	70,0%	6,26	85,1%	14,9%	3,30	40,0%	60,0%	1,62	29,5%	70,5%	1,67	50,1%	49,9%
2000			6,49	85,1%	14,9%	3,29	39,7%	60,3%	1,61	29,2%	70,8%	1,68	49,7%	50,3%
2001			6,69	85,5%	14,5%	3,30	39,7%	60,3%	1,62	29,9%	70,1%	1,68	49,2%	50,8%
2002			6,87	85,7%	14,3%	3,32	40,0%	60,0%	1,63	30,5%	69,5%	1,70	49,2%	50,8%
2003			7,04	86,0%	14,0%	3,35	40,4%	59,6%	1,64	31,1%	68,9%	1,71	49,3%	50,7%
2004			7,23	86,1%	13,9%	3,36	40,7%	59,3%	1,65	31,7%	68,3%	1,72	49,4%	50,6%
2005	7,53	78,2%	7,43	86,1%	13,9%	3,38	41,2%	58,8%	1,65	32,3%	67,7%	1,73	49,7%	50,3%

* Les chiffres sont assez difficiles à obtenir et permettent rarement d'avoir le détail. En effet parmi les aides-soignantes sont recensés l'ensemble des aides-soignantes y compris celle intervenant dans le secteur médico-social. Pour le seul secteur sanitaire, on trouve généralement les AS et les ASH ensemble, mais les ASH ne sont pas des personnels soignants à proprement parler. Ainsi les seuls aides-soignants en secteur hospitalier représentent 3,4 pour 1000 hab. en 1999 et 4,0 en 2005.

Source: Eco-santé France 2007 pour les infirmières et les médecins (chiffres ADELI), ADELI (DREES) et enquête emploi (INSEE) pour les AS.

62. Le tableau 6, plus synthétique, souligne, sur 15 ans, entre 1990 et 2005, qu'il y a eu une très forte augmentation du personnel de santé puisque le nombre de médecins a augmenté de 19 %, celui des infirmières de 49% et celui des aides soignantes de 60%. L'âge moyen de ces professionnels tend à augmenter.

Tableau 6. Principaux indicateurs synthétiques sur les professions de santé

**Principaux indicateurs synthétiques sur les professions de santé
(source DREES, 2006)**

	effectifs au 01/01/2005	taux de croissance 1990 - 2005 (%)	densité (pour 100 000 habitants)	âge moyen (au 01/01/2005)
médecins	205 864	18,9	340	48,5
infirmières	452 466	48,6	747	42,6
aides soignants	455 806	59,6	753	40,1

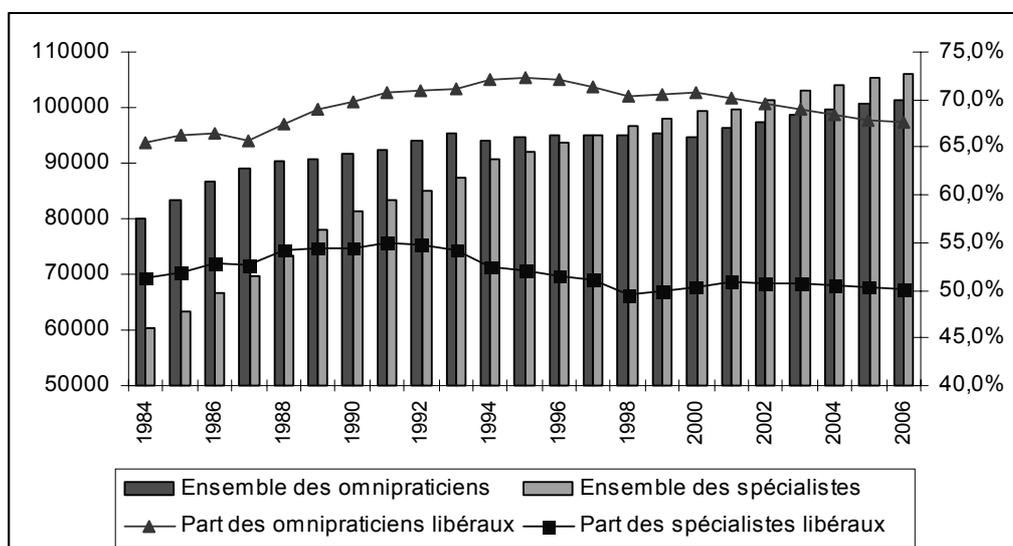
63. Des données détaillées par âge et sexe de ces évolutions dont données en annexe 6. L'évolution des différents modes d'exercice est donnée ci-après. On constate la part croissante des salariés, ainsi que l'augmentation très nette du % de femmes et la forte augmentation du taux de médecins spécialistes.

Tableau 7. Evolution du nombre de médecins et de leurs principales caractéristiques depuis 1985 en France métropolitaine

Au 1 ^{er} janvier	1985	1990	1995	2000	2005
Nombre de médecins	146 800	173 100	186 700	194 000	205 864
Libéraux	60,1%	62,6%	62,3%	60,3%	58,8%
Salariés hospitaliers	31,0%	28,0%	27,7%	28,6%	29,5%
Salariés non hospitaliers	8,9%	9,4%	10,0%	11,1%	11,7%
Part des femmes	25,3%	29,6%	33,8%	35,9%	38,0%
Part des spécialistes	43,2%	47,0%	49,4%	51,2%	51,1%

Source: DREES, "Les médecins – Estimations de 1984 à 2000 – Séries longues", Document de travail, Série Statistiques, n 22, juillet 2001 + DREES, "Les médecins au 1er janvier 2005", Document de travail, Série Statistiques, n 22, octobre 2005.

Graphique 3. Évolution du nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes et de la part des libéraux depuis 1984



Source: Eco-santé 2007, chiffres ADELI-DREES

64. Le tableau 8 présente ces évolutions par spécialités. Toutes les spécialités médicales ont vu leurs effectifs augmenter entre 1990 et 2005 ; globalement, le nombre de médecins spécialistes médicaux formés a augmenté en 15 ans de 24 % ; le nombre des médecins avec spécialité chirurgicale a augmenté de 17,1 % ; le nombre de psychiatres a augmenté de 16 %, le nombre des médecins de santé publique et de médecine du travail a été multiplié par 8, le nombre des médecins biologistes a augmenté de 60 % et celui des médecins généralistes de 10,8 %. Au total, l'augmentation est de 19 %.

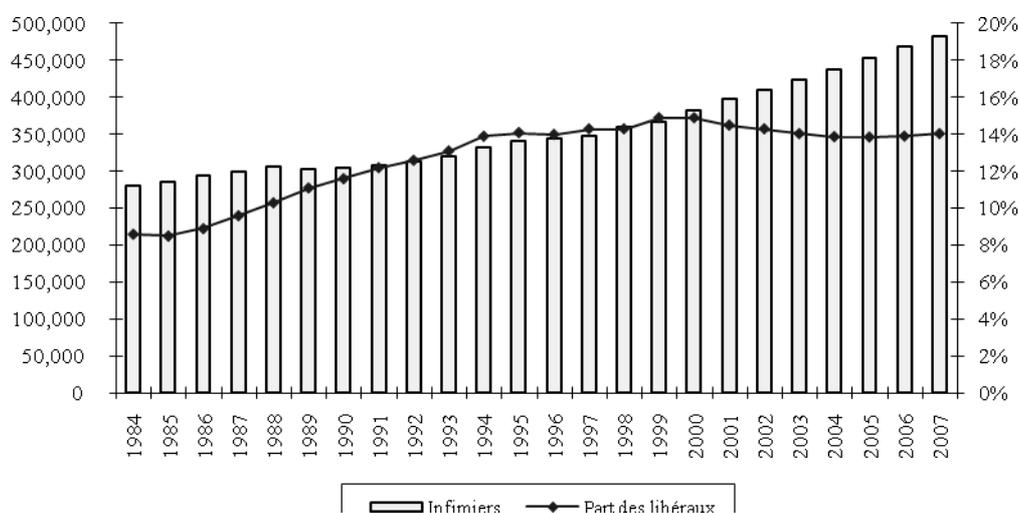
Tableau 8. Effectifs de médecins actifs par spécialités en 1990 et 2005 (France entière)

Effectifs de médecins actifs par spécialités en 1990 et 2005 (France entière)
 (source : DREES)

spécialités	effectif 1990	effectif 2005	%
pédiatrie	5 631	6 932	23,1%
anesthésie réanimation	10 477	10 646	1,6%
rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 753	1 904	8,6%
radiologie	7 192	7 899	9,8%
médecine interne	2 264	2 479	9,5%
autres spécialités médicales (dt gynéco méd)	2 692	5 597	107,9%
dermatologie vénéréologie	3 294	4 112	24,8%
rhumatologie	2 403	2 686	11,8%
pathologie vasculaire	4 811	6 155	27,9%
anatomie et cytologie pathologique	1 337	1 628	21,8%
pneumologie	2 194	2 726	24,2%
gastro-entérologie - hépatologie	2 669	3 447	29,1%
neurologie	1 058	1 859	75,7%
endocrinologie et métabolisme	321	1 510	370,4%
Total spécialités médicales	48 095	59 580	23,9%
gynécologie obstétrique	4 735	5 252	10,9%
ophtalmologie	5 235	5 599	7,0%
ORL	2 924	3 015	3,1%
chirurgie*	8 537	11 218	31,4%
Total spécialités chirurgicales	21 430	25 084	17,1%
Psychiatrie	11 916	13 824	16,0%
Santé publique et méd. du travail	802	6 498	710,2%
Biologie médicale	1 961	3 142	60,2%
Omnipraticiens	93 547	103 669	10,8%
Total	177 752	211 797	19,2%

*Chirurgie : générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie et stomatologie.

65. Les effectifs d'infirmiers ont évolué aussi dans des proportions plus importantes dans le secteur salarié que dans le secteur libéral :

Graphique 4. Évolution du nombre d'infirmiers depuis 1984

Lecture : En 2007, il y a 483 380 infirmiers en France métropolitaine dont 14,0 % exerçant en libéral.

Source: chiffres DREES France 2007.

66. Globalement, entre 1984 et 2007, la densité de para-médicaux a fortement augmenté. Elle est passée pour les infirmiers de 511 à 785 pour 100 000 habitants (+53,6 %). Malgré cette progression importante, on déplore encore aujourd'hui des pénuries d'infirmiers dans certains secteurs, comme l'hospitalisation privée ou le secteur libéral.

1.2. Lieu de formation et lieu d'exercice

67. Les tableaux 9 et 10 fournissent la proportion de professionnels de santé exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme et la proportion de professionnels ayant un diplôme étranger, par région d'exercice. Ces données sont issues des travaux de la Drees (rapport 2006) au 1^{er} janvier 2005.

Tableau 9. Proportion des professionnels de santé exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger

Proportion des professionnels de santé exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger

(source : DREES, 2006)

région de diplôme	professions de santé exerçant dans la région*			
	médecins diplômés dans la région d'exercice	médecins diplômés à l'étranger	infirmiers diplômés dans la région d'exercice	infirmiers diplômés à l'étranger
Alsace	80,4	2,8	79,6	1,4
Aquitaine	69,4	1,5	60	1,5
Auvergne	63,5	1,2	69,8	0,5
Bourgogne	46,1	2,2	65,7	1,3
Bretagne	61,6	1,7	57,9	0,6
Centre	40,9	1,9	63,1	0,9
Champagne-Ardenne	54	4,6	71,5	2
Franche-Comté	67,6	2	78,2	0,4
Ile-de-France	82,4	3,6	80	2,4
Languedoc-Roussillon	61	2,6	59,1	2,2
Limousin	63	1,8	74,9	0,6
Lorraine	77,5	2,5	86,3	1,3
Midi-Pyrénées	69,5	1,9	69	1,2
Nord-Pas-de-Calais	83,5	3	86,5	7,5
Basse-Normandie	53,9	1,6	74,3	0,6
Haute-Normandie	60,6	1,4	77,2	0,7
Pays de la Loire	57,1	1,3	57,6	0,6
Picardie	45,3	1,6	72,4	1,5
Poitou-Charentes	37	1,5	61,2	1,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64,8	2,3	62,1	1,7
Rhône-Alpes	73,6	1,8	75,2	1,2
Corse**			51,1	1,5

Lecture : en 2005, sur 100 médecins exerçant en Alsace, 80,4 ont obtenu leur diplôme en Alsace et 2,8 à l'étranger

*Sur la France, en moyenne, 2,4% de médecins exerçant en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger, et 1,8% des infirmières exerçant en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger

** Il n'y a pas de faculté de médecine en Corse

Tableau 10. Proportion des médecins généralistes et spécialistes exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger

Proportion des médecins généralistes et spécialistes exerçant dans la région où ils ont obtenu leur diplôme, et proportion de professionnels diplômés à l'étranger
(source : DREES, 2006)

région de diplôme	médecins exerçant dans la région*			
	méd. généralistes diplômés dans la région d'exercice	méd. généralistes diplômés à l'étranger	méd.spécialistes diplômés dans la région d'exercice	méd. spécialistes diplômés à l'étranger
Alsace	85,3	2,1	75,5	3,8
Aquitaine	71,5	1,5	67	1,6
Auvergne	66,8	1,4	59,1	1,6
Bourgogne	51,4	1,5	41,6	3,6
Bretagne	65,2	1	56,8	2,5
Centre	43,9	1,7	38,3	2,6
Champagne-Ardenne	61,1	2,8	46,6	6,9
Franche-Comté	73	1,3	61,1	3,1
Ile-de-France	84,2	3,5	80,5	3,9
Languedoc-Roussillon	63,8	2,4	57,9	2,9
Limousin	72,3	0,3	53,2	3,7
Lorraine	82,4	1,5	72,1	4,4
Midi-Pyrénées	70,5	1,9	67,4	2,2
Nord-Pas-de-Calais	89,3	1,6	76,4	4,6
Basse-Normandie	60,8	1,1	47,5	2,1
Haute-Normandie	69	0,9	52,5	2,1
Pays de la Loire	59,6	1	54,9	1,7
Picardie	50,6	1	39,7	2,4
Poitou-Charentes	42,6	1,4	31,8	1,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	65,9	2,3	63,3	2,5
Rhône-Alpes	73,9	1,7	72,3	2,1

Lecture : en 2005, sur 100 médecins exerçant en Alsace, 85,3 ont obtenu leur diplôme en Alsace et 2,1 à l'étranger

* Sur la France, en moyenne, 2% de médecins généralistes exerçant en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger, et 3% des médecins spécialistes exerçant en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger

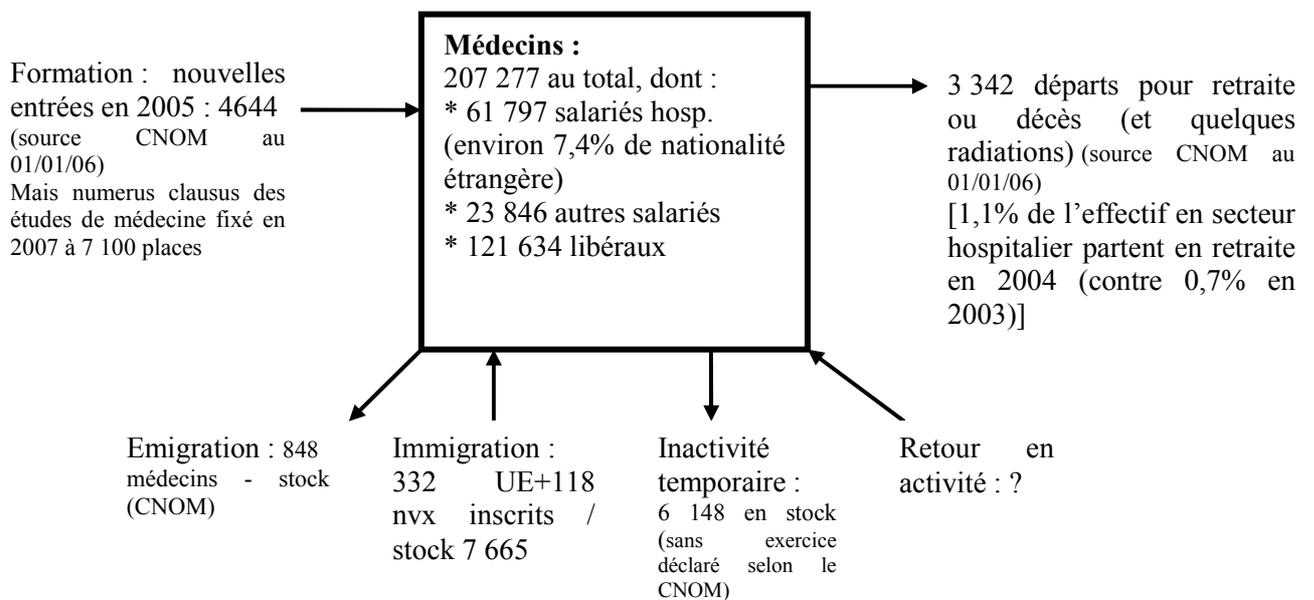
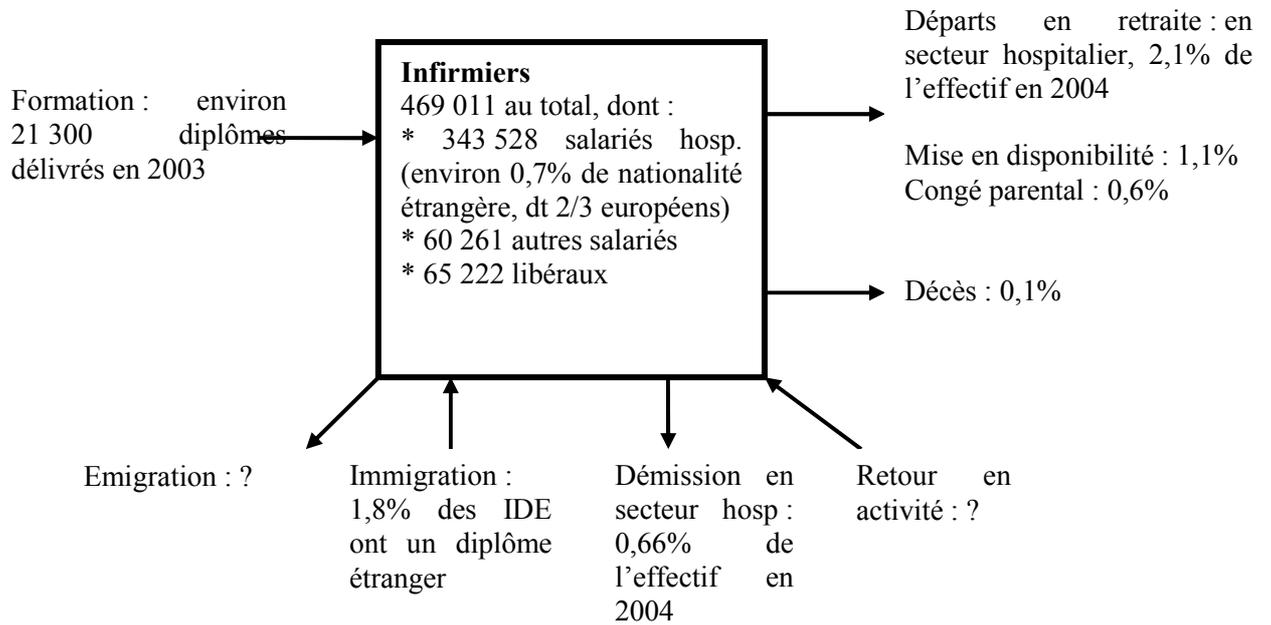
68. Deux points importants sont à souligner.

- 1er point : les médecins et les infirmières ayant obtenu leur diplôme dans une région tendent à rester dans cette région à une grande majorité (souvent plus de 60 % voire plus de 80 %). Une étude de la DREES sur le personnel infirmier (2006) classe les régions en 4 types selon leur possibilité de former des infirmiers d'une part, de les recruter d'autre part ; ainsi, cette étude distingue :
 - Les régions qui forment un nombre important d'infirmiers par rapport à leur population, mais qui ont des difficultés de recrutement et une densité d'infirmiers faible : principalement le Nord-Pas-de-Calais et la Haute Normandie. L'Ile de France se situe également dans cette catégorie ;

- Les régions qui forment un nombre important d'infirmiers, qui n'ont pas de difficultés de recrutement ainsi qu'une densité d'infirmiers forte : principalement le Limousin ;
 - Les régions qui ne forment pas beaucoup d'infirmiers, qui n'ont pas vraiment de difficultés de recrutement d'étudiants et une densité d'infirmiers relativement élevée : principalement la Bretagne, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte-d'Azur ;
 - Les régions qui forment peu d'infirmiers, qui ont des difficultés de recrutement et une densité faible d'infirmiers en exercice : les départements d'outremer.
- 2ème point : les médecins et les infirmières ayant obtenu leur diplôme à l'étranger représentent en moyenne 2,4 % des médecins et 1,8 % des infirmières en exercice, mais il existe des disparités régionales. La région Ile de France a une forte attractivité pour les deux professions. Pour les autres régions où le taux de professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger est élevé, il s'agit des régions frontalières. Pour les médecins, il s'agit des régions du Nord-Pas-de-Calais, le Grand Est de la France (avec l'Alsace, la Lorraine et la région Champagne Ardenne), et le Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA. Pour les infirmières il s'agit avant tout de la région Nord-Pas-de-Calais (7,5 % des infirmières installées en Nord-Pas-de-Calais ont obtenu leur diplôme à l'étranger).

69. Dans le tableau 10, on constate que le taux de médecins généralistes ayant obtenu un diplôme à l'étranger est particulièrement important en Ile de France, dans la région Champagne-Ardenne et dans le Sud de la France. Pour les médecins spécialistes, la région Champagne-Ardenne détient le taux le plus élevé de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, puis viennent les régions frontalières du Nord et de l'Est de la France (Lorraine et Nord-Pas-de-Calais notamment).

70. Les diagrammes suivants tentent d'identifier les principaux flux entrants et sortants en prenant comme référence l'année 2005 pour les données de « stock » ou l'année la plus récente disponible (France métropolitaine) :



65. Il est très difficile d'établir des séries fiables sur ces données de flux. Les entrées via les systèmes de formation sont aisées à reconstituer, et d'ailleurs sont évoquées plus loin, mais les chiffres concernant les départs en retraite, les démissions, les données migratoires ne sont pas suivies en tant que telles par les pouvoirs publics.

66. Il est toutefois possible en secteur hospitalier, à travers les bilans sociaux, d'avoir certains de ces éléments sur quelques années :

Tableau 11. Départs en retraite des personnels médicaux et soignants dans le secteur hospitalier

En % des ETP	2001	2002	2003	2004
Personnel médical	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%
Personnel soignant et éducatif	1,9%	2% infirmiers 2,4% aides-soignantes	3,6%	2,1%

67. Pour les médecins, les données du Conseil de l'Ordre sont plus fiables. En 2005, ce sont 3 342 médecins (dont 3 230 en France métropolitaine) qui sont sortis du Tableau de l'Ordre (décès, radiation, retraite), soit une augmentation de près de 15 % par rapport à 2004, faisant suite à une diminution de près de 24 % entre 2003 et 2004. L'âge moyen de sortie du Tableau est en 2005 de 58,7 ans (contre 59 ans en 2004 et 63,8 ans en 2003). Cet âge moyen tend à diminuer en raison de la suppression du dispositif du MICA (cf. chapitre II) et de ses répercussions actuelles (une part importante des médecins âgés de plus de 60 ans sont sortis avant 2004). Les femmes sortant du Tableau sont en moyenne âgées de 56,6 ans et les hommes de 59,7 ans. Notons que les médecins ayant choisi le MICA sont comptabilisés comme retraités au CNOM, mais en activité par la CARMF, la caisse de retraite des médecins libéraux !

68. Le nombre de nouveaux inscrits est inférieur à celui qui prévalait en 2000 (6 224). Cette diminution du nombre d'inscriptions est essentiellement liée à la forte diminution des procédures de régularisation de la situation des médecins diplômés en dehors de l'Union Européenne. Ceux-ci représentent, en 2005, 2,6 % des nouveaux inscrits (soit 118 personnes) contre 25 % en 2000 (1559).

1.3 Contexte macro-économique

Tableau 12. Croissance de la dépense de santé réelle par habitant, sur les 2 dernières décennies

Dépense Courante de Santé	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
DCS, Total - Part/P.I.B.	8,8%	8,8%	8,8%	8,8%	8,9%	9,1%	9,3%	9,6%	10,0%	9,9%
DCS - Val.rel.EUR 95 / cap	1 522	1 550	1 573	1 638	1 675	1 753	1 808	1 876	1 926	1 941
DCS, financement privé -% DCS	14,0%	14,3	15,1	15,3	14,9	15,8	15,7	15,6	15,6	15,7

Dépense Courante de Santé	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
DCS, Total - Part/P.I.B.	10,4%	10,4%	10,2%	10,1%	10,2%	10,2%	10,4%	10,7%	11,0%	11,1%	11,1%
DCS, Total - Val.rel. € 00 / cap.	2 198	2 206	2 213	2 267	2 351	2 421	2 490	2 576	2 672	2 731	2 761
DCS, financement privé -% DCS	19,4%	19,6%	19,4%	19,4%	19,6%	19,6%	19,6%	19,3%	19,1%	19,3%	19,5%
DCS, Mén.: Total DCS - % DCS,	7,6%	7,3%	7,1%	6,9%	7,1%	7,0%	7,1%	6,9%	6,7%	6,7%	6,9%

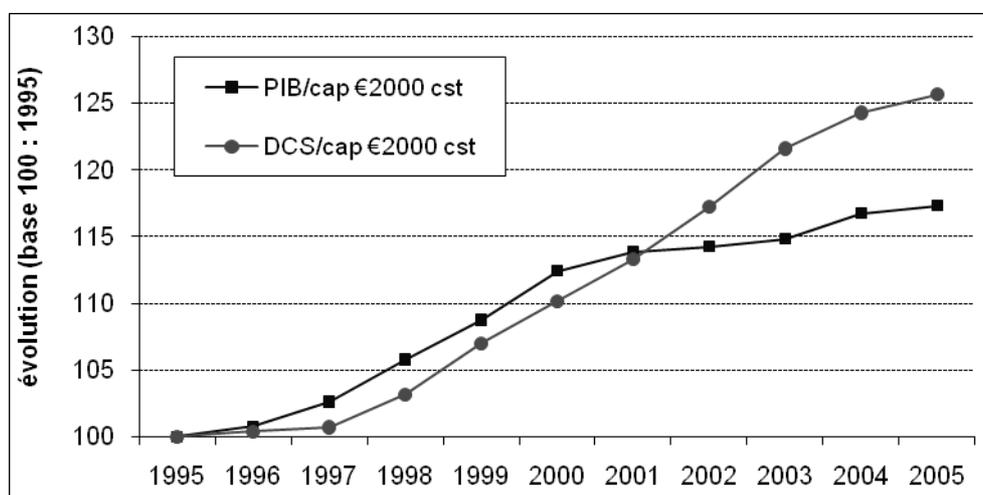
Source: Du fait du changement de base de référence intervenu en 1995 et en 2000, il y a rupture de tendance en 1995. Il convient donc en termes d'évolution de regarder la tendance en part du PIB ou de la dépense courante de santé.

Tableau 13. Croissance du PIB par habitant, sur les 2 dernières décennies

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	
PIB per capita brut 2000 - Val.relative €	18 249	18 605	18 943	19 718	19 877	20 305	20 459	20 723	20 408	20 747	
Tx croissance	1,5	2	1,8	4,1	0,8	2,2	0,8	1,3	-1,5	1,7	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PIB per capita brut 2000 - Val.relative €	21 129	21 284	21 680	22 352	22 980	23 758	24 049	24 145	24 261	24 674	24 786
Tx croissance	1,8	0,7	1,9	3,1	2,8	3,4	1,2	0,4	0,5	1,7	0,5

69. On observe une déconnexion entre l'évolution du PIB par habitant et celle de la dépense courante de santé par habitant :

Graphique 5. Évolution du PIB et de la Dépense courante de santé par habitant depuis 1995 à € 2000 constant



70. Les réformes entreprises dans les années 1995-1996 ont permis de juguler la hausse relative des dépenses de santé par rapport au PIB, mais à partir de 2001, l'écart se creuse à nouveau. Il est important de noter que si la fin des années 1990 a pu apparaître plutôt favorable en termes d'évolution de la dépense de santé par rapport à celle du PIB, cela tient avant tout à la période de croissance exceptionnelle qu'a connue la France entre 1997 et 2000, les effets des réformes de 1995 et 1996 ayant été de courte durée.

71. Néanmoins, les réformes du système de santé intervenues en France en 1996 puis en 2004 ont modifié aussi bien le paysage institutionnel que les systèmes de régulation de l'offre de soins et des dépenses, mais aucune de ces modifications n'a eu d'impact direct majeur sur les ressources humaines pour le moment (nous verrons toutefois dans le chapitre III que dans l'avenir, ce pourrait être différent). La réforme de 1996 a abordé l'ensemble des aspects d'organisation et de financement du système de santé ; on peut tenter d'en résumer ainsi les principaux points :

- Vote par le Parlement chaque année d'un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans le cadre d'une loi de financement de la sécurité sociale ; cet ONDAM est ensuite subdivisé en plusieurs sous-objectifs : objectif des dépenses de soins de ville, objectif des dépenses hospitalières (en distinguant alors secteur public et secteur privé), objectif des dépenses médico-sociales ;

- Création des Agences régionales d'hospitalisation, en charge de la politique hospitalière, de la gestion de l'offre hospitalière (schéma d'organisation de l'offre de soins : SROS), de la contractualisation avec les établissements hospitaliers sur leurs objectifs et leurs moyens ;
- Création d'un dispositif d'encadrement de l'activité des médecins libéraux, dispositif qui n'a pas pu fonctionner en pratique ;
- Sur le plan du financement, création d'un nouveau dispositif de remboursement de la dette sociale : transfert de la dette sociale vers une caisse en charge de la rembourser à échéance, cette caisse étant alimentée par une contribution nouvelle (CRDS).

72. En 2003, est lancé le plan « hôpital 2007 » qui inclut une réforme de la tarification hospitalière, pour la baser sur les groupes homogènes de malades, une réforme de la planification conduisant aux SROS de 3^{ème} génération, une relance de l'investissement hospitalier.

73. Parallèlement, une nouvelle réforme de l'assurance maladie est votée en 2004, mettant notamment en place le parcours de soins pour les plus de 16 ans, encourageant les patients à choisir un médecin traitant qu'ils doivent consulter en première ligne pour tout problème (avec des dispositifs de recours immédiat aux spécialistes dans un certain nombre d'exceptions, pour les soins dits de premier recours, à savoir médecine générale, psychiatrie, ophtalmologie, pédiatrie et gynécologie). En outre, le paysage institutionnel change avec création d'une Union des Caisses d'assurance maladie (UNCAM) au plan national, d'une Union équivalente pour les mutuelles et assurances complémentaires (UNOCAM), et du conseil de l'hospitalisation, en charge de la politique hospitalière au plan national. Un forfait de 1 euro est également décidé, payé par le patient pour toute consultation, en ville comme à l'hôpital, puis un autre forfait de 18€ sur les actes "lourds".

Quelles peuvent être les conséquences de ces réformes sur les ressources humaines ?

* Sur le plan institutionnel, la création des Agences régionales d'hospitalisation a pu être considérée comme une première étape vers la décentralisation du système de soins, surtout pour la gestion locale des restructurations, regroupements et coopérations hospitalières ; mais ces politiques ont peu d'impact sur le degré d'attractivité ou de non attractivité des professionnels de santé (hormis quelques rares plans sociaux dans le secteur privé ou PSPH). En outre, les leviers de décision restent fortement dans les mains du niveau national pour tout ce qui touche à la gestion de la fonction publique hospitalière et du corps des praticiens hospitaliers.

* La réforme de la tarification hospitalière intervenue en 2004 qui concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé ne touche pas non plus directement la politique de ressources humaines pour le moment. Il se peut toutefois qu'au terme de la réforme (2012 en principe), certains établissements en grande difficulté doivent opérer des non remplacements de départ de personnels pour équilibrer leur budget (cette politique a de fait démarré dans certains établissements). On pourrait assister, si la réforme est maintenue dans sa logique initiale, à des déplacements d'effectifs d'établissements en perte d'activité vers des établissements plus dynamiques.

* Cette tarification hospitalière à l'activité est un incitatif à la réduction des durées de séjour, mais ce mouvement de réduction a déjà été très largement engagé ces vingt dernières années et les marges de réduction résiduelle sont jugées plus modestes. Les prises en charge ambulatoires devraient cependant se développer dans une large mesure, au regard du retard pris par la France dans ce domaine par rapport à ses voisins européens.

* Par ailleurs, un mouvement de concentration des plateaux techniques (maternité, chirurgie) a été engagé, sous la pression à la fois de la technicité de plus en plus grande de l'activité, des difficultés de démographie médicale dans certaines spécialités, des problématiques de qualité et de sécurité des soins. Ce mouvement de concentration devrait induire également des évolutions de métiers et des transferts de personnels entre établissements.

* Parallèlement à cette réforme, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie voté chaque année par le Parlement est de plus en plus strict, de l'ordre de 3,5 % par an en euros courants, obligeant les différents offreurs de soins à opérer des gains de productivité. Les charges de personnels représentant 70 % des dépenses hospitalières, il est ainsi attendu une pression plus forte dans les années à venir sur les effectifs hospitaliers, malgré les fortes résistances politiques et syndicales. En bonne logique, on pourrait assister à un transfert de personnels soignants du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, qui doit se développer pour faire face aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes et est moins contraint budgétairement.

* Sur le plan assurantiel, il n'y a pas eu de modification majeure du paysage institutionnel, si ce n'est la recherche d'une plus grande coordination entre les principaux régimes obligatoires par la création de l'UNCAM ; la part représentée par les régimes obligatoires d'assurance maladie reste stable. On observe cependant une pression constante des médecins libéraux, notamment spécialistes, pour développer le secteur à honoraires libres, avec des taux de dépassement en augmentation et par conséquent, un rôle potentiellement plus important des assurances complémentaires.

74. L'impact des innovations technologiques est par nature difficile à prévoir. On observe toutefois depuis quelques années, du fait des progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques, un fort développement des pratiques ambulatoires, qui devrait se poursuivre, comme souligné plus haut, et pourrait engager un mouvement durable de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville (aux réserves près liées aux contraintes de démographie médicale dans chaque secteur).

75. Indépendamment d'une réflexion strictement financière, les réflexions prospectives sur la baisse prévisible de la démographie des professionnels de santé, suite aux départs en retraite massifs de la génération du baby-boom à partir de 2005-2006, conduisent les pouvoirs publics à envisager plusieurs mesures pour faire face à cette difficulté, mesures qui pourraient avoir un impact sur la répartition des professionnels sur le territoire (via des incitations pour les médecins à s'installer dans des zones dites désertifiées), et sur la répartition des tâches entre les différentes catégories de professionnels (de nombreuses expérimentations de délégation de tâches sont en cours, pour déléguer à des non médecins des tâches historiquement assurées par des médecins). Nous les étudierons dans le chapitre III.

76. Mais la mesure politique, non spécifique à la santé, qui a le plus touché les ressources humaines hospitalières, a été la mise en place des 35 heures en France, ou réduction du temps de travail (RTT). Elle a concerné de manière différente les agents de la Fonction publique hospitalière, pour lesquels le temps hebdomadaire de travail est passé de 39 h à 35 h, et le corps médical.

77. Pour les médecins, il y a eu application quasi simultanée de la RTT⁴ et de la directive de l'Union Européenne conduisant à intégrer les périodes de gardes dans le temps de travail. Cette deuxième mesure a

4. La RTT des personnels médicaux s'est traduite par l'octroi de 20 jours de RTT/an (pour un temps plein) et de la possibilité d'ouvrir un Compte Epargne Temps (CET) « glissant » où peuvent être capitalisés 300 jours au maximum.

La durée des obligations de service des personnels médicaux (en moyenne lissée sur 4 mois) reste fixée à dix demi journées hebdomadaires dont la durée n'est pas définie. Il est considéré qu'un praticien qui réalise cette moyenne sans la dépasser a rempli ses obligations sans dépasser la limite maximale de 48 heures

été particulièrement difficile à gérer dans les disciplines médicales fonctionnant sur un mode de garde : médecine d'urgence, réanimation, obstétrique, anesthésie.

78. L'application rapide de ces mesures en 2002 a été accompagnée de recrutements massifs : 45 000 postes ont été créés sur 3 ans, pour compenser en partie (mais pas totalement) cette réduction des heures travaillées.

79. Cette politique a eu pour effet de densifier davantage le travail, d'induire des réorganisations internes au sein des établissements, et ce, dans une période où le nombre des sorties des écoles paramédicales n'était pas encore suffisant. Une politique de recours plus fréquent aux heures supplémentaires a alors été conduite, de même qu'une possibilité ouverte aux salariés de compte épargne temps (CET) : par ce système, les heures travaillées en plus des 35 heures hebdomadaires peuvent être placées sur une réserve de jours, le CET, le salarié pouvant cumuler ainsi plusieurs mois de congés qu'il peut prendre à sa convenance, soit pour partir en retraite avant l'âge légal, soit pour prendre une année sabbatique. Ce CET a été assez largement utilisé par les médecins, et est considéré maintenant comme une véritable « bombe à retardement » démographique puisque de nombreux médecins pourront ainsi quitter leurs fonctions pendant de nombreux mois dans les années à venir, alors même que les départs en retraite augmenteront et que les possibilités de remplacement seront presque nulles.

80. Les praticiens en formation (internes) ont bénéficié de l'intégration des gardes dans leurs obligations de service, mais ne bénéficient pas d'un dispositif de RTT ni de CET.

81. Les récentes tentatives de la Commission européenne d'assouplir quelque peu cette réglementation pour les cas de garde de nuit ne sont pas suivies d'effet en France.

Comment l'évolution des dépenses de santé a pu influencer sur la demande en médecins ?

82. Cette question se résume en France à la gestion du *numerus clausus* d'entrée en deuxième année des études de médecine, et à la gestion des quotas concernant les écoles paramédicales, dont nous parlerons dans le chapitre II.

83. Cependant, les dispositifs de régulation des dépenses de santé ont toujours recherché à mobiliser les médecins pour réaliser des économies sur les prescriptions (extrait du rapport HCAAM, avril 2007).

84. Cette « mobilisation » s'est fondée sur l'information, la formation et sur le contrôle et le suivi d'activité individualisés. Elle se fonde également sur l'intéressement financier collectif des médecins. Celui-ci s'est traduit principalement par l'adoption, dans le cadre des conventions médicales, de programmes de maîtrise médicalisée négociés en même temps que les revalorisations tarifaires.

85. Ainsi plusieurs dispositifs se sont succédé dans ce cadre principalement conventionnel. Par exemple, les revalorisations de la consultation et de la majoration pour déplacement en 2002 ont été accompagnées d'un engagement de la profession de diminuer le nombre de visites à domicile d'au moins 5 % la première année et de rédiger au moins 25 % des lignes de prescriptions de médicaments en dénomination commune internationale (DCI) ou en génériques.

86. La loi de financement pour l'année 2000 a donné un cadre particulier en créant le dispositif d'accords de bon usage des soins nationaux ou régionaux qui prévoit explicitement le reversement d'une partie des économies réalisées aux médecins sur les programmes ciblés par les accords.

hebdomadaires. Par dérogation à la directive et sur la base du volontariat du praticien, du temps de travail additionnel peut être réalisé des règles régissant le repos quotidien.

87. Enfin, à partir de la convention de 1997 avec l'option « médecins référents », puis de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 qui a créé les « contrats de bonne pratique », a été introduit le principe de contrats à adhésion individuelle associant rémunération ou intéressement à des engagements de pratique.

88. Dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la Cour des comptes fait un bilan assez négatif de l'ensemble des expériences de ce type : *« Au total, les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations ont largement échoué. Qu'il s'agisse de contreparties ou d'incitations monétaires, la recherche d'une inflexion des comportements en liant des objectifs de réduction d'activité ou d'amélioration de la qualité des soins à des éléments de rémunération n'a produit aucun des objectifs attendus ».*

89. Depuis, la convention de 2005 est allée plus loin en prévoyant le principe d'un programme de maîtrise médicalisée assorti d'objectifs quantifiés détaillés et du reversement d'une partie des économies réalisées dans les revalorisations tarifaires. Le principe d'un intéressement financier des médecins aux économies sur les prescriptions a d'ailleurs été mis en œuvre dans d'autres pays depuis longtemps (Allemagne, Royaume-Uni, USA...).

90. C'est avec le développement du concept « d'objectifs de dépenses » que des dispositifs juridiques de conditionnement des revalorisations encadrant la négociation conventionnelle ont été mis en place.

91. Différents dispositifs d'enveloppe conditionnant les revalorisations ont été introduits au début des années 1990 pour des professions de santé libérales non médicales sous des formes différentes (biologistes en 1991, infirmières en 1993 et masseurs kinésithérapeutes en 1994).

92. Pour les médecins, la loi du 5 janvier 1993 a introduit une annexe annuelle à la convention fixant à la fois un objectif prévisionnel de dépenses et les tarifs sans pour autant conditionner les revalorisations au respect de cet objectif. C'est la réforme de la sécurité sociale de 1996 qui a pour la première fois créé un dispositif juridique contraignant pour les revalorisations.

93. Le dispositif de 1996 est original à plus d'un titre. Il est fondé sur un objectif de dépenses, dit « objectif de dépenses médicales » incluant à la fois les honoraires des médecins et leurs prescriptions et prévoit à la fois un intéressement financier en cas de respect de l'objectif et une pénalisation financière en cas de dépassement ; il peut faire l'objet d'une adaptation par région et/ou par spécialité médicale. Dans ce cadre, aucune revalorisation tarifaire ne peut être accordée sans avoir été préalablement provisionnée. Ainsi, la revalorisation négociée en début d'année n'est effectivement versée qu'une fois vérifié en fin d'année le respect de l'objectif de dépenses.

94. Par ailleurs en cas de dépassement de l'objectif de dépenses médicales, non seulement la revalorisation n'est pas versée, mais un reversement est dû par les médecins à l'assurance maladie. Ce reversement est calculé de manière différente suivant que le dépassement provient du sous-objectif des honoraires (la totalité de cette partie du dépassement doit être reversée) ou du sous-objectif des prescriptions (5 % seulement de cette partie du dépassement, dans la limite de 1 % des honoraires de l'année, fait l'objet d'un reversement). Enfin, la répartition du reversement entre les médecins est fonction d'un certain nombre de critères individualisés, dont le respect des références médicales opposables ou la croissance individuelle de l'activité médicale.

95. Ce dispositif – illustratif de la « maîtrise comptable » - a été neutralisé dès ses débuts puis abandonné, suite aux différents recours des syndicats médicaux devant les plus hautes juridictions françaises.

96. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2000 a alors sensiblement modifié le dispositif. La référence à un objectif de dépenses médicales incluant honoraires et prescriptions est abandonnée pour revenir à un objectif limité aux honoraires. L'intéressement des médecins aux économies sur leurs prescriptions est transféré à un autre outil plus ciblé et médicalisé, l'accord de bon usage des soins. Le principe du provisionnement des revalorisations comme celui des « reversements » est abandonné au profit d'autres types d'ajustement financier. En contrepartie, un suivi beaucoup plus rapproché (tous les quatre mois) de l'évolution des dépenses est mis en place. Lors des rendez-vous quadrimestriels, en cas de perspective de dépassement de l'objectif, les parties conventionnelles, ou à défaut d'accord l'assurance maladie seule, prennent toutes mesures, y compris d'ajustement à la baisse des tarifs. Cet ajustement quadrimestriel des tarifs a conduit à baptiser la réforme de dispositif de « lettres-clés flottantes ».

97. Ce dispositif ne s'est pas traduit⁵ en 2000 par la baisse de la lettre clé des médecins alors que cela a été fait pour les biologistes et les masseurs-kinésithérapeutes. En revanche, la CNAMTS a proposé dans son troisième rapport d'équilibre de novembre 2000 des baisses de tarifs sur des spécialités ciblées (radiologues, gastro-entérologues, cardiologues, néphrologues). Cette proposition n'a pas été mise en œuvre et le dispositif a été ensuite abrogé.

98. Le dispositif actuel, bien qu'il conserve le principe d'un objectif de dépenses sur l'ensemble des soins de ville, ne conditionne plus juridiquement les revalorisations au respect des objectifs. Il laisse à la convention médicale le soin de négocier les conditions d'une éventuelle revalorisation. Un lien de fait est cependant établi entre l'ampleur et le calendrier des revalorisations d'honoraires et les résultats de la maîtrise médicalisée.

Y a-t-il des spécificités régionales ?

99. De par les caractéristiques régionales de la population française, il y a du point de vue de l'offre de soins des spécificités en particulier dans le secteur libéral qui n'est pas encore soumis à ce jour à une régulation géographique.

100. Le Tableau 14 ci-après fait le parallèle entre la dépense de santé remboursée par personne protégée en 2003 et la densité de spécialistes libéraux (ensemble et secteur 2 uniquement).

101. La répartition des médecins libéraux semble en effet corrélée au niveau de vie par région, surtout pour les spécialistes. Ainsi il existe une certaine corrélation entre le niveau de dépenses et la densité de spécialistes, en particulier ceux du secteur 2 qui fixent librement le niveau de leurs honoraires (coefficient de corrélation de 0,62).

5. On avait en 1998 diminué le tarif de lettres clé pour huit spécialités (Anatomo-cyto-pathologie, Anesthésie, Cardiologie, Gastro-entérologie, Néphrologie, Ophtalmologie, Pneumologie, Psychiatrie, Radiologie).

Tableau 14. Dépenses de santé remboursées par personne protégée en € et densité de spécialistes libéraux

	2003	Spéc. Libéraux - Densité 100 000 hab.	Spéc. Lib. secteur 2 - Densité 100 000 hab.
Corse	1 127 €	103,1	21,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 051 €	134,6	48,0
Languedoc-Roussillon	996 €	103,6	28,3
Limousin	942 €	65,1	15,0
Midi-Pyrénées	938 €	103,4	16,6
Aquitaine	929 €	99,7	33,9
Nord-Pas-de-Calais	862 €	59,1	18,0
Poitou-Charentes	853 €	64,8	18,7
Lorraine	838 €	61,9	13,7
Auvergne	837 €	67,2	17,3
Alsace	829 €	78,8	37,5
Bourgogne	817 €	66,3	24,2
Champagne-Ardenne	815 €	58,7	18,6
Picardie	815 €	46,5	13,8
Centre	814 €	64,3	19,6
Bretagne	809 €	69,4	8,4
Haute-Normandie	778 €	60,6	19,0
Franche-Comté	765 €	55,9	16,0
Basse-Normandie	762 €	57,7	11,7
Rhône-Alpes	757 €	85,5	39,1
Ile-de-France	748 €	122,7	67,5
Pays de la Loire	717 €	62,7	14,8
France métropolitaine	852 €	87,2	32,5

Source: Eco-santé 2007, données DREES et CNAMTS.

1.4. Rémunérations

1.4.1. Les médecins

102. Les méthodes de rémunération des personnels médicaux diffèrent selon qu'elles concernent des libéraux ou des professionnels employés dans des structures de soins ; il n'est pas rare cependant que les professionnels aient une activité mixte ; leur rémunération globale est alors composite.

Les professionnels salariés

103. Les médecins hospitaliers, tout comme les infirmiers, en tant que salariés à l'hôpital public ou dans les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) reçoivent un salaire.

104. Les médecins hospitaliers publics à temps plein (quel que soit leur statut) doivent consacrer l'intégralité de leur fonction à l'hôpital. Seuls les personnels recrutés à temps partiel peuvent avoir, en dehors de leur établissement, un autre exercice (libéral ou salarié).

105. Cependant, les praticiens statutaires à temps plein (PH, PUPH, MCUPH, CCA, AHU et PHU) peuvent avoir une activité libérale à l'hôpital, sous réserve de ne pas toucher certaines primes et dans le cadre de certaines règles de temps de travail extérieur.

106. Les médecins hospitaliers sont des agents publics qui bénéficient de statuts proches de ceux des fonctionnaires. Le mode et le montant de leur rémunération sont variables selon leur catégorie.

- Les *praticiens hospitalo-universitaires* sont des fonctionnaires par leur fonction d'enseignement. Leur rémunération est composée à parts sensiblement égales de la rémunération universitaire de leur fonction d'enseignement et d'émoluments hospitaliers correspondant à leur fonction de soins. Le niveau de leur rémunération correspond à leur place dans une grille d'avancement.
- Les *praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel titulaires ou contractuels* perçoivent une rémunération mensuelle en fonction de leur échelon (ancienneté) et du temps travaillé. De plus, ils perçoivent des indemnités diverses (gardes et astreintes).
- Les *praticiens attachés* (praticiens extérieurs intervenant de façon intermittente à l'hôpital) perçoivent une rémunération mensuelle proportionnelle au nombre de demi journées effectuées et des indemnités de gardes et astreintes.

107. Comme indiqué ci-dessus, depuis 1958, une mesure destinée à attirer les médecins à l'hôpital public et à les y conserver, autorise les praticiens hospitaliers à temps plein à consacrer une fraction de leur temps de travail à une activité libérale au sein de l'hôpital. Entre 1999 et 2005, les honoraires étaient perçus par l'administration hospitalière qui les reversait au praticien après retenue d'une redevance variable selon les types d'actes. Depuis 2005 (comme avant 1999), le praticien peut aussi percevoir directement les honoraires en déclarant au directeur de l'établissement les montants en cause pour le calcul de la redevance.

Les professionnels libéraux

108. Les professionnels libéraux : médecins généralistes ou spécialistes, dentistes, infirmiers, ... assurent la grande majorité des services médicaux ambulatoires et une partie importante des soins dispensés aux malades hospitalisés dans les établissements de soins privés.

109. Les professions libérales, dans leur très grande majorité, exercent leur activité dans le cadre de Conventions qui régissent leurs relations avec les assurés sociaux et les caisses d'Assurance maladie. La méthode et les montants de leur rémunération doivent donc être conformes aux dispositions de ces Conventions ou au règlement conventionnel minimal défini par le gouvernement en l'absence d'accord conventionnel.

110. Les conventions, pour chacune des professions, sont signées pour 4 ou 5 années ou sont reconduites. Jusqu'en 1998, une convention unique s'appliquait aux médecins généralistes ou spécialistes ; puis, deux textes différents se sont appliqués, bien que la méthode de rémunération restait la même pour les deux types de médecins. Une nouvelle convention nationale des médecins a été signée en janvier 2005, recouvrant à nouveau les généralistes et les spécialistes.

111. Les conventions avec les médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ... prévoient un objectif financier spécifique pour la profession. Les revalorisations tarifaires dépendent du respect de ces objectifs. Les infirmières avaient jusqu'en 2002 un plafond d'activité annuel dont le dépassement pouvait donner lieu à un reversement d'honoraires aux caisses. Pour les laboratoires d'analyses biologiques, un dépassement peut encore donner lieu à reversement.

Les règles de la rémunération des professionnels libéraux

112. Les praticiens libéraux sont, le plus souvent, rémunérés à l'acte par leurs patients, lesquels sont partiellement remboursés par l'Assurance maladie.

113. Ainsi, la rémunération brute des praticiens est égale à la somme des montants perçus pour chaque acte ; elle dépend donc du nombre et du type d'actes produits, ainsi que du prix des différents actes ; leur rémunération nette avant impôt est égale à leur rémunération brute diminuée de leurs frais professionnels. Les professionnels ne peuvent fixer librement le prix de leurs prestations et doivent appliquer des tarifs conventionnels. Ici encore, il faut noter des exceptions, en particulier pour les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement et ceux qui ont opté pour un secteur à honoraires différents (secteur 2) en abandonnant certains avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés. La rémunération théorique d'un service donné se calcule à partir de sa cotation dans une « Nomenclature » et d'un tarif. Pour chaque catégorie de professionnels, des nomenclatures affectent aux différents actes pris en charge par l'Assurance maladie une cotation constituée d'une lettre-clé et d'un coefficient. Les lettres-clés correspondent à des groupes d'actes de nature similaire.

114. Actuellement, pour les médecins, les actes sont regroupés en : consultations au cabinet du médecin, visites du médecin au domicile du malade, actes de spécialités, de chirurgie, d'échographie, d'anatomie et de cytologie pathologique, actes utilisant les radiations ionisantes, traitements d'orthopédie dento-faciale, soins conservateurs, prothèses dentaires. D'autres lettres-clés sont utilisées pour décrire l'activité des dentistes, des sages-femmes et des différents auxiliaires médicaux.

115. Pour les actes dits techniques (chirurgie, imagerie, endoscopie...), le système a été modifié en 2005 pour laisser place à une classification commune des actes médicaux qui donne directement un tarif en euros pour chaque acte.

116. Les médecins libéraux peuvent avoir plusieurs sources de revenus : la principale est constituée par les honoraires mais ils peuvent aussi travailler en clinique privée, faire des vacations à l'hôpital public ou en centre de santé, recevoir des honoraires pour expertise...

117. Ainsi, s'agissant des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, secteur 1 (conventionné) et secteur 2 (non conventionné), soit plus de 99 % des praticiens libéraux, les honoraires sont proportionnels au nombre des actes : c'est le paiement à l'acte.

118. Seuls de rares éléments de rémunération de nature forfaitaire sont mis en place ou envisagés : forfait alloué au médecin traitant pour le suivi des patients en ALD, forfait attribué dans le cadre de l'option du médecin référent, enfin des astreintes pour la permanence des soins ambulatoires et en établissements (voir annexe 7 pour le détail).

1.4.1.1. Les médecins salariés

119. En 2006, 85 643 médecins sont salariés ; 61 797 le sont à l'hôpital et 23 846 dans d'autres structures.

a. Hors hôpital

120. La plupart des médecins salariés non hospitaliers travaillent pour la médecine du travail ou les centres de soins municipaux ou privés. Mais une partie des médecins exercent à différents endroits et sous différents statuts⁶.

121. Pour ce qui est des rémunérations des médecins salariés non hospitaliers, très peu de données détaillées sont disponibles. Les quelques informations accessibles font état d'échelles de salaires.

Tableau 15. Salaires des médecins salariés hors hôpital. Données 2000-2002

En Euros	Échelle de salaire annuel brut
	Début de carrière -fin de carrière
Médecin du travail [°]	42 000 – 64 000
Médecin du contrôle médical ^{°°}	40 600 – 68 600
Médecin de santé publique ^{°°}	32 000 – 69 700
Médecin scolaire ^{°°°}	22 000 – 38 000
Médecin Industrie Pharmaceutique*	33 000 – 71 000

Source: conventions collectives, CISME, 2002. Source : DHOS, 2002 (document interne) et JO.

^{°°°}Source : Le quotidien du médecin n°6645-15 février 2000, * Source : Argus des salaires 2002

122. On constate qu'après une perte importante de pouvoir d'achat entre 1982 et 1986, la situation des médecins salariés non hospitaliers s'est très nettement améliorée depuis 20 ans (voir annexe 7). Ces données sont toutefois à prendre avec beaucoup de précaution, la taille de l'échantillon étant très faible.

b. A l'hôpital

123. Tout d'abord, leur nombre a augmenté de 37 % entre 1984 et 2006 de façon régulière et continue au cours de la période, passant de 45 000 en 1984 à environ 61 800 en 2006, dont 70,6 % de spécialistes.

124. Le tableau 16 présente les revenus des médecins salariés dans les établissements privés et publics : les médecins PAC, médecins à diplôme étranger (quelle que soit leur nationalité, Union Européenne ou hors Union Européenne), sont rémunérés deux fois moins que les praticiens hospitaliers à plein temps titulaires (les PAC ont un statut contractuel et sont donc proches des autres grilles salariales des contractuels). Ces revenus ne tiennent pas compte des rémunérations obtenues lors d'astreintes, gardes, etc. Les PAC ont à cet égard le même régime indemnitaire que les PH (Tableau 16bis).

6. Ce qui explique les différences de chiffres selon les sources. D'après l'UCMSF (Union Confédérale des Médecins Salariés de France), près de 32 500 médecins étaient salariés hors hospitalisation en France en 1999 : 6 700 en centre de santé (municipaux ou privés), 9 000 en médecine du travail, 4 100 en santé publique et prévention, 3 050 dans les différents régimes d'assurance-maladie et 9 600 dans d'autres structures. L'écart entre les chiffres de la DREES (environ 22 000) et ceux de l'UCMSF (32 500) s'explique donc par les différentes méthodes de comptage, en particulier concernant les médecins exerçant à différents endroits et sous différents statuts.

Tableau 16. Fourchette des revenus (entre début et fin de carrière) au 01/02/2005 des médecins en établissement public et privé

**Fourchette des revenus (entre début et fin de carrière)
au 01/02/2005 des médecins en établissement public et privé
(source : rapport Berland 2006)**

catégories de médecins*	brut (k€)	net (k€)
<i>Etablissement public</i> [°]		
PU-PH**	72,4 à 128,5	
MCU-PH**	55 à 99	
PHU**	52,3 à 67,2	
PH temps plein	52,3 à 90,5	42,4 à 73,3
PH temps partiel	25,5 à 47,3	20,6 à 38,3
Assistant généraliste	30,2 à 32,9	24,5 à 26,6
Praticien adjoint Contractuel	26,2 à 45	21,2 à 36,4
Praticien attaché	28,7 à 52,1	23,3 à 42,2
<i>Etablissement privé</i> ^{°°}		
Médecin généraliste	50,1 à 75,2	
Médecin spécialiste	55,5 à 102,9	
Médecin chef de service	64 à 123,4	

* A ce revenu peuvent s'ajouter des indemnités de charges administratives, de sujétion, des indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel, etc.

° Revenus publiés au Journal Officiel

** Le personnel hospitalo-universitaire reçoit un salaire universitaire et une indemnité hospitalière sur laquelle il n'y a pas de prélèvements sociaux.

°° Médecins salariés dans les établissements adhérents à la Fédération des établissements hospitaliers privés à nut non lucratif (FEHAP)

Tableau 16bis. Grilles de rémunérations des praticiens et assistants – arrêtés du 8 février 2007 –

Statut	1 ^{er} niveau *	Dernier niveau *	Indemnité pour exercice « multi site »**	Indemnité de sujétion***	Indemnité de TTA de permanence***	Indemnité de TTA de jour***
PAC	26 907	46 103	407, 23 €	259,13 €	464,11€	310,96 €
Praticiens attachés	29 461	53 499	407, 23 €	259,13 €	464,11€	310,96 €
Praticiens attachés associés	29 461	53 499	407, 23 €	212,90 €	317,76€	255 ,40 €
Assistants associés généralistes	25 325	32 070	407, 23 €	212,90 €	317,76€	255 ,40 €
Assistants associés spécialistes	29 461	36 226	407, 23 €	212,90 €	317,76€	255 ,40 €
Assistants généralistes	26 907	33 735	407, 23 €	259,13 €	464,11€	310,96 €
Assistants spécialistes	30 988	38 121	407, 23 €	259,13 €	464,11€	310,96 €
Praticiens contractuels	47 963	56 341	Non éligibles	259,13 €	464,11€	310,96 €
PH	47 963	87 095	407, 23 €	259,13 €	464,11€	310,96 €

* montants annuels bruts au 01/02/07

** montant brut mensuel au 01/02/07

***montant brut pour une période (deux ½ journées) de temps de travail au 01/02/07

TTA : Temps de travail additionnel

125. Le tableau suivant permet de voir à quel point les salaires ont fortement progressé pour les médecins hospitaliers depuis 25 ans.

Tableau 17. Évolution du salaire des médecins salariés à l'hôpital

En Euros	1982	1986	1991	1996	2001
Salaire médian, net par mois	991	1 296	1 814	2 287	2 805
Évolution en Euros courants		+30,8%	+40,0%	+26,1%	+22,7%
Inflation		+28,3%	+17,4%	+11,5%	+5,8%
Évolution du Pouvoir d'achat		+2,5%	+22,6%	+14,6%	+16,9%

Lecture : En 2001, les 214 médecins hospitaliers de l'échantillon déclaraient recevoir 2 805 Euros net par mois (en salaire médian), soit une hausse de 22,7 % en Euros courants par rapport à 1996, soit un gain de pouvoir d'achat de 16,9 % sur la période.

Note : Il s'agit de salaires déclarés par les médecins salariés à l'hôpital, lors de l'enquête emploi, réalisée chaque année au mois de mars par l'INSEE.

Source: Enquête Emploi, INSEE (réalisée en mars de l'année indiquée) pour les salaires médians, et séries longues de l'INSEE pour l'inflation

1.4.1.2. Les médecins libéraux

126. En l'an 2000, 99,4 % des praticiens libéraux sont conventionnés ; près des trois-quarts pratiquent en secteur 1 (85 % des généralistes et 62 % de spécialistes) et appliquent donc les tarifs conventionnels pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie financent en moyenne environ 2/3 de leurs cotisations sociales. Pour les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 (14 % des généralistes et 35 % des spécialistes), leurs honoraires sont libres mais ils ne bénéficient pas de

la même prise en charge de leurs cotisations sociales. Leurs patients ne sont remboursés que sur la base du tarif conventionnel.

127. Pour ce qui est de leur revenu (imposable) et non pas de leur chiffre d'affaires, il varie par spécialité, les dernières données publiées par la DREES⁷ indiquant qu'en 2005, il s'échelonnait en moyenne entre 59 377 Euros pour les psychiatres et 197 459 Euros pour les radiologues, les généralistes percevant pour leur part 63 881 Euros. Seul le revenu libéral est pris en compte dans ces calculs et peut donc être différent du revenu global perçu par les médecins en cas d'autres activités exercées (activité salariée, publications, enseignements, recherches...).

Tableau 18. Revenu moyen des médecins libéraux en 2003, 2004 et 2005

en euros courants et en %

Spécialités	année 2003		Revenu libéral 2004 (en €) (e)	Revenu libéral 2005 (en €) (e)	TCAM ³ du pouvoir d'achat entre 1993 à 2004 (en %)	TCAM ³ du pouvoir d'achat entre 2000 et 2005 (en %)
	Part des actes techniques dans les honoraires (en %)	Revenu libéral* (en €)				
Anesthésistes	80	143 430	150 625	150 432	1,9	3,2
Cardiologues	71	100 830	105 170	104 430	1,7	1,6
Chirurgiens ¹	75	110 513	116 227	117 109	1,0	2,4
Dermatologues	26	58 641	61 055	59 084	-0,3	0,3
Gastro-entérologues	78	87 214	90 380	89 845	1,0	1,7
Gynécologues	39	76 767	77 447	78 761	1,2	2,0
Omnipraticiens	5	65 144	61 805	63 881	1,0	1,7
Ophthalmologues	46	105 702	112 492	115 600	2,3	3,4
ORL	72	78 748	79 845	78 630	0,2	0,7
Pédiatres	4	64 753	61 154	64 154	1,6	3,5
Pneumologues	83	66 196	69 123	70 435	1,2	1,9
Psychiatres ²	1	54 477	58 512	59 377	1,2	2,3
Radiologues	99	192 142	197 825	197 459	3,0	0,8
Rhumatologues	38	65 333	68 379	67 422	1,1	1,5
Stomatologues	86	99 497	102 861	106 009	1,4	3,7
Total des spécialistes étudiés		98 764	103 030	103 859	1,9	2,4
Total des médecins étudiés		80 690	80 552	82 071	1,5	2,1

1 Dont chirurgiens orthopédistes

2 Psychiatres et neuropsychiatres

3 TCAM : taux de croissance annuel moyen

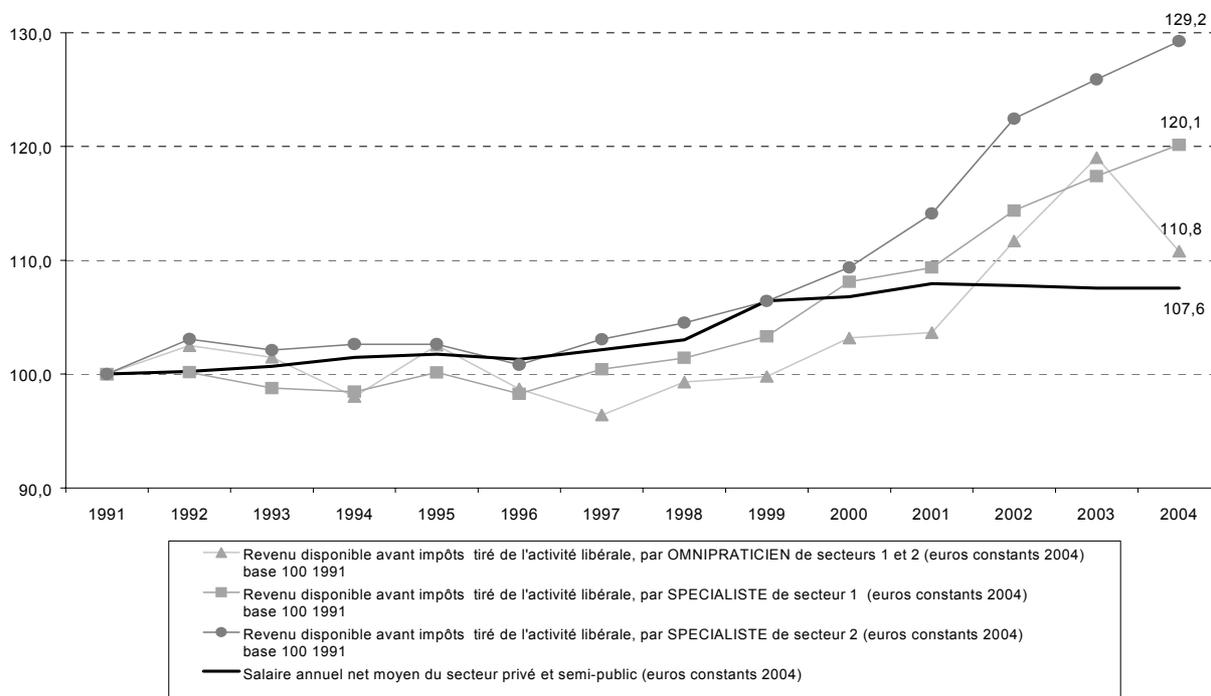
* Les revenus 2005 ont été estimés en appliquant les taux de débours et de rétrocessions et les taux de charges issus des déclarations BNC 2035 relatifs à l'année 2004 aux honoraires 2005 donnés par le SNIR. Ces résultats sont donc provisoires en l'attente des déclarations BNC 2035 de 2005 et du SNIR définitif 2005.

Source: Fichiers SNIR, version provisoire pour 2005 (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

128. Une analyse très récente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie en janvier 2007 a produit une analyse comparée de l'évolution de revenus des libéraux et des salariés (base 100 : 1991) présentée dans le graphique 6.

7. DREES, "Les revenus des médecins libéraux en 2004 et 2005", *Série Études et résultats*, n°562, mars 2007. DREES, "Les revenus des médecins libéraux en 2003 et 2004", *Série Études et résultats*, n°457, janvier 2006.

Graphique 6. Evolution du revenu disponible net avant impôt tiré de l'activité libérale des médecins et des salaires nets des salariés à temps complet



Source: HCAAM, 2007. Chiffre : données Cnamts pour les honoraires bruts (calculs Hcaam pour le calcul du revenu disponible avant impôts) et Eco-santé 2006 (source INSEE) pour les revenus salariaux. Le revenu disponible avant impôt correspond aux honoraires avec dépassements nets des débours et rétrocessions et nets des charges (le taux de charges tient compte de la CSG-CRDS non déductible).

129. Concernant l'évolution des honoraires et de revenus, le tableau et graphique ci-après croisent les données de la CNAMTS et les analyses de la DREES, complétées par les statistiques du SESI, de la DGI, de l'INSEE et du CERC⁸.

8. DREES, novembre 2000 et novembre 2002, *op. cit.* ; DREES, "Le revenu libéral moyen des médecins varie en 1997, de 300 000 à 900 000 francs selon la spécialité", *Série Études et Résultats*, n°3, janvier 1999 ; SESI, *Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants*, SESI, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, La documentation française, 1994. INSEE, 2001 et 2002, *op. cit.* ; CERC, "Les Français et leurs revenus : le tournant des années 1980", n°94, *La documentation française*, 3ème trimestre 1989. ; CERC, "Constat de l'évolution récente de revenus en France (1985-1988)", n°93, *La documentation française*, 1989. ; CSERC, "Inégalités d'emploi et de revenu – Les années quatre-vingt-dix", Deuxième rapport annuel du CSERC, *La documentation française*, 1996.

Tableau 19. Évolution du pouvoir d'achat des médecins libéraux et de l'ensemble des salariés français depuis 1980

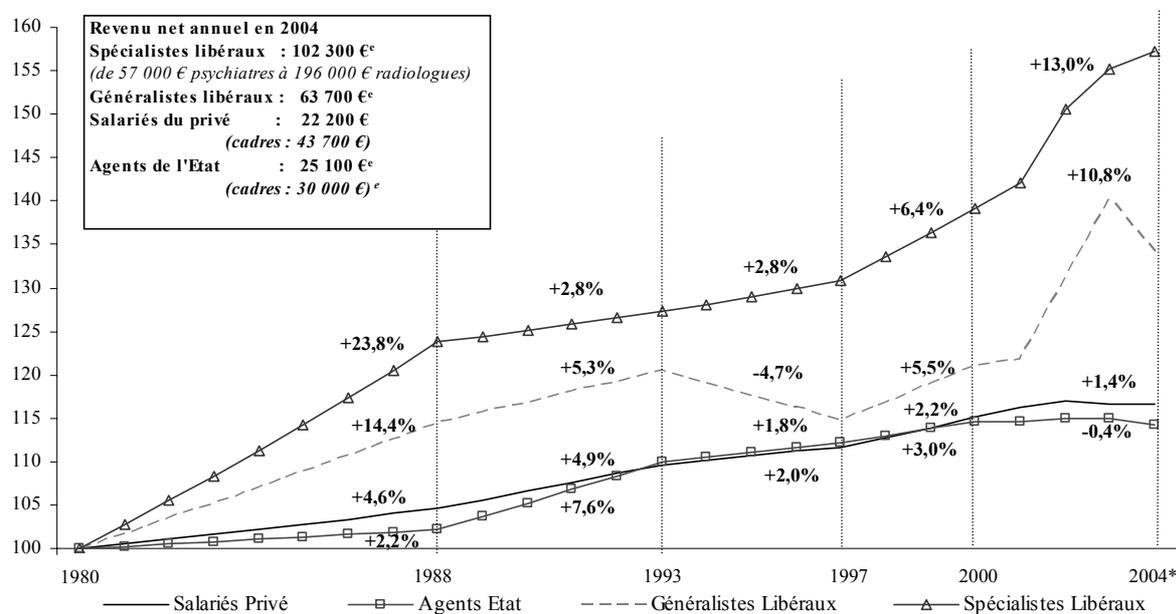
Évolution du revenu net à Euros constants	Taux de Croissance annuel moyen					Taux de croissance total
	2005/2000	2000/1997	2000/1993	2000/1990	2000/1980	2005/1980
Médecins Libéraux°	2,1%	2,0%	0,7%	0,7%	1,5%	+44,9%
Généralistes	1,7%	1,8%	0,1%	0,5%	1,0%	+29,9%
Spécialistes*	2,4%	2,1%	1,3%	0,9%	1,7%	+51,9%
Salariés (privé, semi-public)	0,3%	1,0%	0,7%	0,8%	0,8%	+16,5%
Agents de l'État	0,0%	0,7%	0,4%	0,7%	0,6%	+14,7%

Source: voir note de bas de page. Chiffres : DREES pour les médecins de 1991 à 2005, SESI et DGI pour 1980 à 1991. Pour les autres professions : CERC de 1980 à 1993, INSEE de 1993 à 2000. : Il s'agit uniquement des revenus libéraux. * : Les seules données disponibles correspondent à une sélection de spécialités, qui recouvrent quand même 95 % des spécialistes libéraux.

130. Sur longue période, on constate donc que les médecins libéraux, surtout les spécialistes, ont encore bénéficié d'une plus forte hausse de leur pouvoir d'achat que le reste des français, principalement grâce à des augmentations particulièrement fortes dans les années 1980. Ainsi sur 25 ans, les médecins spécialistes libéraux ont vu leur pouvoir d'achat progresser de 50 % alors que les salariés et les agents de l'État enregistraient pour leur part une hausse de 16,5 % et 14,7 % respectivement, les généralistes connaissant une progression similaire à celle des salariés jusqu'en 2002 alors que depuis celle-ci s'est fortement élevée. A noter que les généralistes ont connu une perte de pouvoir d'achat entre 1993 et 1997 à la suite du blocage des tarifs et une stabilisation du volume d'activité, entraînant sur cette période un recul de leur revenu net.

Graphique 7. Évolution du pouvoir d'achat des médecins libéraux et des autres professions

(base 100 : 1980)



* Document de travail CNAM (2006), données actualisées à partir de Ulmann (2003).

Lecture : Le revenu annuel net moyen hors inflation (i.e. le pouvoir d'achat) a progressé de 24 % entre 1980 et 1988 pour les spécialistes libéraux, soit un accroissement annuel moyen de 2,7 % sur cette période.

1.4.2. Les infirmiers

1.4.2.1. Les infirmiers salariés

131. Le tableau 20 porte sur les revenus observés en 2003 (DREES, 2006, « Les professions de santé et leurs pratiques », article « Les salariés dans le secteur hospitalier », Marc Collet) des différentes catégories de personnels et leur évolution en euros constants par rapport à 1998. En 2003, les personnels des professions intermédiaires soignantes et sociales (réunissant les infirmières, les sages-femmes, les spécialistes de la rééducation, les techniciens médicaux, les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés) perçoivent des salaires moyens moindres dans le secteur PSPH (moins 8 %), contrairement aux médecins qui, en moyenne, perçoivent 30 % de plus dans les établissements privés PSPH que dans les hôpitaux publics.

Tableau 20. Salaire annuel net moyen des salariés à temps complet en 2003 et son évolution

Salaire annuel net moyen des salariés à temps complet en 2003 et son évolution
(source : DREES, 2006)

professions de santé	2003			évolution annuelle moyenne 1998 - 2003		
	privé	public	ensemble	privé	public	ensemble
Médecins, pharmaciens	55 799	41 799	42 959	2,7	4,3	4,1
Professions intermédiaires soignants et sociaux *	23 065	25 053	24 616	1	0	0,2
Agents de service et employés d'administration **	15 595	18 095	17 528	1,1	-0,1	0,2

*Infirmiers, sages-femmes, spécialistes de la rééducation, assistantes sociales...

**Aides-soignants, agents de service hospitaliers, ambulanciers...

132. En outre, on note une grande différence dans l'évolution de ces salaires puisque le premier groupe (médecins et pharmaciens) a vu ses salaires progresser régulièrement de 2 à 4 % par an sur 5 ans, contrairement aux deux autres groupes de salariés.

133. De même que pour les médecins salariés, peu de données détaillées sont disponibles concernant les rémunérations des infirmiers salariés. Pour l'ensemble des infirmiers salariés (hospitaliers et non hospitaliers), on ne dispose que de données issues de l'enquête emploi de l'INSEE.

Tableau 21. Évolution du salaire des infirmiers salariés (tous secteurs confondus)

En Euros	1982	1986	1991	1996	2001
Salaire médian, net par mois	838	991	1 265	1 540	1 631
Evolution en Euros courants		+18,2%	+27,7%	+21,7%	+5,9%
Inflation		+28,3%	+17,4%	+11,5%	+5,8%
Evolution du Pouvoir d'achat		-10,1%	+10,3%	+10,2%	+0,1%

Lecture : En 2001, les 814 infirmiers salariés de l'échantillon déclaraient recevoir en moyenne 1 631 Euros net par mois, soit une hausse de 5,9 % en Euros courants par rapport à 1996, soit un gain de pouvoir d'achat de 0,1 % sur la période.

Note : Il s'agit de salaires déclarés par les infirmiers salariés (tous secteurs confondus), lors de l'enquête emploi, réalisée chaque année au mois de mars par l'INSEE. S'agissant d'une déclaration concernant un salaire mensuel, le montant est sous-estimé par rapport à la réalité compte tenu entre autre de la non prise en compte, en règle générale, de certaines primes non mensualisées ou des gardes et astreintes.

Source: Enquête Emploi, INSEE (réalisée en mars de l'année indiquée) pour les salaires médians, et séries longues de l'INSEE pour l'inflation

134. A la suite des mouvements de grève dans les établissements privés, une étude récente a été conjointement menée par la DARES et la DREES (2002), qui permet néanmoins d'identifier les niveaux de rémunération, en particulier en proposant pour la première fois, une comparaison entre secteur privé et

secteur public. Le salaire net moyen d'un infirmier salarié à l'hôpital (public ou privé) varie entre 20 000 et 23 500 Euros par an (voir tableau 22).

Tableau 22. Salaires nets moyens annuels des personnels hospitaliers para-médicaux en 2000

	En Euros	Hôpital Public	Hôpital Privé		Ensemble
			Non lucratif	Lucratif	
Enquête Emploi Mars 2001	Infirmiers	21 240	19 560		20 880
	Autres Para-médicaux	20 640	19 080		20 280
DADS 2000	Personnel Soignant et Social	24 000	23 280	20 280	23 520

Note : L'étude DARES-DREES ne distingue pas les infirmiers des autres para-médicaux. Les données issues des DADS correspondent à la catégorie Personnel Soignant et Social qui comprend les infirmiers, les sages-femmes, les spécialistes de la rééducation, les techniciens médicaux, les assistantes sociales et les éducateurs spécialisés. On observe une différence significative entre les déclarations DADS, obligatoires et communiquées par les employeurs pour l'ensemble des salariés en France et l'enquête emploi de l'INSEE, volontaires et fournies par les salariés issus d'un échantillon de 150 000 ménages. La taille de l'échantillon et la déclaration ou non de l'ensemble de primes par les salariés expliquant vraisemblablement les écarts constatés.

Lecture : Le salaire net moyen déclaré en mars 2001 par les infirmiers de l'échantillon Enquête Emploi de l'INSEE était de 20 880 Euros par an.

Source: DARES-DREES (2002).

135. Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2002, les grilles de rémunération des infirmiers pour l'hôpital public, indiquent qu'en début de carrière, le salaire (prime comprise) est d'environ 16 400 Euros net par an et en fin de carrière de 25 300 Euros net par an pour un infirmier de classe normale. Pour les infirmiers de classe supérieure, l'échelle varie de 21 700 à 28 000 Euros par an.

136. En définitive, les rémunérations des infirmiers salariés à l'hôpital public se situent au-dessus de la moyenne des salariés du secteur privé et à peu près au niveau de la moyenne des Agents de l'État. Les salaires des infirmiers employés dans le secteur privé sont pour leur part plus proches de la moyenne des salaires de l'ensemble du secteur privé. On comprend dès lors le problème rencontré par les établissements privés, depuis quelques années, pour le recrutement de personnel infirmier, les écarts de salaires entre les secteurs public et privé étant assez significatifs, surtout avec le secteur lucratif.

1.4.2.2. Les infirmiers libéraux

137. Concernant leur revenu, les dernières données disponibles⁹ indiquent qu'en 2004, les infirmiers libéraux ont perçu en moyenne 39 000 € net par an. D'après les premières estimations de la CNAMTS, il atteindrait près de 41 000 € fin 2006.

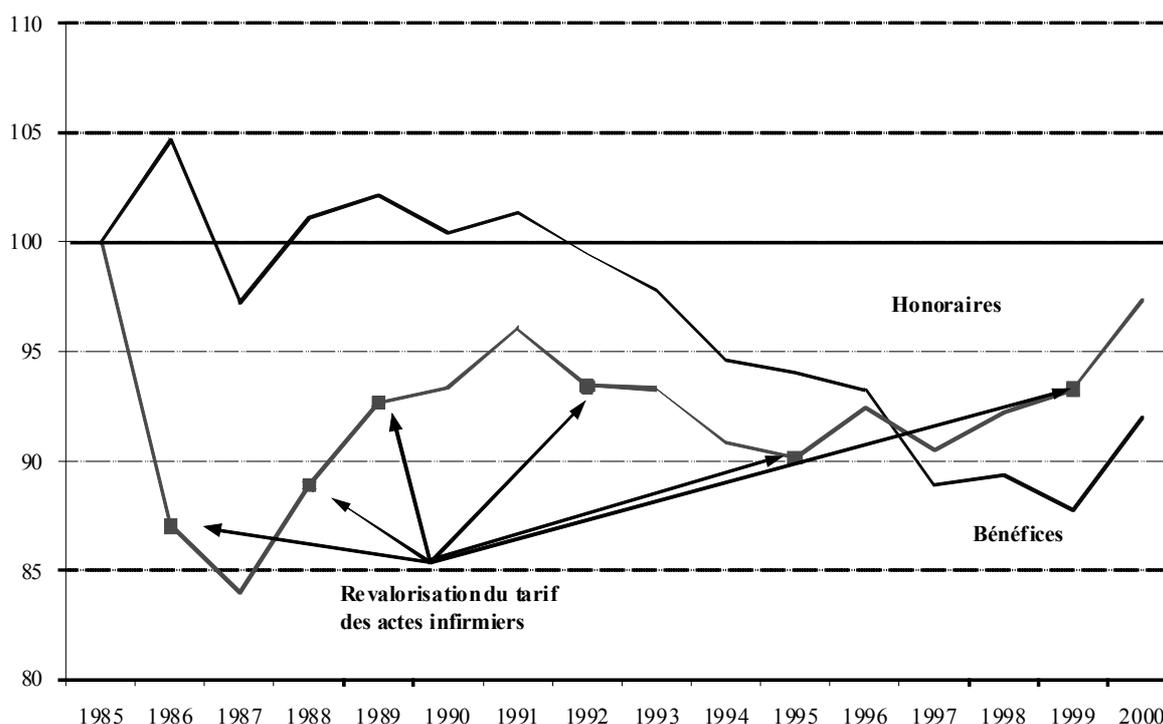
138. Une analyse de l'évolution récente du revenu libéral moyen des infirmiers montre que celui-ci a nettement progressé depuis cinq ans.

139. Sur plus longue période, peu de données concernant les revenus sont disponibles. Toutefois, en utilisant les données de la Direction Générale des Impôts concernant les déclarations des bénéficiaires non commerciaux, on peut ainsi obtenir une estimation de l'évolution du pouvoir d'achat des infirmiers libéraux, même s'il ne s'agit pas d'un revenu moyen mais d'une déclaration moyenne (voir Ulmann,

9. Source Eco-santé 2007 et DREES, *L'évolution du revenu libéral des professions de santé entre 1993 et 1999*, Document interne, décembre 2001, DREES, "Le revenu libéral des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes de 1991 à 1997", *Série Études et Résultats*, n°26, août 1999.

2003). On dispose aussi depuis 1985 des données de la CNAMTS sur les honoraires totaux. Le graphique suivant permet de retracer l'évolution des honoraires et des bénéfices moyens constants des infirmiers libéraux, c'est-à-dire en tenant compte de l'évolution de l'inflation et des effectifs.

Graphique 8. Évolution des bénéfices et des honoraires totaux des infirmiers libéraux, corrigée de l'inflation et de la démographie (base 100 : 1985)



Source: Honoraires (CNAMTS, septembre 2002), Bénéfice (DGI, Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, septembre 2002). Note - Tarifs des actes infirmiers : AMI 86 : 2,02 Euros ; AMI 88 : 2,13 Euros, AMI 89 : 2,18 Euros, AMI 92 : 2,36 Euros, AMI 95 : 2,52 Euros, AMI 99 : 2,67 Euros.

140. Entre 1985 et 2000, la situation économique des infirmiers libéraux s'est donc nettement dégradée puisque aussi bien les honoraires moyens que les bénéfices moyens en 2000 demeurent inférieurs à ceux de 1985, en Euros constants.

142. Avant 1985, aucune série n'étant disponible, seule une publication du CERC (1989) nous renseigne sur l'évolution du revenu des infirmiers libéraux qui semble avoir fortement progressé entre 1973 et 1986 avec un taux de croissance moyen du pouvoir d'achat de 4 % par an sur cette période, ce qui représente l'une des plus fortes hausses parmi les professions libérales dites de « niveau intermédiaire ». Cette période leur a donc été nettement plus favorable que celle des 15 années suivantes.

143. Les mesures gouvernementales prises en vue d'infléchir l'évolution des dépenses de santé et fixant un seuil maximum d'activité en 1993 ont mis un frein à l'activité des infirmiers libéraux les plus actifs. De plus, si les revalorisations des tarifs conventionnels des infirmiers ont progressé de 1,6 % par an en moyenne entre 1991 et 1999 (taux très légèrement supérieur à l'augmentation des prix à la consommation), cette hausse s'est déroulée essentiellement en 1991 et 1992 car depuis 1993, les tarifs n'ont progressé que de 0,6 % par an en moyenne contre 1,3 % pour l'inflation. Par ailleurs, le taux de charges des infirmiers étant passé de 36 % à 41,2 % entre 1991 et 1999, principalement à cause de la nette

augmentation des cotisations sociales, tous ces éléments expliquent la baisse significative du revenu réel des infirmiers libéraux depuis 8 ans.

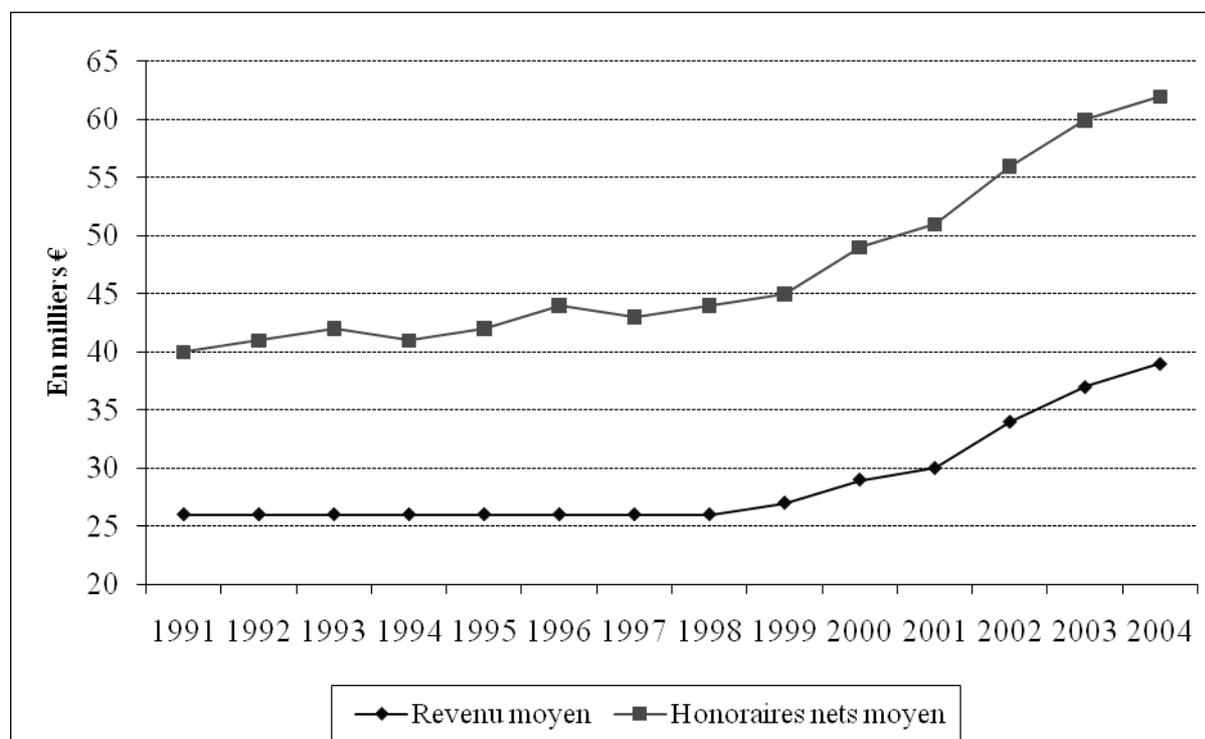
144. Dans le même temps, la convention signée en 1992, qui définissait de nouvelles règles d'installation des infirmiers en libéral, a provoqué un afflux important de nouveaux inscrits avant l'entrée en vigueur de cette convention, suivi d'un repli de 1993 à 1999. Il en a résulté un ralentissement de la croissance des effectifs à partir de 1993. La situation est d'ailleurs devenue assez problématique avec une pénurie d'infirmiers en secteur ambulatoire et les libéraux, soumis à un quota d'actes jusqu'en 2002, ont dû refuser fréquemment des patients.

145. Entre 1997 et 1999, le revenu libéral réel des infirmiers, contrairement à la tendance passée, augmente de 0,8 %. Ce retour à la croissance s'explique principalement par la reprise de l'activité. La plus faible progression des tarifs des années récentes et l'augmentation plus importante de leurs charges n'ont qu'en partie compensé ce surcroît d'activité. Les frais de déplacement des infirmiers constituent, en 1999, près de 18 % de leurs honoraires. Ces frais ont augmenté de 4 % par an en moyenne entre 1997 et 1999 et ainsi joué un rôle significatif dans la croissance de leurs revenus.

146. D'après les derniers chiffres disponibles, le retournement de tendance amorcé en 1998 pour le revenu, s'est confirmé depuis le début de la décennie actuelle avec une augmentation sensible des honoraires perçus et du revenu réel moyen, favorisé en cela par la fin des quotas sur la plupart des actes à partir de 2002 avec la nouvelle convention infirmière et la forte croissance de la demande de soins infirmiers.

147. Les dernières revalorisations obtenues par la profession en avril 2007 (accord du 19/04/07), avec une hausse des tarifs mi 2007 et prévus mi 2008, devraient conforter cette tendance, renforcée par la progression ininterrompue de la demande.

Graphique 9. Évolution du revenu et des honoraires moyens des infirmiers libéraux, en euros courant entre 1991 et 2004



Source: Eco-santé 2007.

Postes vacants, emploi temporaire**1.5.1 Les médecins**

148. La question des postes vacants fait l'objet d'études régulières pour ce qui est des médecins, notamment dans les spécialités les plus en difficulté. Il y a à vrai dire davantage un problème de répartition (par zone géographique, par secteur d'activité) qu'un problème de déficit intrinsèque du nombre de médecins à ce jour. Par exemple, il est fréquent d'observer des vacances de postes en radiologie en secteur hospitalier, mais il y a de très nombreux radiologues en secteur privé, le différentiel de revenus étant particulièrement fort dans cette spécialité !

Tableau 23. Postes vacants pour les praticiens hospitaliers pour 100 000 habitants, par région, au 01/01/2005

Régions	Postes vacants	
	Temps plein	Temps partiel
Alsace	8,25	1,88
Aquitaine	4,85	2,64
Auvergne	11,80	5,64
Bourgogne	14,94	6,40
Bretagne	9,00	3,25
Centre	12,09	3,41
Champagne-Ardenne	15,97	6,90
Corse	8,73	5,45
Franche-Comté	16,27	5,86
Ile-de-France	6,45	4,80
Languedoc-Roussillon	6,17	3,32
Limousin	15,88	6,49
Lorraine	11,44	4,20
Midi-Pyrénées	7,21	2,20
Nord-Pas-de-Calais	11,78	4,29
Basse-Normandie	16,82	5,61
Haute-Normandie	10,02	4,37
Pays de la Loire	6,62	4,55
Picardie	13,64	7,14
Poitou-Charentes	8,29	3,29
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5,27	3,27
Rhône-Alpes	9,21	3,68
Guadeloupe	22,52	4,64
Guyane	31,94	4,71
Martinique	17,09	6,53
La Réunion	6,32	1,29
France métropolitaine et Dom	9,17	4,16

Tableau 24. Postes vacants des praticiens hospitaliers par spécialités au 01/01/2005*

**Postes vacants des praticiens hospitaliers
par spécialités au 01/01/2005***
(source : SIGMED, France entière)

Spécialités	postes vacants	
	Temps plein	temps partiel
biologie	109	68
chirurgie	727	315
<i>dont gynécologie</i>	270	127
<i>dt orthopédie</i>	121	22
<i>dt chir gén. et digestive</i>	87	14
Medecine	3235	1382
<i>dont anesth.réa.</i>	875	98
<i>dt cardio.</i>	184	90
<i>dont méd. d'urgence</i>	540	234
<i>dt méd. générale</i>	284	296
<i>dt méd. gériatrique</i>	199	179
<i>dt pédiatrie</i>	278	147
<i>dt réa.</i>	126	3
psychiatrie	1138	443
radiologie et imagerie	425	163

*tient compte des postes occupés par des praticiens provisoires

149. Les tableaux 23 et 24 présentent le nombre de postes vacants de praticien hospitalier par région et par spécialité. Il s'agit des postes vacants au 01/01/2005 non occupés ni par un praticien titulaire ni par un praticien nommé à titre provisoire. Ce taux de vacance n'intègre donc pas les contractuels qui peuvent occuper à titre provisoire ces postes déclarés vacants. Or, selon le rapport de l'IGAS sur le développement des pratiques d'emploi temporaire, une enquête menée en 2003 dans les régions Auvergne, Champagne-Ardenne, Picardie et IDF réunissant 128 établissements, indique que l'emploi médical temporaire représenterait de 2,1 % (dans les CHS) à 8,6 % (dans les CH) du total des emplois médicaux hospitaliers en 2002 et aurait crû de 48 % entre 2000 et 2002 dans les CHU et de 54 % dans les CH.

150. Le nombre de postes vacants est très variable d'une région à une autre, avec une situation particulièrement difficile en Outre-mer. Selon le rapport Berland 2006, les taux de vacances sont supérieurs à 30 % à Mayotte, 41 % en Guyane et en Guadeloupe, et 20 % pour les régions d'Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Martinique et Picardie. Les postes vacants par spécialités sont les plus importants en chirurgie maxillo-faciale, plastique, en cancérologie, médecine d'urgence, médecine légale, réanimation médicale, psychiatrie, radiologie. Ces constats sont assez récurrents depuis plusieurs années, et il faut y voir la convergence de plusieurs types de causes :

- Pour certaines de ces spécialités, comme la radiologie, le différentiel de rémunération entre secteur public et secteur privé est tel que la plupart des praticiens optent pour l'exercice libéral, laissant de fait un grand nombre de postes vacants dans les hôpitaux disposant d'un plateau technique (dont par ailleurs une des caractéristiques est d'être assez nombreux en France, obligeant à prévoir un grand nombre d'équipes de professionnels sur le territoire ; ce constat milite pour la concentration des plateaux techniques comme nous l'avons abordé plus haut) ;
- Le choix libre de la spécialité par les internes en médecine (voir chapitre II) conduit à des situations durables de pénurie dans certaines disciplines : médecine légale, néphrologie, oncologie...

- La réforme de la réglementation du temps de travail médical, prévoyant non seulement une réduction de la durée hebdomadaire de travail (48 heures maximum par semaine, en moyenne lissée sur 4 mois) mais aussi une intégration des gardes dans le temps de travail, a touché notamment les disciplines de médecine d'urgence : les postes vacants se sont accrus en conséquence¹⁰ ;
- Enfin, l'attractivité différentielle des régions françaises est un fait décrit depuis longtemps : le tropisme solaire en faveur des régions du Sud, et au détriment des régions du Nord et de l'Est, conduit à des taux de vacances différenciés selon les régions, sans qu'on puisse entrevoir une modification à court terme de cette situation quasiment structurelle. Le statut unique du praticien hospitalier ne permet pas de proposer des « primes » pour installation dans telle ou telle région pour cause de vacance prolongée de postes. La seule option ouverte aux directeurs d'établissements est le recours à l'intérim, dans des conditions financièrement plus intéressantes pour les praticiens (et parfois en dérogation avec la réglementation en vigueur).

151. Cette évolution du recours aux emplois temporaires est liée à des causes immédiates et différentes ; l'IGAS a pu étudier ce phénomène dans un rapport publié en 2003 et distingue :

- Les circonstances touchant les praticiens titulaires : mutation, disponibilité permettant parfois à des PH d'exercer une activité à titre privé dans la même discipline, par exemple anesthésie-réanimation chirurgicale, maternité, maladie, départ en retraite ;
- La pénurie de candidatures sur les postes publiés, surtout pour la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la radiologie et la psychiatrie.

152. Ce développement de l'emploi temporaire s'explique par divers facteurs dont les effets seront de longue durée :

- La mise en place de la réduction du temps de travail et la limitation à 48 heures du temps de travail hebdomadaire des médecins,
- L'accroissement des effectifs médicaux,
- La mise en œuvre des conditions techniques de fonctionnement des installations et des activités de soins et de certains services (ex : ligne de garde dite H24 dans les services d'urgences, de réanimation, d'obstétrique...).

153. Dans même enquête de l'IGAS, les caractéristiques des emplois temporaires ont été cernées. Une part notable des médecins remplissant les emplois temporaires étaient des médecins ayant un diplôme étranger. Au cours de cette étude, ont été comptabilisés 236 praticiens ayant un diplôme hors Union Européenne (PADHUE) et 76 médecins ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie de l'accord sur l'espace économique européen ayant un diplôme UE, soit plus de 12 % de l'effectif des emplois temporaires (autrement, les postes vacants sont occupés par des PH temporaires à temps plein).

154. Dans certains des établissements où l'enquête a eu lieu, les médecins ayant un diplôme étranger pouvaient constituer un apport décisif de temps médical (30 % du temps médical total d'un hôpital est apporté par des praticiens ayant un diplôme étranger et venant d'horizons divers : Afrique, Amérique du

10. Il existe, sur la base du volontariat, la possibilité pour tous les personnels médicaux hospitaliers d'effectuer du temps de travail additionnel, mais celui-ci est placé le plus souvent en compte épargne temps, ne faisant que reporter le problème sur les années ultérieures.

sud, Europe...). Cet apport est réalisé soit par des médecins temporaires, soit par des médecins titulaires après un passage en position de temporaire.

155. Il est à remarquer que tous les établissements publics d'hospitalisation n'utilisent pas cette filière de recrutement dans les mêmes proportions ; par exemple, dans un CHU visité lors de l'enquête, 4 médecins seulement à diplôme étranger étaient présents sur 37 médecins provisoires, ce qui s'explique par le fait que les CHU disposent d'un véritable vivier de médecins sortis de l'internat ou du clinicat.

156. Rappelons que les emplois temporaires peuvent occuper quatre positions administratives : provisoire, remplaçant, contractuel et intérimaire. Lors de l'enquête, deux positions administratives étaient essentiellement utilisées : provisoires et contractuels, sachant que 7 praticiens temporaires sur 10 étaient des praticiens contractuels, les 3 autres étant des praticiens provisoires (aucun intérimaire, et 0,1 % de remplaçants).

157. Les données fournies par la DARES (exploitation des fichiers UNEDIC des déclarations mensuelles des agences d'intérim) font état en 2002 pour la France de 45 équivalents emplois à temps plein d'intérimaires.

158. La durée des contrats constatés se répartissait de la façon suivante :

- Contrats en jours pour près de 12 % des cas
- Contrats en mois pour près de 35 % des cas
- Contrats en années pour près de 52 % des cas.

159. Les contrats peuvent donc porter sur des missions longues (vacances de poste) ou sur des missions courtes mais répétées (remplacements de médecins, vacances de poste).

160. Les modalités de recrutement des médecins en cas de pénurie de temps médical se font essentiellement par recrutement direct, sans passage par une société de placement. Lors de cette enquête, il apparaît que c'est exclusivement dans le cas de pénurie de temps médical et essentiellement pour des missions courtes que des établissements recourent aux services d'une société de recrutement. Sur les 128 établissements interrogés, 88 recrutements (4 %) sur 163 missions de courte durée (tranches de 24 heures) ont été effectués par le truchement d'une société. Dans les cas observés, les établissements utilisent les services payants (de 10 à 15 % de la rémunération versée au praticien) de sociétés de placements chargées de diriger vers eux des médecins, le plus souvent pour des missions courtes (sociétés citées : Allo Médic-Assistance, Bloc service, Medi Office, PRODIE, Power Médic), parfois dans l'urgence, toujours pour des rémunérations au delà des plafonds.

161. Selon le rapport de l'IGAS sur la gestion des praticiens hospitaliers, les régions les plus touchées par ce phénomène difficile à quantifier qu'est le recours à l'intérim hospitalier faute de statistiques adéquates, sont celles où la population médicale est la moins dense. Parmi les régions où s'est rendue la mission de l'IGAS, la Haute Normandie, l'Auvergne et dans une moindre mesure la Franche Comté, ainsi que les départements moins pourvus des régions plus favorisées (Alpes de Haute Provence, Seine et Marne) font appel à cette main d'œuvre. Les spécialités recherchées sont surtout la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation, la radiologie, plus rarement la pédiatrie et la chirurgie viscérale. Ce type d'emploi peut même être rempli par un PH, ou un PAC, bien que cela soit contraire à ces statuts de se livrer à un autre exercice salarié, mais les sociétés ne les découragent pas. Les praticiens employés peuvent être des libéraux non installés, ou des médecins qui partagent leur activité avec une clinique privée. Les

exemples observés sont des personnes venant souvent d'autres régions, voire d'autres pays de l'Union Européenne (Belgique, Pays Bas, Allemagne...).

162. Les conclusions et propositions contenues dans ce rapport de l'IGAS sont résumées en annexe 8.

1.5.2 Les infirmiers

163. Bien que nous ne disposions pas de données précises sur cette question, on sait que la France souffre d'un manque d'infirmiers, en particulier en établissement privé lucratif, en secteur libéral (dans certaines régions) et en milieu scolaire (dans ce dernier cas, les effectifs dépendent du Ministère de l'éducation nationale et les décisions et la politique de ressources humaines ne procèdent pas de la même logique).

164. La notion de postes vacants concerne avant tout les salariés mais il est difficile d'avoir des éléments précis. Il n'existe pas de source de données au plan national permettant de suivre dans le temps les vacances de postes infirmiers, même dans les hôpitaux publics. Le turn-over de ces personnels est de fait assez élevé (taux de 7,4 % de départs d'après le bilan social 2004), et la notion même de poste vacant dans un contexte de forte variabilité des emplois occupés est difficile à cerner.

165. On peut toutefois indiquer qu'après la mise en place des 35 heures, la situation s'est rapidement avérée très délicate dans les établissements hospitaliers, surtout privés. De fait, les quotas d'inscriptions en école d'infirmière ont été largement rehaussés permettant de rétablir plus ou moins la situation (surtout en secteur public). C'est dans ce contexte qu'a été lancée l'opération de recrutement d'infirmières espagnoles par la DHOS et les fédérations d'établissements hospitaliers (cf. chapitre III) entre 2002 et 2004, mais les demandes des établissements se sont avérées de faible ampleur, et même inexistantes à partir de 2005.

166. Un élément intéressant est à noter sur cette question : on a assisté à un développement ces dernières années de l'activité en intérim. Certaines infirmières ont en effet privilégié ce mode d'activité, plus rémunératrice, plus variée et avec en définitive peu de précarité compte tenu du manque de personnel.

2. POLITIQUES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES

2.1 Formation, régulation du nombre de diplômés

2.1.1 Le cas des médecins

CURSUS CLASSIQUE

167. Les études médicales comportent 3 cycles et sont dispensées dans des universités au sein des unités de formation et de recherche (UFR), ou facultés de médecine. Il existe 43 UFR en métropole et une dans les DOM-TOM qui n'assure pas le deuxième cycle.

- Premier cycle d'études médicales (PCEM)

168. Le premier cycle d'études médicales comporte 2 années de formation scientifique générale (sans stage hospitalier). Le concours entre la 1ère et la 2ème année, qui est très sélectif, consiste en un classement des candidats. Le nombre des admis est fixé par voie réglementaire (*numerus clausus*, mis en place en 1971).

169. Les étudiants étrangers non issus d'un état de l'Union européenne sont reçus en surnombre dans la limite d'un quota de 8 %. Seuls les étudiants étrangers ayant obtenu une note au moins égale à celle du dernier Français classé en rang utile sont admis.

170. Les médecins étrangers ont la possibilité de reprendre les études en France. Ils doivent d'abord passer le concours de fin de première année. En cas de réussite, ils peuvent être dispensés de la scolarité des premières années et entrer en dernière année du 2e cycle.

- Deuxième cycle d'études médicales (DCEM)

171. Il s'étale sur 4 ans. La première année (3 ans après le baccalauréat) dispense une formation médicale générale. Les 3 années suivantes comportent des enseignements consacrés à la pathologie et thérapeutique. Les enseignements sont dispensés à la fois dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux (pour la partie clinique avec les stages hospitaliers).

- Troisième cycle d'études médicales

172. Depuis 2004, tous les étudiants ayant validé leur deuxième cycle de médecine doivent, pour entrer en troisième cycle, passer les épreuves classantes nationales (ECN).

173. Ce troisième cycle est également ouvert aux étudiants européens titulaires d'un diplôme de fin d'études de deuxième cycle des études médicales ou d'un titre équivalent délivré par l'un des Etats européens. Pour cela, ils doivent aussi passer les ECN.

174. La durée est de 3 ans en médecine générale et 4 à 5 ans dans les autres disciplines. Les étudiants suivent un Diplôme d'Études Spécialisées (DES). La formation est sanctionnée par le Diplôme d'État de

docteur en médecine. Les titulaires de DES peuvent approfondir un aspect de leur spécialité en suivant un DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires).

175. Ainsi, pour les spécialistes, aux 4-5 ans du DES, il convient d'ajouter au moins 2 années de formation complémentaire pour un DESC et le Clinicat. Au final, cela représente une durée supplémentaire de formation d'environ 6 à 8 ans.

176. La liste des disciplines des ECN est la suivante : médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales, anesthésie-réanimation, médecine du travail, santé publique, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, pédiatrie, psychiatrie.

FORMATIONS MÉDICALES RÉSERVÉES AUX ÉTUDIANTS ET MÉDECINS ÉTRANGERS

- DIS (Diplôme Interuniversitaire de Spécialisation)

177. Ce diplôme n'est plus ouvert. Les dernières inscriptions ont eu lieu à la rentrée 1999. Sur le plan de l'enseignement, il correspondait au DES de la même spécialité. L'accès était conditionné par la réussite à des épreuves de sélection. La demande d'inscription s'effectuait auprès des services culturels des ambassades de France ou auprès des facultés de médecine françaises.

- AFS et AFSA

178. Créées en 1992, ces formations reprennent une partie de la formation théorique et pratique des DES et DESC correspondants. **Ces formations ne sont pas diplômantes. Elles n'ouvrent pas le droit à l'exercice de la spécialité en France.**

179. L'Attestation de Formation Spécialisée (AFS) s'adresse à de jeunes médecins étrangers en cours de spécialisation, auxquels est offerte la possibilité de passer 1 ou 2 ans (2 à 4 semestres) en France. Cette formation s'effectue avec l'accord du responsable universitaire du pays d'origine. L'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA) concerne des médecins étrangers spécialistes confirmés et souhaitant, à titre personnel ou non, parfaire leurs connaissances dans un secteur de leur spécialité. Elle est conçue de la même façon que l'AFS mais avec une durée plus courte (1 à 2 semestres). L'inscription se fait de façon décentralisée, au niveau de la faculté choisie. En particulier, elle exige l'intervention de l'enseignant coordonnateur du DES ou DESC correspondant à la spécialité demandée. La présence d'un coordonnateur local n'implique pas que le DES ou le DESC soit dispensé dans la faculté en question. Mais le coordonnateur constitue un contact privilégié pour s'informer sur les possibilités locales de formation dans la spécialité recherchée. De plus, il est fortement conseillé de procéder à un échange d'informations entre la faculté d'origine et la faculté française. Il est également recommandé d'effectuer toutes les démarches administratives avant l'arrivée en France. Les AFS et AFSA n'entraînent pas automatiquement une rémunération pour les stages pratiques en hôpital.

180. Les Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur préparent la réforme de ce dispositif (avec création de nouveaux diplômes) afin d'améliorer les conditions d'accueil des étudiants (organisation centralisée autour de partenariats université/CHU) et de renforcer la qualité de la formation spécialisée offerte à de jeunes professionnels étrangers. Ces cursus, comme ceux des AFS/AFSA, non diplômants dans les pays de l'UE, n'ont pas vocation à permettre aux intéressés d'exercer en France.

- Internat à titre étranger

181. Ce concours annuel s'adresse aux **médecins non issus de l'Union européenne**. Il est organisé par discipline. Le programme du concours est calqué sur celui de l'internat conçu pour les étudiants français.

AUTRES FORMATIONS

- DU, DIU et Attestations

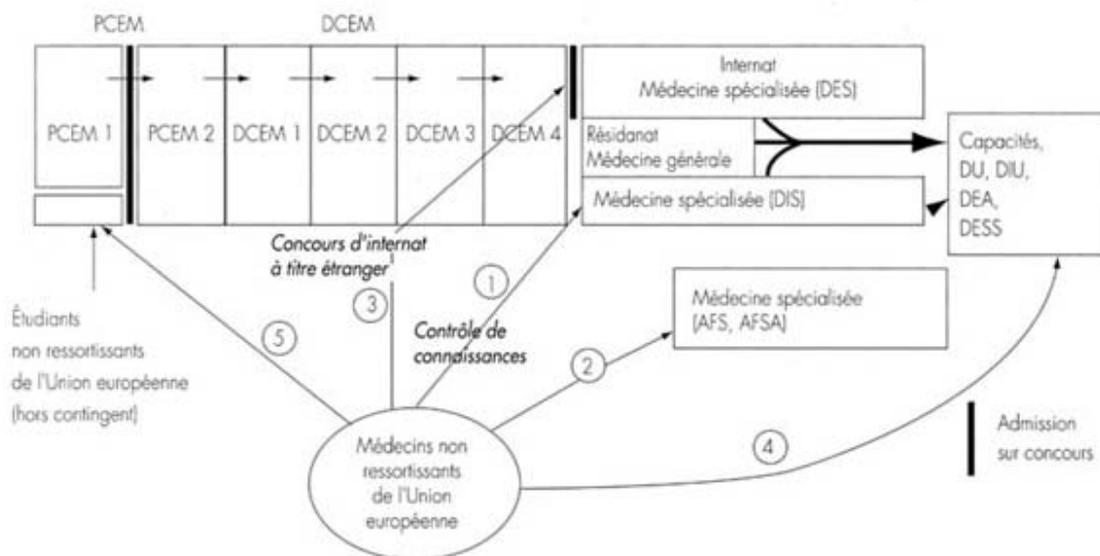
182. Les DU (Diplômes d'Universités), les DIU (Diplômes Interuniversitaires) et les attestations sont des formations de 3^{ème} Cycle, à temps partiel sur une année ou une fraction d'année universitaire. Elles constituent des formations d'appoint. Mais elles ne sont pas qualifiantes, c'est-à-dire permettant l'exercice d'une spécialité. Ils n'ouvrent pas l'accès à des stages hospitaliers rémunérés. Ces formations sont accessibles en règle générale aux titulaires d'un diplôme ou en cours de spécialisation dans la spécialité demandée. Mais l'inscription est soumise à l'autorisation du responsable de la formation.

- Capacités

183. Ce sont des diplômes nationaux d'une durée d'un ou de deux ans reconnaissant la maîtrise d'une spécialité sans accorder le titre de médecin spécialiste. Sont autorisés à s'y inscrire les titulaires d'un diplôme de médecine permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou dans le pays du candidat.

184. Le schéma suivant (source : ENSP, http://sante.w3sites.net/etud_med.html) résume ce cursus et les possibilités d'entrée des étrangers non ressortissants de l'Union européenne dans le système universitaire avant 2004.

Graphique 10. Cursus des études de médecine



185. Depuis 2004, le troisième cycle a été réformé pour mettre en place une seule filière pour l'ensemble des étudiants ; les épreuves classantes nationales (ECN) en fin de deuxième cycle ouvrent vers ce troisième cycle, avec choix de la discipline par les étudiants en fonction de leurs rangs à l'examen, de la région et du nombre de postes offerts chaque année. Tous les étudiants deviennent internes.

186. Ainsi, depuis l'année scolaire 2004-2005, les généralistes sont formés par l'internat qualifiant en médecine générale¹¹. Les médecins généralistes diplômés avant cette période sont toujours comptabilisés par défaut par rapport aux spécialistes, ce qui peut rendre encore plus difficile l'analyse démographique.

187. Il faut nous arrêter sur les deux moments importants de ce cursus : le *numerus clausus*, et le choix des étudiants à l'issue de l'examen national classant, avant de nous pencher sur les nationalités des diplômés.

a) Numerus clausus

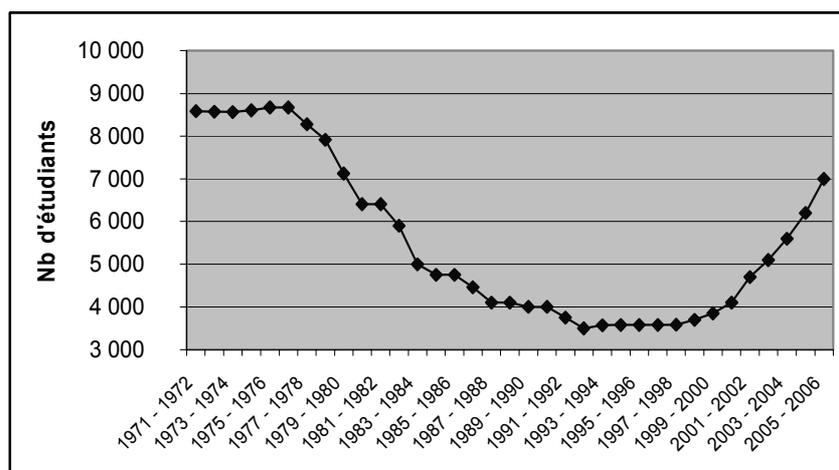
188. Le tableau 25 présente l'évolution du *numerus clausus* d'entrée en deuxième année des études de médecine.

11. En 2004-2005, précisément, année de transition, les deux systèmes (résidanat et internat) étaient en vigueur pour les entrants en 3ème cycle.

Tableau 25 et Graphique 11. Evolution du Numerus Clausus d'entrée en deuxième année des études médicales

Evolution du Numerus Clausus d'entrée en deuxième année des études médicales

Années	nbre d'étudiants
1971 - 1972	8 588
1972 - 1973	8 571
1973 - 1974	8 564
1974 - 1975	8 607
1975 - 1976	8 669
1976 - 1977	8 671
1977 - 1978	8 281
1978 - 1979	7 913
1979 - 1980	7 121
1980 - 1981	6 409
1981 - 1982	6 409
1982 - 1983	5 900
1983 - 1984	5 000
1984 - 1985	4 754
1985 - 1986	4 754
1986 - 1987	4 460
1987 - 1988	4 100
1988 - 1989	4 100
1989 - 1990	4 000
1990 - 1991	4 000
1991 - 1992	3 750
1992 - 1993	3 500
1993 - 1994	3 570
1994 - 1995	3 576
1995 - 1996	3 576
1996 - 1997	3 576
1997 - 1998	3 583
1998 - 1999	3 700
1999 - 2000	3 850
2000 - 2001	4 100
2001 - 2002	4 700
2002 - 2003	5 100
2003 - 2004	5 600
2004 - 2005	6 200
2005 - 2006	7 000



189. Comme on le constate dans ces évolutions, la politique en matière de *numerus clausus* a connu plusieurs phases. On peut tenter de décrire le cheminement des réflexions de la manière suivante :

- Jusque dans les années 70, il n'y avait pas de *numerus clausus* pour les études de médecine, les dépenses de santé évoluaient dans un contexte économique favorable ; les médecins, face à une clientèle solvabilisée par l'assurance maladie, pouvaient s'implanter et développer aisément une activité et les étudiants étaient nombreux.
- En 1971, a été instauré ce *numerus clausus*, avec toutefois des chiffres assez élevés d'étudiants jusqu'à la fin des années 70 ; les objectifs de ce *numerus clausus* étaient d'éviter une explosion démographique de médecins, mais sans encore faire un lien fort avec une politique de maîtrise des dépenses de santé.

- Cette problématique s'est cependant posée peu à peu, dans les années 80, au fur et à mesure que les « plans » successifs de maîtrise des dépenses échouaient les uns après les autres. L'idée que la forte augmentation des étudiants en médecine (surtout entre 1967 et 1970) conduirait inexorablement à la hausse des dépenses de santé (théorie de la demande induite), a incité les pouvoirs publics à faire jouer ce levier du *numerus clausus*, parmi d'autres, pour engager une politique de réduction du rythme de hausse des dépenses de santé ; plusieurs rapports officiels ont pris parti pour un *numerus clausus* très strict en prenant argument du risque que tout nouveau médecin installé faisait peser sur les dépenses d'assurance maladie. Ainsi, aussi bien les syndicats médicaux que l'assurance maladie et le gouvernement étaient en accord pour réduire le nombre de médecins formés. A l'inverse, les doyens des facultés de médecine ont toujours vu dans cette politique une difficulté, notamment pour faire fonctionner les hôpitaux (une part de l'activité hospitalière est assurée par les internes et FFI). Le Conseil de l'Ordre des Médecins, fort de ses travaux de projections démographiques, a également assez rapidement été en opposition avec cette réduction trop drastique du nombre d'étudiants.
- A la fin des années 90, la question ne s'est plus véritablement posée dans ces termes, les perspectives de démographie médicale étant inversées, avec une prévision de baisse de la densité médicale après le pic de 2005, partagée par quasiment tous les acteurs. Les nouvelles politiques poursuivies sont en faveur, au contraire, d'une hausse du *numerus clausus* et d'une augmentation du nombre de médecins. Le discours ne porte plus sur les risques de demande induite et de restriction du nombre de prescripteurs, mais sur les risques de désertification médicale ! Il est à souligner que maintenant, les doyens des facultés de médecine trouvent cette hausse trop rapide. Il faut reconnaître que ces évolutions en montagne russe des effectifs d'étudiants en médecine rendent la gestion annuelle des enseignements plutôt complexe.
- Il faut souligner qu'en fin de compte, le lien entre l'évolution des dépenses de santé et l'évolution du nombre de médecins en exercice n'est pas totalement avéré.

b) Epreuves classantes nationales et choix des spécialités

190. L'arrêté ministériel qui est publié chaque année au journal officiel fixe le nombre de places offertes au concours de recrutement d'internes DES dans les différentes disciplines et par subdivision (une subdivision pouvant correspondre à plusieurs UFR).

191. Les données concernant les ECN de 2004 à 2007 sont les suivantes :

- 2004 : 3 986 candidats dont 12 européens, pour 3 988 postes : 3 368 postes ont été pourvus, dont 6 européens (compte tenu des candidats ne s'étant pas présentés aux ECN, ou n'ayant pas validé leur DCEM, ou n'ayant pas souhaité choisir de poste),
- 2005 : 4 472 candidats dont 42 européens, pour 4 803 postes : 3 823 postes ont été pourvus, dont 17 européens.
- 2006 : 5 176 candidats pour 4 760 postes ouverts : 4 430 postes ont été attribués (dont 350 sont des résidents en dernière année de troisième cycle dans l'optique d'obtenir le DES de médecine générale, et 60 internes de première année ayant repassé les épreuves pour obtenir une autre affectation), et 330 postes sont restés vacants, dont 323 en médecine générale.
- 2007 : 5 631 candidats pour 5 366 postes ouverts (donc là encore inférieurs au nombre de candidats) : 4 905 postes attribués (dont 61 à des résidents et 69 à des internes de première année), et 461 postes non pourvus, dont 452 en médecine générale.

Tableau 26. Nombre de postes offerts dans les disciplines pour l'année universitaire 2005-2006

(arrêté du 25 Mai 2005 – JO 31 mai 2005)

	Ile de France	Nord-est	Nord ouest	Rhône alpes	Ouest	Sud	Sud ouest	Antilles Guyane	Total
Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
Spécialités chirurgicales	89	81	97	42	101	56	75	9	550
Médecine générale	474	555	396	227	348	137	197	66	2400
Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
Gynécologie médicale	5	2	3	0	4	2	4	0	20
Gynécologie-Obstétrique	32	20	27	11	26	16	16	2	150
Médecine du travail	10	10	13	4	8	4	7	0	56
Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
Total	891	935	822	426	755	372	511	91	4 803

Note : il s'agit de places offertes au concours de recrutement de l'internat qualifiant, et ce ne sont donc pas des places forcément occupées lors du choix des internes DES reçus au concours.

Source: CNOM au 01/01/2006

Tableau 26bis. Nombre de postes offerts dans les disciplines pour l'année universitaire 2006-2007

(Arrêté du 19 juin 2006 – JO du 28 juin 2006)

	Ile de France	Nord-est	Nord ouest	Rhône alpes	Ouest	Sud	Sud ouest	Antilles Guyane	Total
Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
Spécialités chirurgicales	89	84	93	44	100	56	75	9	550
Médecine générale	380	452	420	225	422	159	229	66	2 353
Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
Gynécologie médicale	5	2	3	0	4	2	4	0	20
Gynécologie-Obstétrique	30	21	28	11	27	14	17	2	150
Médecine du travail	10	11	16	4	8	4	7	0	60
Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
Total	795	837	846	426	829	392	544	91	4 760

Source: CNOM au 01/01/2006

192. La logique présidant à la fixation de ces « quotas » par disciplines réside surtout dans une continuité historique. Ces dernières années, les discussions ont surtout porté sur le nombre de postes à ouvrir en médecine générale : dans la mesure où un nombre significatif de ces postes reste vacant, certains étudiants préférant redoubler pour tenter une seconde fois l'ECN afin d'être mieux classés, l'opportunité d'afficher un nombre élevé de postes ouverts en médecine générale est en effet posée. De fait, en 2005, il y a eu plus de postes ouverts au total que de candidats. Ce n'est plus le cas cependant depuis 2006.

193. La fixation du nombre de places offertes pour les différentes disciplines chaque année fait l'objet de discussions intenses entre le Ministère de la Santé et les différents syndicats concernés, essentiellement les syndicats étudiants, mais aussi certaines sociétés savantes et les doyens de facultés. Ces différentes formes de lobbying produisent des résultats curieux.

194. Un exemple frappant a été le cas de la filière de gynécologie médicale que le gouvernement avait proposé de supprimer, en faveur d'une filière de gynéco-obstétrique comportant un volet chirurgical obligatoire. Devant les résistances des représentants des gynécologues médicaux, la filière a été maintenue et isolée des autres spécialités... mais avec un nombre de postes si faible qu'il annonce la disparition de la discipline.

195. Pour l'année 2007, 5 366 postes sont ouverts, dont 2 866 en médecine générale et 2 500 pour les autres spécialités. Cela signifie une progression de 12,7 % par rapport à 2006, en phase avec la hausse du **numerus clausus** enregistrée au cours de l'année 2002.

196. Les effectifs de spécialités médicales sont en hausse significative, avec l'ouverture de 835 postes en 2007 contre 760 en 2006. Cette augmentation était réclamée depuis deux ans par l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) et l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (Isnih).

197. La médecine générale, qui a vu, sur la période 2004-2006 près de 2 000 postes d'internes non pourvus par les étudiants - qui préfèrent redoubler plutôt qu'opter pour la spécialité - enregistre une hausse de 22 % des postes ouverts en 2007.

198. Cette problématique du choix des internes a fait l'objet d'une recherche récente de la DREES¹² à visée sociologique, pour tenter de comprendre les déterminants des choix, qu'ils s'agissent de facteurs liés à la procédure elle-même, qui s'avère en fin de compte très rigide, de facteurs privés ou de facteurs professionnels. Le système est jugé complexe par les auteurs, assez opaque et allant contre ses objectifs du fait de l'unicité du modèle, ne permettant qu'une vision linéaire et hiérarchique de la profession médicale : *« La baisse des effectifs en médecine générale y est orchestrée, alors même que des signes montrent à l'évidence que cette discipline ne souffre pas autant qu'on le dit d'une mauvaise réputation. La question de l'utilité d'isoler une filière plutôt qu'une autre ne répond pas à des objectifs de pertinence des sélections, mais plutôt à des influences internes qui provoquent de grandes disparités dans le poids des différentes spécialités. »*

199. Chaque année, la DREES publie une étude sur les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN¹³.

200. Pour l'année 2005, 4 472 candidats se sont finalement inscrits aux épreuves et 3 822 étudiants ont été affectés, soit 79,6 % des 4803 postes ouverts. Ce sont les spécialités médicales qui sont plébiscitées, puis la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique et le groupe des spécialités chirurgicales. La santé publique, la médecine du travail et la médecine générale ne sont

12. « Le choix d'une vie... Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005, AC. Hardy-Dubernet, Y. Faure, DREES Série Etudes, n° 66, décembre 2006

13. « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », A. Billaut, DREES, Etudes et résultats n°474, mars 2006.

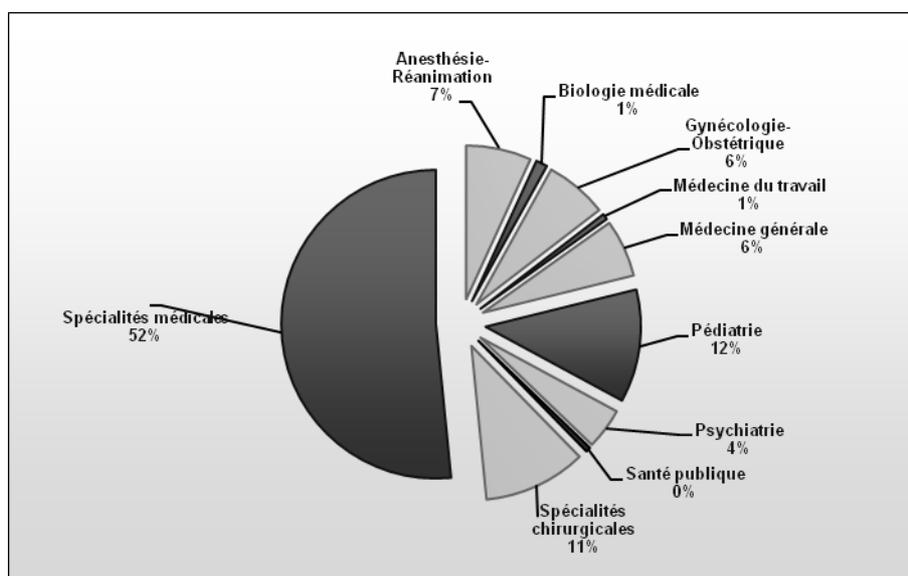
« Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », M. Vanderschelden, DREES, Etudes et résultats n°571, avril 2007.

« Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », M. Vanderschelden, DREES, Etudes et résultats n°616, décembre 2007.

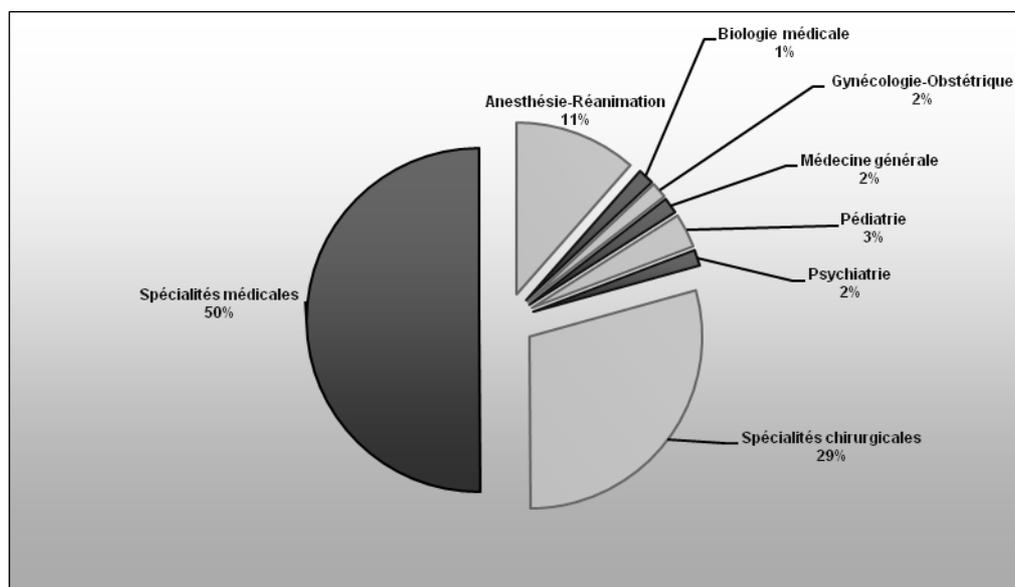
généralement choisies qu'en second lieu. Si les femmes sont relativement mieux classées que les hommes, elles choisissent en priorité la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la gynécologie médicale avec une représentation de plus de 80 % dans ces disciplines. La médecine générale ne représente que 37 % de l'ensemble des 3 822 affectations (voir graphiques 12 et 13 ci-après).

201. Les deux graphiques ci-après indiquent assez nettement les différences de choix de spécialités entre les sexes à l'issue de l'ECN pour les 1 000 premiers étudiants classés : si la moitié des étudiants choisissent les spécialités médicales, les hommes choisissent plus volontiers les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation, tandis que le choix des femmes se porte davantage sur la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale et la psychiatrie.

Graphique 12. Spécialités choisies par les femmes parmi les 1000 premiers étudiants classés en 2005



Source : CNOM 2006 (chiffres DREES 2005)

Graphique 13. Spécialités choisies par les hommes parmi les 1000 premiers étudiants classés en 2005

Source: CNOM 2006 (chiffres DREES 2005)

202. Plus précisément, 2 400 postes étaient ouverts en médecine générale et 1 419 postes ont été pourvus soit un écart de 981 postes (41 %), alors que l'on ne constate aucun écart entre postes ouverts et pourvus dans les autres disciplines. Autrement dit, les 981 postes non pourvus à l'issue de l'ENC 2005 sont des postes de médecine générale.

203. La possibilité offerte aux étudiants de pouvoir concourir une seconde fois l'année suivante pour leur permettre éventuellement d'entrer dans la discipline qu'ils préfèrent est certes à leur avantage mais aussi au détriment des effectifs nécessaires à la médecine générale. L'une des autres limites de l'actuel ECN, soulignée dans le rapport 2005 de l'ONDPS, est celle de la gestion régionale des effectifs médicaux. Les fortes disparités de la répartition des médecins tiennent en effet, pour une part, à l'absence d'orientation en termes de santé publique concernant la répartition des effectifs d'internes. Notons que les subdivisions les plus attractives sont celles de l'Ile de France, du Sud, de Rhône-Alpes et du Sud-Ouest.

204. Dans cet esprit, les axes d'amélioration possibles, envisagés par les rapports officiels sur ce thème, seraient de reconsidérer les conditions du redoublement et celles du lieu de formation universitaire et, de la même manière, de réduire à un nombre plus proche des besoins le nombre de places offertes.

205. Les études de la DREES sur les années 2006 et 2007 permettent d'affiner le diagnostic. En 2006, 323 postes sont restés vacants en médecine générale sur 2 353 postes ouverts, soit un taux de 13,7 % contre 41 % en 2005. En 2007, le taux est de 15,8 %. Cette diminution du taux s'explique notamment par le fait que, par rapport au nombre de candidats, le nombre de postes offerts était plus faible qu'en 2005.

206. En analysant les disciplines choisies dans les premiers rangs du classement, on observe que les disciplines les plus vite choisies sont les spécialités médicales, l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale (postes pourvus dès la fin de la première moitié du classement en 2006), puis les spécialités chirurgicales, la gynécologie-obstétrique, la gynécologie médicale (postes pourvus avant la fin du deuxième tiers du classement en 2006).

207. Mais pour approcher les préférences des étudiants, la DREES propose surtout de s'intéresser aux choix des étudiants ayant le choix entre plusieurs disciplines, pour s'affranchir du différentiel de nombre de postes ouverts par discipline. Le tableau suivant indique quelle est alors la hiérarchie des disciplines par ordre des préférences :

Tableau 27. Classement des disciplines dans l'ordre des préférences des étudiants en 2007

	Femmes	Hommes	Ensemble
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie-réanimation	Anesthésie-réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie-réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

Source: (Source DREES)

208. Finalement, la médecine générale est loin d'être la dernière discipline en termes de préférence, arrivant même en troisième position chez les femmes. Parmi les étudiants (hors résidents) qui avaient le choix, dans la subdivision pour laquelle ils ont opté, entre la médecine générale et au moins une autre discipline, 47,6 % ont choisi la médecine générale en 2007 (contre 39,2 % en 2006).

209. A souligner enfin la forte mobilité des étudiants : 45 % choisissent de changer de subdivision.

c) Nationalité et lieu de diplôme

210. Le tableau suivant croise la nationalité des praticiens et le lieu de diplôme.

Tableau 28. Nombre de médecins exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme au 1er janvier 2006

Nombre de médecins exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme
au 1er janvier 2006

Source : répertoire Adeli redressé. Drees

Nationalité	inconnu ou non renseigné	diplôme français	diplôme étranger	dont diplôme U.E.	diplôme hors U.E.	Total médecins étrangers
danoise	.	2	7	7	.	9
norvégienne	.	3	2	.	2	5
suédoise	.	5	14	13	1	19
finlandaise	.	7	3	3	.	11
lituanienne	.	.	1	.	1	1
allemande	1	149	477	471	6	627
autrichienne	.	2	17	15	2	19
hongroise	1	.	3	.	3	4
slovaque	.	.	7	.	7	7
polonaise	.	.	15	.	15	15
grecque	.	35	68	66	2	103
italienne	.	47	410	403	7	457
belge	.	55	969	965	4	1 025
britannique	1	23	51	50	1	75
espagnole	.	33	227	223	4	260
néerlandaise	.	12	42	41	1	55
irlandaise	.	.	17	17	.	17
luxembourgeoise	.	59	17	17	.	76
portugaise	.	29	9	8	1	38
maltaise	.	.	1	.	1	1
autres Union européenne	7	99	207	83	124	314
médecins étrangers U.E.	10	560	2 564	2 382	182	3 138
hors union européenne	34	2 590	457	14	443	3 080
médecins étrangers	44	3 151	3 023	2 397	626	6 218
médecins français	296	202 841	2 359	656	1 703	205 495
Total	340	205 992	5 382	3 053	2 329	211 713

211. Ainsi, 96 % des médecins exerçant en France sont de nationalité française et diplômés en France (rappelons que ne sont pas comptabilisés ici les médecins étrangers hors UE exerçant en secteur hospitalier public et n'ayant pas encore obtenu l'équivalence complète de leur diplôme). Il reste que 1,1 % des médecins de nationalité française ont obtenu leur diplôme dans un autre pays.

212. Et parmi les étrangers hors UE, 85 % ont obtenu leur diplôme en France.

213. Au sein des médecins de nationalité étrangère exerçant en France, ce sont les belges, les allemands et les italiens les plus nombreux.

214. En annexe 9, sont donnés les détails par spécialité médicale et par mode d'exercice.

215. Ces données peuvent être rapprochées de données un peu plus anciennes de l'Ordre des médecins, fournissant ces éléments par type d'exercice.

Tableau 29. Médecin par type d'activité et par origine du diplôme au 01/01/2001

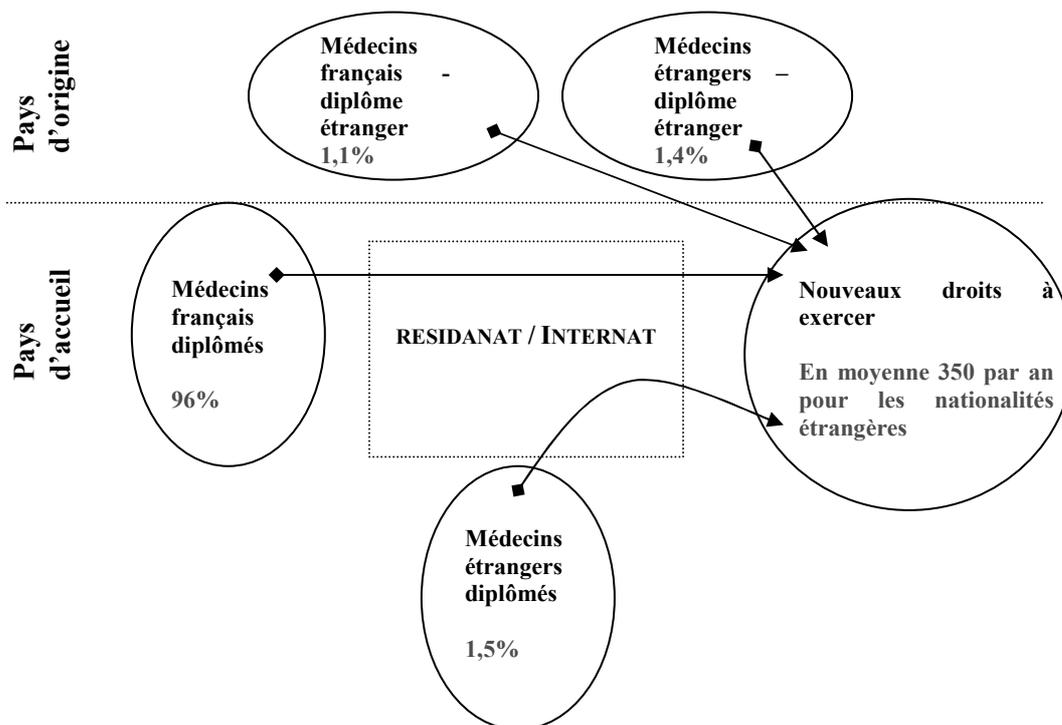
	Diplômés en France		Diplômés hors Union Européenne Exercice plein		Diplômés hors Union Européenne PAC		Diplômés de l'Union Européenne Exercice plein		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Libéral	88 659	47 %	700	27 %	599	18 %			89 958
Salarié hospitalier	43 475	23 %	969	38 %	1 978	60 %	1 980	100 %	48 402
Salarié prévention	10 811	6 %	63	2 %	30	1 %	1	0 %	10 905
Salarié autres	9 847	5 %	97	4 %	70	2 %	1	0 %	10 015
Mixte : libéral + salarié (sauf autres)	19 765	11 %	131	5 %	283	9 %			20 179
Divers : médecine légale, judiciaire...	1 748	1 %	23	1 %	18	1 %			1 789
Sans exercice déclaré	13 543	7 %	589	23 %	294	9 %	3	0 %	14 429
Total	187 848	100 %	2 572	100 %	3 272	100 %	1 985	100 %	195 677

* Praticiens Adjoints Contractuels

** Catégorie omise : 329 personnes dont l'origine du diplôme et le statut sont inconnus.

Source : CNOM au 01/01/2001.

216. Au total, on peut tenter de résumer dans le schéma suivant les différents canaux par lesquels des diplômés et médecins étrangers peuvent entrer dans le système. Les % indiqués font référence au « stock » de médecins en exercice.

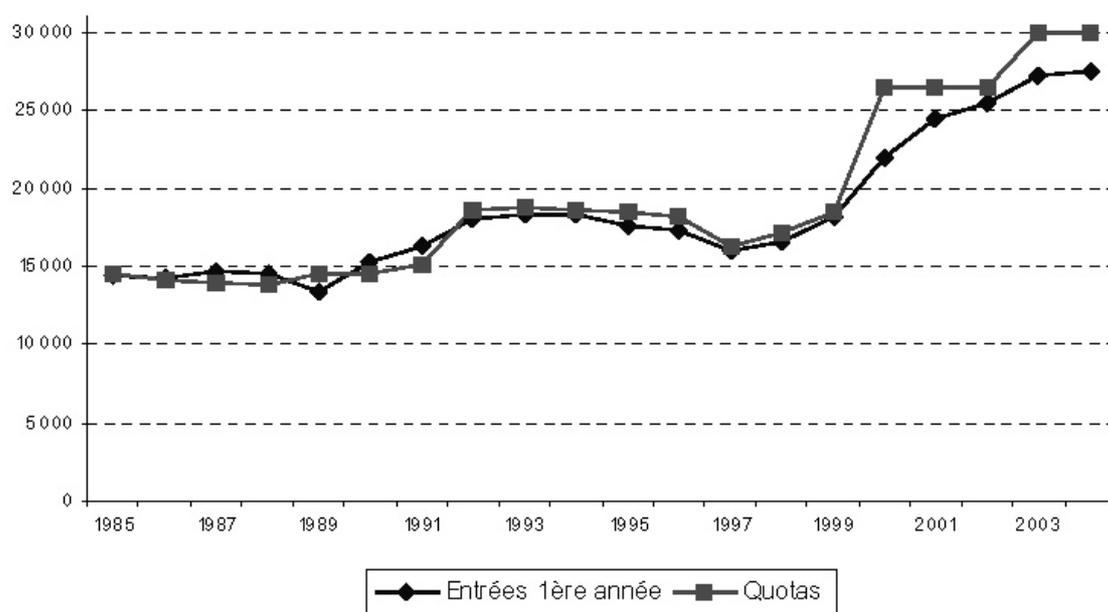


2.1.2 Le cas des infirmières

217. En France, les études d'infirmier sont soumises à une réglementation spécifique, les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) faisant l'objet d'un agrément (auparavant délivré par le Ministre de la santé, mais depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales dans le cadre de la décentralisation, cette prérogative revient aux Conseils régionaux) et le nombre d'étudiants admis en première année d'études étant limité par des quotas. Le quota global a été fortement augmenté sur la période récente, notamment depuis 2000-2001. Il est ainsi passé de 15 981 en 1997-1998 à 30 000 en 2003-2004 (graphique 14).

Graphique 14. Évolutions du quota et du flux d'entrées(*) en 1ère année d'IFSI

Évolutions du quota et du flux d'entrées(*) en 1^{ère} année d'IFSI



(*) y compris infirmiers du secteur psychiatrique de 1985 à 1992.

Source : Drees – Enquêtes auprès des établissements de formation aux professions de santé 1985 à 2004, et DGS.
Remarque : les quotas sont ici en année scolaire, alors que les effectifs d'entrants sont calculés sur l'année civile.

218. Dans le rapport de l'ONDPS 2005 et l'étude de la DREES faisant particulièrement le point sur la formation infirmière lors de la promotion 2003-2004, sont soulignés les déficits de nouveaux entrants en écoles d'infirmière (IFSI) par rapport aux quotas.

219. 332 instituts forment entre 17 et 411 infirmiers par année d'étude, avec une augmentation des quotas conséquente : entre 1985 et 2004, ce quota a évolué d'environ 16 000 à 30 000 places. Les quotas étaient proches des entrées en première année lors des promotions des années 1985 à 1999 ; puis à partir des années 2000, est noté un décrochement des entrées par rapport aux quotas (de l'ordre de 10 %, mais avec de fortes différences entre les années). Il existe, de plus, un écart de plus de 20 % entre les entrants en formation et les diplômés 3 ans plus tard.

220. Précisément, la promotion de 2004 des étudiants infirmiers comptait 19 571 diplômés pour 21 179 présentés aux examens délivrant le diplôme, soit un taux de réussite de 92,4 %. Ce chiffre de nouveaux infirmiers est à rapprocher des 24 498 étudiants qui ont commencé leurs études d'infirmiers en 2001. Si l'on considère le rapport entre le nombre d'étudiants diplômés et le nombre d'inscrits en première année 3 ans plus tôt, 80 % des étudiants ont donc été diplômés en 2004. Ce rapport a diminué depuis la promotion diplômée en 2000 où il était de 86 %. Cette différence entre entrées et sorties de l'école semble être liée à des abandons au cours des études (et peu à des redoublements).

221. A posteriori, cette politique de quotas à contre-courant est incompréhensible, et un consensus se dégage pour voir dans cette restriction durable pendant les années 90 un manque de clairvoyance des acteurs en charge de ce dossier. Malgré des alertes fréquentes émanant des fédérations hospitalières, la situation n'a pu être débloquée qu'en 2000.

222. Au delà de cette question des quotas, se pose avant tout la question de la répartition régionale des effectifs, en particulier pour les infirmiers libéraux dont l'installation est libre. En effet, comme les cartes de la partie précédente l'ont montré il existe une disparité régionale très forte s'agissant des libéraux avec un écart considérable entre le Nord et le Sud, autrement plus important que celui existant pour les médecins.

223. Donc là encore, les éventuels manques de professionnels sont avant tout liés à une très mauvaise répartition sur le territoire, héritage de la liberté d'installation. Face à ce constat, et à la suite des revendications tarifaires des infirmiers libéraux, l'Assurance Maladie et les professionnels ont passé un accord le 19 avril 2007 comportant des revalorisations tarifaires, de la reconnaissance de l'activité et surtout la mise en place d'un dispositif de régulation à l'installation, ce qui constitue une première historique dans le système de santé français s'agissant des professionnels libéraux.

Tableau 30. Les quotas en Institut de formation en soins infirmiers

Les quotas en Institut de formation en soins infirmiers
 (source : DREES, enquête sur année 2004)

	quotas 2003/2004	évolution sur 3 ans (%)	déficits* en %
Alsace	885	10,6	-3,6
Aquitaine	1 375	14,6	-1
Auvergne	610	8,9	-0,2
Bourgogne	800	14,3	-5,5
Bretagne	1 200	30,4	-1,8
Centre	1 137	10,4	-1,9
Champagne-Ardenne	632	12,9	-2,1
Corse	120	100	-2,5
Franche-Comté	570	14	0,2
Ile-de-France	6 540	12,8	-21,9
Languedoc-Roussillon	960	11,6	-1,5
Limousin	480	14,3	-0,2
Lorraine	1 400	13,8	-4,3
Midi-Pyrénées	855	6,9	-6,5
Nord-Pas-de-Calais	2 600	8,3	-11,5
Basse-Normandie	702	9,7	-0,1
Haute-Normandie	930	8,1	-4,4
Pays de la Loire	1 200	15,4	-8
Picardie	1 161	10,6	-4,6
Poitou-Charentes	730	12,3	-2,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 740	16	-1,7
Rhône-Alpes	2 880	10,8	-5
France métropolitaine	29 507	12,7	
Guyane - Antilles	256	141,5	-8,2
La Réunion	220	46,7	-24,5
France métropolitaine et Dom	29 983	13,4	

*Déficits en % des nouveaux entrants en IFSI par rapport aux quotas

224. Comme pour les médecins, il est possible de croiser la nationalité des infirmiers exerçant en France et le lieu de diplôme, à partir du fichier Adeli. Le tableau suivant fournit ces éléments.

Tableau 31. Nombre d'infirmiers exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme au 1er janvier 2006

Nombre d'infirmiers exerçant en France selon la nationalité et le lieu de diplôme
au 1er janvier 2006

Source : répertoire Adeli redressé. Drees

	inconnu ou non renseigné	diplôme français	diplôme étranger	dont diplôme U.E.	diplôme hors U.E.	total médecins étrangers
Nationalité						
danoise	.	6	43	43	.	49
islandaise	.	1	0	.	.	1
norvégienne	.	.	4	.	4	4
suédoise	.	4	21	18	3	25
finlandaise	.	16	11	11	.	27
lettone	.	.	1	.	1	1
allemande	1	64	367	363	4	432
autrichienne	.	1	11	11	.	12
slovaque	.	.	1	.	1	1
polonaise	.	1	3	.	3	4
grecque	.	2	2	2	.	4
italienne	.	48	124	119	5	172
belge	1	79	1097	1093	4	1177
britannique	.	21	400	388	12	421
espagnole	.	113	1171	1167	4	1284
néerlandaise	.	17	171	165	6	188
irlandaise	.	7	103	101	2	110
luxembourgeoise	.	.	7	7	.	7
portugaise	.	214	63	59	4	277
Autres Union Européenne	5	105	182	87	95	292
Infirmiers étrangers U.E.	7	699	3 782	3 634	148	4 488
hors union européenne	11	2 853	264	109	155	3 128
Total infirmiers étrangers	18	3 552	4 046	3 743	303	7 616
Infirmiers français	2 399	463 628	4 840	4 281	559	470 867
Total	2 417	467 180	8 886	8 024	862	478 483

225. Au total, les infirmiers de nationalité étrangère représentent 1,6 % des infirmiers exerçant en France. Mais le taux de diplômés à l'étranger est supérieur : 1,9 %, la très forte majorité étant en provenance de pays de l'UE, du fait de la réglementation assez restrictive pour les reconnaissances de diplôme hors UE. A noter que 1 % des infirmiers de nationalité française en exercice ont obtenu leur diplôme hors de France (essentiellement dans l'UE là encore). Le détail par mode d'exercice est donné en annexe 9.

226. Il est intéressant de pouvoir croiser ces données avec les flux en écoles d'infirmières. Le tableau suivant, communiqué par la DREES, permet de voir que le % d'étudiants étrangers en formation est très proche du % observé de professionnels de nationalité étrangère parmi le « stock », à savoir entre 1,5 % et 1,6 %.

Tableau 32. Nombre d'étudiants infirmiers étrangers dans les IFSI**Nombre d'étudiants infirmiers étrangers dans les IFSI**

Source : Enquête Ecoles de formation aux professions de la santé

France entière

	Effectifs totaux (1ère, 2ème et 3ème année selon formation)	Dont étrangers	% étrangers
DISCIPLINE : 414 - INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	79 442	1 219	1,5%
DISCIPLINE : 425 - ÉCOLES D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES	1 177	7	0,6%
DISCIPLINE : 426 - ÉCOLES D'INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE	804	14	1,7%
DISCIPLINE : 453 - ÉCOLES DE CADRES DE SANTÉ	1 849	162	8,8%

227. A noter que d'un pays à l'autre de l'Union européenne, malgré l'harmonisation des formations par la directive de 1977, les actes susceptibles d'être effectués par les infirmières varient. Ainsi les infirmières britanniques ne font que des soins de nursing alors que les infirmières diplômées d'état françaises peuvent, sous prescription médicale ou en présence d'un médecin, effectuer des actes techniques complexes. Il est donc souhaitable de prévoir, en fonction des tâches prévues, des périodes de formation.

2.2 Politique de maintien en activité et de départ en retraite

228. Une étude de la Drees (avril 2006) a analysé les âges moyens de cessation d'activité des médecins. Ces âges sont affectés en 2001 et 2002 par le Mécanisme d'Incitation à la cessation d'Activité (MICA) qui était un régime de préretraite destiné aux médecins libéraux conventionnés et dont l'objectif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses de santé ; le MICA, sur la période 2000-2003, s'est appliqué à 3 600 médecins chaque année (le MICA a été en vigueur jusqu'au 1er octobre 2003). Au cours de cette période, l'âge moyen de cessation d'activité des médecins a été de 65,1 ans.

229. Avec la disparition du MICA, l'âge moyen de cessation d'activité des médecins passe à 65,5 ans. Cet allongement est notamment net pour les femmes et pour les généralistes, dont les âges moyens de cessation d'activité passent tous deux à 64,8 ans, se rapprochant ainsi de l'ensemble des médecins ; l'âge moyen de cessation d'activité pour les spécialistes est de 65,9 ans. L'âge de cessation d'activité des médecins hospitaliers est de 65,3 ans (l'âge de la retraite est fixé à 65 ans, avec 160 trimestres cotisés, soit 40 ans).

230. Il est clair que le corps médical vieillit : l'âge moyen des médecins est supérieur à 48 ans. Selon la pyramide des âges des médecins en activité, la base est étroite et il existe un évasement vers le haut ce qui signifie que les effectifs se concentrent dans les classes d'âge comprises entre 45 et 59 ans, impliquant par là que les cohortes de médecins proches de la retraite s'étoffent. Dès l'année 2005, les générations issues du baby-boom vont commencer à partir. Selon le rapport de dépendance démographique qui calcule la proportion de retraités par rapport aux actifs, en 1979, pour 100 médecins actifs, il y avait 6 médecins retraités ; en 2005, il y en avait 18.

231. En 2005, 3 342 médecins ont quitté le métier (décès, radiation et surtout départ à la retraite), chiffre en augmentation de 15 % par rapport à 2004. De plus, la féminisation croissante de la profession va peser sur le flux de ces cessations d'activité car les femmes médecins prennent leur retraite plus tôt : 39 % des médecins femmes arrêtent leur activité avant 65 ans contre seulement 22 % de leurs confrères masculins.

232. Pour l'heure, les 'entrées' dans la profession compensent et font même plus que compenser les sorties, puisqu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France : le CNOM a recensé 4 644 nouvelles recrues en 2005 bien que ce chiffre soit en baisse par rapport aux années précédentes : 5 098 nouveaux inscrits en 2004, plus de 6 200 en 2000. La chute, expliquait l'Ordre, "*est essentiellement liée à la forte diminution des procédures de régularisation de la situation des médecins diplômés hors de l'UE. Ceux-ci représentent, en 2005, 2,6 % des nouveaux inscrits (soit 118 personnes) contre 25 % en 2000 (soit 1559 médecins)*" (propos recueillis par le Quotidien du Médecin - novembre 2006). Le CNOM prévoit une crise démographique des médecins pour 2007-2008 faute d'un relèvement à 8 000 du *numerus clausus* des années plus tôt, et de mécanismes d'incitation à s'installer dans les régions sous-médicalisées pour les médecins généralistes.

233. Dans le secteur hospitalier, le taux de départ en retraite en 2004 (données du bilan social édité par la DHOS) était de 2,1 % pour le personnel soignant et éducatif, et 1,1 % pour le personnel médical. Il est attendu une forte hausse de ces taux dans les années à venir.

Existe-t-il des dispositions spécifiques pour garder les professionnels âgés en activité ?

234. Après une période (pendant les années 90) où les pouvoirs publics recherchaient à restreindre le nombre de professionnels médicaux en exercice (*numerus clausus* très bas, MICA), la doctrine s'est inversée et des mécanismes opposés sont mis en place : hausse du *numerus clausus*, mais aussi incitations à maintenir en activité des professionnels libéraux en âge de prendre leur retraite, en permettant notamment de cumuler les pensions de retraite avec des revenus d'activité. Cette innovation, introduite dans la loi sur la réforme des retraites en 2003, permet de cumuler des revenus jusqu'à 43 000 euros dès lors que le départ en retraite s'effectue après 65 ans. Et il n'y a pas de plafond pour les activités salariées.

235. Par ailleurs, les médecins de plus de 60 ans ne sont plus tenus de participer aux gardes de nuit et de week-end.

236. Un décret du 19 avril 2007 publié au JO du 21 avril va dans ce sens en modifiant le mode de calcul des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire. Le montant des cotisations prévisionnelles était auparavant calculé sur la base d'une activité à temps plein, ce qui constituait un frein à la poursuite d'activité de certains médecins souhaitant conserver une activité réduite. Ainsi, avec ce nouveau texte, les médecins pourront cotiser à titre provisionnel sur la base de leurs revenus estimés pour l'année courante.

237. Actuellement, selon la CARMF, 990 médecins libéraux retraités ont fait le choix de conserver une activité.

238. Pour les personnels médicaux hospitaliers, le décret du 1^{er} mars 2005 pris en application de l'article 135 de la loi du 9 août 2004 permet la mise en œuvre d'un dispositif de prolongation d'activité dans la limite de 36 mois à compter de la date de limite d'âge.

239. Les médecins hospitaliers et HU peuvent également bénéficier du dispositif de cumul emploi-retraite réservé aux médecins et infirmiers et visé au 7^o de l'article L.161-22 du code de la sécurité sociale.

240. Enfin, les personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires peuvent, sous certaines conditions, être dispensés de participation à la permanence (D de l'article 10 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié).

Personnels émigrant de France

241. Il existe très peu de données et d'éléments sur cette question des personnels de santé émigrant de France.

242. Les rares statistiques européennes disponibles sur les personnels de santé français exerçant dans d'autres pays européens sont celle de la Commission Européenne (DG Sanco C-2, 25/03/2004) ; quelques chiffres ont pu être retrouvés :

Médecins en 2001 :

- 1,3 % des médecins exerçant en Belgique
- 0,3 % des médecins exerçant en Irlande

Infirmières en 2001 :

- 2,2 % des infirmières exerçant en Suisse

243. On constate que l'essentiel des émigrants se situent dans les pays limitrophes ou francophones (à l'exception de l'Irlande). Bien que ne disposant pas de données précises sur ce sujet (voir les autres monographies pour plus d'éléments), on estime que le Canada (en particulier le Québec) a pu attirer de nombreux médecins français pour répondre à la pénurie de praticiens dans certaines régions.

244. L'installation de médecins français à Londres a pu faire l'objet d'une étude qualitative publiée¹⁴, mais cette étude ne donne pas d'éléments quantitatifs suffisants.

245. De la même manière, un certain nombre de médecins sont partis s'installer aux Etats-Unis, bien souvent pour des postes universitaires ou pour bénéficier de conditions de recherche parfois plus favorables.

2.3 Recrutement international de professionnels de santé et leur intégration dans le système de santé

2.3.1 *Les procédures d'intégration dans le système de santé des professionnels étrangers ou ayant obtenu leur diplôme à l'étranger*

2.3.1.1. *Médecins à diplôme étranger hors UE*

14. Ballard et al., Why do general practitioners from France choose to work in London practices ? A qualitative study. British journal of medical practice 2004, 54, 747-752.

Médecins à diplôme étranger : les procédures d'autorisation

L'article L 4111-1 du code de la santé fixe les conditions d'exercice de la médecine en France :

- être de nationalité française, de citoyenneté andorrane, ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie.
- être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L 4131-1 du code de la santé publique.
- être inscrit à l'Ordre des médecins.

Par dérogation aux dispositions du code la santé, des médecins qui ne répondent pas à l'une ou aux deux premières conditions édictées à l'article 4111-1 peuvent être autorisés par décision du ministre de la santé à exercer la médecine en France.

Depuis 1972, cinq procédures d'autorisation d'exercice ont été mises en place pour ces médecins.

I - LES PROCEDURES D'AUTORISATION D'EXERCICE ACHEVEES

a. La procédure dite « loi de 1972 »

Cette procédure d'autorisation d'exercice de la médecine a été instituée par la loi n° 72-661 du 13 juillet 1972. Elle prévoyait que les candidats se soumettent à un examen de vérification des connaissances, le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT), complété par une épreuve orale. Après succès à ces épreuves, les candidats déposaient un dossier de demande d'autorisation d'exercice devant une commission chargée de donner un avis au ministre sur les autorisations à délivrer.

Le nombre maximum d'autorisations d'exercice de la médecine à accorder était fixé chaque année par le Ministre chargé de la Santé.

Cette procédure a été abandonnée et le dernier examen du CSCT à titre étranger s'est déroulé en 2001. La commission a cessé de se réunir fin 2003.

Depuis sa mise en place en 1974, cette procédure a permis la délivrance de 4 964 autorisations d'exercice de la médecine.

b. Les autorisations en qualité de praticiens adjoints contractuels (PAC)

Cette procédure est régie par la loi n° 95-116 du 4 février 1995, abrogée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

La loi du 4 février 1995 a permis aux personnes françaises ou étrangères « *titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique reconnue équivalente par le ministre chargé des universités* » et exerçant depuis trois ans au moins dans des établissements de santé publics ou participant au service public, de se présenter à des épreuves nationales d'aptitude qui en cas de succès, les autorisent à être recrutés comme praticiens adjoints contractuels dans les établissements publics de santé.

Lors de la réécriture de ces dispositions, en 1999, le législateur a tenu à modifier cette rédaction qui prêtait à confusion avec la reconnaissance d'une capacité à exercer. Les dispositions actuellement en vigueur sont rédigées ainsi : « *titulaire d'un diplôme, titre ou certificat dont la valeur scientifique est attestée par le ministre chargé des universités* ».

Les praticiens adjoints contractuels ont fait l'objet de deux types d'autorisations successives :

-- Dès 1995, ils ont bénéficié d'une autorisation de plein exercice limité aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier ;

-- En 1999, la loi n° 99-641 portant création d'une couverture maladie universelle leur a donné la possibilité d'être recrutés à l'établissement français du sang et d'accéder à la plénitude d'exercice s'ils justifient de trois ans de fonctions hospitalières en qualité de PAC ou de six ans de fonctions hospitalières.

Les dernières épreuves de PAC se sont déroulées en 2002. Les autorisations d'exercice de la médecine peuvent être délivrées jusqu'en 2010.

Depuis l'année 2000, à la date de novembre 2007, 4 356 autorisations de plein exercice ont été délivrées au titre de la procédure de praticien adjoint contractuel (soit après 3 ans en qualité de PAC, soit après 6 ans de fonctions hospitalières).

c. La commission de recours

Une commission de recours a été instituée par l'article 60-IV de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 modifiée. Elle était chargée de donner un avis au Ministre sur les demandes d'autorisation d'exercice de la médecine en France présentées par les candidats ayant échoué aux épreuves de vérification des connaissances (CSCT et/ou PAC) et ayant effectué 10 ans de fonctions hospitalières en France. Les candidats devaient déposer leur dossier avant le 31 décembre 2003. Présidée par un membre du Conseil d'Etat, la composition de la commission a été fixée, pour les médecins, par un arrêté en date du 20 mars 2002.

Sur la base de cette procédure, 153 personnes ont bénéficié d'une autorisation d'exercice de la médecine (arrêté du 29 juin 2004 publié au Journal Officiel du 18 juillet).

II - LES PROCEDURES D'AUTORISATION D'EXERCICE ACTUELLES

a) La procédure temporaire « junior-senior »

Cette procédure d'autorisation d'exercice a été mise en place par la loi n° 95-116 du 4 février 1995 modifiée, et le décret n° 98-310 du 20 avril 1998.

Cette procédure est plus particulièrement destinée aux médecins étrangers qui souhaitent venir compléter leur formation en France ou y acquérir une technique spécifique. Le candidat doit justifier de trois ans au moins de fonctions hospitalo-universitaires dans son pays d'origine (junior) ou de 6 ans de ces mêmes fonctions (senior). Il doit justifier également d'un contrat avec un centre hospitalier universitaire français.

Après avis d'une commission composée notamment de trois médecins, le candidat peut être autorisé à exercer la médecine pour une durée limitée (1 à 5 ans) par arrêté du Ministre de la santé. A l'issue de sa formation en France, le candidat a vocation à retourner dans son pays d'origine. Cette procédure est notamment utilisée pour coupler un recrutement hospitalier avec un recrutement universitaire en qualité d'enseignant associé des disciplines médicales et odontologiques.

b) La nouvelle procédure d'autorisation d'exercice

Les dispositions des articles 60-I de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (article L.4111-2 du code de la santé publique) ont prévu un nouveau dispositif d'autorisation qui se déroule en plusieurs phases.

Dans un premier temps, les candidats doivent avoir été classés en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités, ils doivent alors accomplir trois ans de fonctions hospitalières à l'issue desquelles leurs dossiers sont soumis à une commission chargée de donner son avis au Ministre de la santé sur les autorisations à accorder.

Le nombre maximum d'autorisations d'exercice à délivrer est fixé chaque année par le Ministre chargé de la Santé.

246. La loi du 27 juillet 1999 a constitué un tournant important dans le dossier des médecins étrangers. A souligner que dans cette loi, l'interdiction portait non pas sur l'accès à la plénitude d'exercice de la profession (qui donc restait possible pour les praticiens à diplômes étrangers ayant eu des fonctions avant sa publication), mais sur l'interdiction faite aux établissements publics de santé de procéder à de nouveaux recrutements de personnes n'ayant pas l'autorisation d'exercer.

247. En contrepartie de cette interdiction de principe, le nombre d'autorisations d'exercice de la médecine a considérablement augmenté afin d'autoriser des praticiens recrutés avant 1999 et, corrélativement, la nouvelle procédure d'autorisation (NPA) a été prévue. Au total depuis 1972, près de 10 000 autorisations d'exercice pour la profession de médecin ont ainsi été délivrées.

248. Cette NPA ne répondait cependant pas aux problèmes rencontrés face au faible nombre de postes ouverts chaque année. Le concours 2004/2005 n'ouvrait pour la profession de médecin que 16 spécialités correspondant à des besoins de santé publique et offrait 200 places pour 2 998 candidats (dont 782 ne se

sont pas présentés). Le concours 2005/2006 est ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, et 599 places sont proposées aux médecins à diplôme étranger hors UE.

249. Devant la pression des syndicats représentatifs des médecins étrangers (les PADHUE) et plusieurs journées de grève, des modalités d'assouplissement de cette NPA ont été votées en décembre 2006 par le Parlement (Loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 83 modifiant la procédure d'autorisation d'exercice). A noter aussi la prise de position en février 2006 de la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité) qui a délibéré sur le sujet des PADHUE, dénonçant des inégalités de traitement : *« C'est dans l'exploitation qui est faite de leur absence de statut alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques que la discrimination à leur égard se trouve »*.

250. Le décret du 29 janvier 2007 d'application de cette Loi précise la nouvelle procédure, ainsi qu'une circulaire de la DHOS du 21 février 2007.

251. Ces dispositions législatives nouvelles comprennent des dispositions pérennes et des dispositions transitoires applicables jusqu'au 31 décembre 2011 s'adressant à des praticiens remplissant certaines conditions de durée d'exercice sur le territoire national. Le processus de sélection débouchant sur l'autorisation d'exercice est identique à ce qu'il était jusqu'à présent, à savoir :

- Des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française ;
- Une période d'exercice permettant le contrôle des pratiques professionnelles : la durée est de 3 ans, et les pratiques professionnelles sont évaluées par le responsable de la structure médicale d'affectation ; le service ou l'organisme d'accueil doit être agréé pour la formation des internes de la spécialité (ce qui élargit le nombre de services potentiels par rapport à la situation précédente) ; des dérogations sont prévues dans les cas où ces fonctions hospitalières ont déjà été remplies auparavant ;
- L'avis d'une commission, par profession et par spécialité, avant l'autorisation ministérielle.

252. Les candidats sont répartis en trois catégories :

- Liste A : candidats justifiant d'un diplôme, certificat ou titre extracommunautaire permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre ;
- Liste B : candidats qui, outre la condition ci-dessus, se sont vus reconnaître le statut de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire et les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises ;
- Liste C : candidats qui, outre la condition de diplôme prévue pour la liste A, justifient d'un recrutement dans un établissement de santé avant le 10 juin 2004 et sous certaines conditions de date initiale de recrutement, de durée de fonctions et d'exercice (au moins 2 mois de fonctions rémunérées en période continue entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006).

253. Les candidats peuvent présenter les épreuves deux fois au maximum. Les épreuves sont organisées par spécialités. Il s'agit d'un concours pour la liste A, et les postes offerts par spécialité sont soumis à des quotas. Il s'agit d'une disposition pérenne de la nouvelle loi.

254. Pour les candidats de la liste C, il s'agit d'un examen non soumis aux quotas, et toutes les spécialités sont potentiellement ouvertes. Il s'agit d'une disposition transitoire applicable jusqu'au 31 décembre 2011. Les épreuves de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE), qui se dérouleront du 24 septembre au 9 novembre 2007, ne sont ouvertes qu'aux médecins recrutés avant le 27 juillet 1999 ; les autres devront attendre les sessions de 2008 et de 2009. Il n'y a pas de telle limitation pour les autres professions. Les personnes éligibles à l'examen peuvent, dans l'attente de présenter les épreuves, accomplir des fonctions dans les établissements de santé publics, comme praticien attaché associé ou assistant associé.

255. Les candidats ayant satisfait aux épreuves écrites et orales de vérification des connaissances dans le cadre de la procédure dite « loi de 72 » (correspondant au certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) pour les médecins) et justifiant de fonctions rémunérées d'une durée continue de 2 mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006 sont réputés avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances. Ils devront toutefois accepter les contrôles de pratiques professionnelles.

256. Il est attendu de ces nouvelles dispositions une nouvelle vague de « régularisation » et de reconnaissance de diplômes, le gouvernement ayant fait en sorte que ce soit la dernière, l'augmentation du *numerus clausus* entamée ces dernières années devant permettre d'éviter un recours aux médecins à diplôme étranger.

257. Le problème ne peut cependant pas être considéré comme résolu. Fin avril 2007, l'intersyndicale des praticiens à diplôme hors UE a annoncé que 150 médecins avaient porté plainte contre X pour discrimination, dans la mesure où, pour des fonctions identiques à leurs homologues français, ils restent « sous-payés et enfermés dans une précarité inacceptable ».

2.3.1.2 Médecins à diplômes européens

258. Pour les médecins de nationalité communautaire titulaires de diplômes communautaires, la situation est différente. En effet, la libre circulation des médecins au sein de l'Union européenne a été facilitée par l'adoption successive des directives 93/16/CEE et 2005/36/CE relatives à la reconnaissance des diplômes et qui harmonisent les conditions minimales de formation au sein de l'Union européenne. Avec l'élargissement à la Roumanie et à la Bulgarie, qui est intervenu le 1^{er} janvier 2007, la libre circulation concerne désormais 27 Etats membres.

259. Pour exercer en France (en secteur hospitalier comme en secteur libéral), les intéressés doivent donc demander leur inscription à l'ordre des médecins en produisant, notamment, soit une attestation de conformité de leur diplôme à la directive européenne, soit un certificat attestant qu'ils ont exercé leur profession effectivement et licitement pendant trois ans au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat.

260. La directive unifie les études médicales en partant d'un tronc de formation de six ans.

261. La procédure peut dans certains cas aller très vite (les textes prévoient qu'elle ne dépasse pas trois mois), mais dans certains cas est plus laborieuse, comme c'est le cas actuellement pour les médecins roumains et bulgares¹⁵.

15. A noter que la directive 2006/100 portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la libre circulation des personnes en raison de l'adhésion de la Roumanie et de la Bulgarie modifie les directives 93/16/CEE et 2005/36/CE.

2.3.1.3 Personnels paramédicaux

La reconnaissance des diplômes d'infirmiers et d'aides soignants

Concernant les ressortissants de l'UE ou de l'Espace économique européen, titulaires d'un diplôme obtenu dans l'un des pays européens ou de l'espace économique européen :

* pour les aides soignants : les diplômes sont reconnus en France sous réserve d'obtenir une attestation d'aptitude délivrée par le préfet de région. Cette attestation est délivrée après avis d'une commission régionale spécialisée organisée par la DRASS.

* pour les infirmiers de soins généraux : les ressortissants d'un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'espace économique européen, titulaires d'un diplôme, certificat ou titre d'infirmier responsable des soins généraux délivré conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'espace économique européen (directives n° CE 77/452 et CE 77/453 du 27 juin 1977) peuvent exercer en France. Il suffit à l'intéressé d'adresser un dossier à la DDASS du département d'exercice pour enregistrer son diplôme.

* pour les infirmiers spécialisés : si le diplôme, titre ou certificat n'est pas conforme aux directives ci-dessus, les intéressés peuvent bénéficier d'une autorisation d'exercer la profession d'infirmier délivrée par l'autorité administrative. Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme du diplôme d'Etat d'infirmier, l'autorité administrative peut exiger, après avis d'une commission instituée à cet effet, que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder un an et qui fait l'objet d'une évaluation. L'autorité compétente est la DRASS.

Concernant les personnes originaires d'autres pays, titulaires d'un diplôme extra-communautaire :

* pour les infirmiers : le diplôme n'est pas reconnu en France, et les personnes doivent se présenter aux épreuves de sélection d'entrée aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) afin d'obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier. Des dispenses de scolarité portant sur au plus deux années d'études peuvent être accordées par le directeur de l'IFSI, après avis de son conseil technique. Cette décision est prise au regard de la formation initiale détenue par le candidat. Dans l'attente, les personnes peuvent solliciter une autorisation auprès d'une DDASS d'exercer les fonctions d'aide-soignant.

262. Une fois que le diplôme est reconnu dans les conditions énoncées ci-dessus, le professionnel peut exercer dans les mêmes conditions qu'un professionnel ayant obtenu son diplôme en France, sans autre condition.

2.3.2 Impact de l'immigration au sein des professions de santé par comparaison à d'autres secteurs

263. Globalement, la proportion de personnels de nationalité étrangère est faible dans le personnel non médical : seulement 0,5 % du personnel soignant et éducatif n'ont pas la nationalité française en 2003, en légère baisse (0,6 % en 2001 et 2002). Ce taux contraste avec le taux observé pour le personnel médical : 6,6 % en 2003 contre 8,9 % en 2002 et 7,8 % en 2001.

264. A noter que, globalement, l'INSEE compte en 2005 1,9 millions de personnes immigrées actives occupées de 15 ans et plus en France métropolitaine, soit 8,3 % de la population active occupée au totale. Au sein du secteur tertiaire, ce taux est de 7 %, et au sein du secteur 'Education, santé, action sociale', il est de 5 %. Par catégorie socio-professionnelle, la part des immigrés est de 6 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 % pour les professions intermédiaires (dans lesquelles sont rangées les infirmières notamment), 8 % pour les employés, 12 % pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

265. La part observée des médecins étrangers dans l'hôpital public se situe donc dans la moyenne française. Par contre, la part des personnels étrangers au sein du personnel soignant est très inférieure à la moyenne.

2.3.3 *L'estimation des effectifs de médecins étrangers en secteur hospitalier*

266. Selon le rapport 2006 de la DREES sur les professions de santé et leurs pratiques, les médecins de nationalité étrangère (à distinguer des 5 100 médecins titulaires d'un diplôme étranger, parmi lesquels 2 200 nationaux) étaient au nombre d'environ 6 000 d'après le répertoire Adeli (5 902 pour la France métropolitaine, 6 021 avec les départements d'outre-mer), soit près de 2,8 % de l'ensemble des médecins. Ce nombre toutefois est sous-estimé, notamment parce qu'il s'agit principalement de médecins salariés hospitaliers pour lesquels l'inscription au répertoire Adeli n'est pas aussi systématique que pour les autres catégories de médecins.

267. A titre de comparaison, le Conseil national de l'Ordre des médecins enregistre 6 900 médecins de nationalité étrangère au premier janvier 2004, et 7 406 au premier janvier 2005. Certains ont la plénitude d'exercice, d'autres n'ont qu'un droit d'exercice limité à l'hôpital.

268. Une enquête menée par la DHOS auprès des établissements visant à recenser les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France a été réalisée pour le rapport du 30/10/06 de l'ONDPS. Cette enquête déclarative a été effectuée auprès des établissements publics de santé par les 26 DRASS, qui ont elles-mêmes collationné les données pour leur région. Dans cette enquête, la dénomination des médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice signifie qu'ils sont sous la responsabilité d'un médecin de plein exercice et ne peuvent donc pas exercer seuls. Ils doivent être recrutés en qualité d'assistants associés, de praticiens attachés associés ou de faisant fonction interne (FFI) (pour ceux en formation spécialisée sur une durée limitée) sous réserve de remplir les conditions posées par l'article 60 de la loi du 27 juillet 1999. Jointe à la circulaire du 27 décembre 2004 relative à la situation des médecins, pharmaciens et odontologistes à diplôme étranger non autorisés à exercer leur profession en France, cette enquête avait pour objectif de dresser un état des lieux le plus exhaustif possible, au moment où se mettait en place la nouvelle procédure d'autorisation (NPA). L'enquête a été remplie par 75,8 % des établissements interrogés, ce qui permet d'avoir une vision globale de l'ensemble.

269. 6 733 personnes sont recensées par cette enquête. 90,9 % de toutes les réponses enregistrées correspondent à un statut légal, c'est-à-dire assistants associés, praticiens attachés associés, FFI pratiquant une AFS/AFSA¹⁶, compte non tenu de la date de premier recrutement pour les assistants associés et les praticiens attachés associés. On peut donc en déduire que 9,1 %, soit 614 personnes, exercent irrégulièrement et/ou sur des postes non agréés.

270. Selon des données de l'AUFEMO¹⁷, le nombre de médecins étrangers inscrits en AFS et AFSA pour l'année universitaire 2004-2005 est de 4 418. Ces étudiants doivent en principe retourner dans leurs pays après ces formations mais certains d'entre eux multiplient ces formations tout en occupant des postes de FFI en espérant à terme rester sur le territoire français (les FFI sont des étudiants qui, comme les internes, agissent sous la responsabilité et par délégation du praticien dont ils relèvent).

271. Lors de l'enquête réalisée par la DHOS, 3 251 ont été déclarés soit 73,6 % de l'effectif recensé par l'AUFEMO.

272. Sur la base de ces chiffres, le CNOM estime ainsi à 6 750 le nombre de praticiens étrangers (PADHUE), dont 4 420 travaillent en qualité de FFI suivant les formations d'AFS ou d'AFSA, et 2 330 travaillent avec un statut d'assistant associé, d'attaché associé ou de FFI.

16. Attestation de formation spécialisée et Attestation de formation spécialisée approfondie.

17. Administration Universitaire Francophone et européenne en médecine et odontologie.

2.3.4 Caractéristiques des médecins étrangers et/ou à diplôme étranger en France

273. Une vaste étude a été réalisée par le Conseil National de l'Ordre des médecins et l'IRDES en 2001 sur le sujet des médecins dont le diplôme a été obtenu en dehors des universités françaises¹⁸.

274. Cette étude constitue l'une des premières tentatives d'analyse introductive de l'adéquation entre les besoins de médecins et le pourvoi des postes par les médecins ayant obtenu un diplôme hors de France.

275. 3 types de médecins ayant obtenu un diplôme hors de France sont distingués :

- Les diplômés européens qui ont un droit d'exercice plein (représentant environ 1,5 % des médecins diplômés de France) ;
- Les diplômés hors union européenne qui ont un droit d'exercice plein grâce à l'obtention d'une autorisation individuelle d'exercice (représentant moins de 2 % des médecins diplômés de France) ;
- Les diplômés hors union européenne dont le droit d'exercice est limité à l'hôpital (praticiens adjoints contractuels : PAC) (représentant environ 1 % des médecins diplômés de France).

276. A la date du 1er janvier 2001, les effectifs recensés étaient précisément les suivants :

- Médecins originaire de la communauté européenne et à diplôme européen : 2 572
- Médecins à diplôme extra européen, et autorisés au plein exercice en France : 3 272
- Praticiens adjoints contractuels (P.A.C.), à exercice exclusivement hospitalier : 1 985 (1 985 PAC en fonction sur 4 600 inscrits après concours sur les listes d'aptitude).

277. Les recrutements poursuivis au long de l'année 2001 ont conduit à des effectifs encore plus élevés.

278. A ces médecins, il convient d'ajouter le contingent de ceux qui ont échoué aux différents examens ou épreuves de recrutement. Ce sont par exemple :

- Les refusés à l'examen du C.S.C.T.,
- Les recalés au concours de P.A.C.,
- Les non validés en spécialités par les commissions nationales ad hoc.

279. Il reste que les personnes à diplôme étranger non autorisées (quelle que soit leur nationalité) ne peuvent exercer en France que dans les établissements publics de santé (praticiens attachés associés ou assistants associés) sous la responsabilité directe d'un professionnel de plein exercice (3° de l'article L.6152-1 du CSP).

280. Dans cette étude de 2001, les médecins diplômés hors de France sont légèrement plus jeunes que les médecins diplômés en France et présentent une sur-représentation masculine (alors que les médecins

18. Statuts et caractéristiques des médecins diplômés hors de France, Agnès Couffinhal et al., 'Questions d'économie de la santé', IRDES, n° 45, décembre 2001.

diplômés de France présentent une féminisation de la profession). Le taux de spécialisation est sensiblement le même (une sous représentation de spécialisation est notée chez les PAC dont la spécialité n'est pas reconnue bien qu'ils officient dans des services de spécialité...). Si l'on observe la répartition entre les différentes spécialités des diplômés européens et si on la compare avec celles des diplômés en France, il apparaît clairement que les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs sont sur-représentés, ainsi que, mais à un moindre degré, les stomatologues et les spécialistes de médecine interne. Cette répartition est particulièrement favorable pour des postes en France, qui sont difficiles à pourvoir en milieu hospitalier.

281. La répartition géographique et l'adéquation avec les besoins ont fait l'objet d'une analyse particulière. Notons en premier lieu que si les étrangers représentent en 2001 6,2 % de la population active de France, les médecins ayant obtenu un diplôme hors de France ne représentent que 2,7 % des médecins en activité.

282. La moitié des médecins ayant obtenu un diplôme hors de France sont européens, et pour un tiers d'entre eux, ils proviennent du Maghreb.

283. Les diplômés de l'Union européenne ont une répartition essentiellement frontalière, en provenance d'Allemagne, de Belgique et dans une moindre mesure d'Italie.

284. Les diplômés hors Union européenne ayant un droit d'exercice plein sont peu présents dans les départements où il y a des CHU, et sont installés dans les départements dont les densités médicales sont les plus faibles (médecine générale et spécialité) comme la Mayenne, l'Orne, l'Eure... En Ile de France, ils sont par exemple peu présents dans les Hauts-de-Seine et dans les Yvelines mais davantage présents dans la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise (départements socio-économiques moins favorisés que les départements précédents).

285. Les diplômés hors Union européenne dont le droit d'exercice est limité à l'hôpital ont subi la politique des pouvoirs publics qui a été de les recruter préférentiellement dans les hôpitaux généraux et le moins possible dans les CHU, considérés comme suffisamment pourvus en médecins. Ainsi, les PAC exercent dans les centres hospitaliers de petites villes et remplissent des postes laissés vacants par les médecins diplômés de France.

286. Rappelons enfin, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les rémunérations, que les médecins ayant le statut de PAC sont rémunérés environ à 50 % de la rémunération des praticiens hospitaliers temps plein titulaires (puisque'ils ont un statut contractuel), pour un travail qui n'est pas loin d'être identique. Comme ces praticiens assurent souvent des gardes de nuit et de week-end pour compléter leur rémunération, de nombreux observateurs ont pu souligner que la qualification qu'on leur refusait dans la journée, on leur accordait volontiers la nuit...

2.3.5 Evaluation du nombre de médecins étrangers et/ou à diplôme étranger en France d'après les données du CNOM

287. Le recours à des médecins à diplômes étrangers s'analyse différemment selon qu'il s'agit de médecins ayant un diplôme communautaire et bénéficiant par conséquent des règles communautaires ou de médecins à diplômes non européens.

288. Le tableau 33 fournit le nombre de médecins étrangers exerçant en France entre 1990 et 2005. L'exercice de médecins de l'UE en France augmente régulièrement avec le temps depuis une quinzaine d'années. Plus significative est l'augmentation importante des médecins provenant des 'nouveaux' pays de l'UE : Pologne, Hongrie, Lituanie, Slovaquie.

289. Selon l'OCDE lors du 9^e forum européen de la santé, les migrations à l'intérieur de l'Europe sont nettement inférieures à toutes les prévisions et même avec l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, les effectifs ne devraient pas beaucoup changer car les médecins qui voulaient partir sont déjà partis. De plus, certains pays comme la Lituanie, suite à de nombreux départs de médecins vers l'Europe de l'Ouest, ont réagi et amélioré leurs conditions de travail (forte augmentation des salaires...).

290. En 2002, l'activité des médecins de nationalité étrangère provenant de l'UE se répartissait ainsi : hôpitaux (38 % d'entre eux), exercice libéral en ville (27 %), plus d'un quart ne travaillant pas.

291. L'évolution dans le temps des effectifs des médecins de nationalité étrangère hors UE exerçant en France a également été régulière, avec des évolutions différentes selon les pays, comme l'indique le tableau 33. A noter que les PAC, dont beaucoup sont de nationalité française, ne sont pas comptabilisés.

292. Ainsi, aux 3 500 praticiens recensés par l'Ordre, il faut ajouter au moins 6 000 médecins 'intégrés' dans le système de soins dans les hôpitaux (praticiens attachés associés, assistants associés, FFI), si bien que le nombre de ces médecins étrangers hors UE est plutôt proche de 10 000.

Tableau 33. Médecins de nationalité étrangère exerçant en France - évolution 1995-2005

Pays	Effectif					Taux de croissance			ann. moy
	1990	1995	2000	2005	2005/1990	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2005/1990
Belgique	301	514	865	1 368	+ 1 067	70,8%	68,3%	58,2%	1,09%
Allemagne	159	333	585	879	+ 720	109,4%	75,7%	50,3%	1,11%
Italie	146	270	441	652	+ 506	84,9%	63,3%	47,8%	1,09%
Espagne	134	345	249	301	+ 167	157,5%	-27,8%	20,9%	1,01%
Grèce	83	90	86	136	+ 53	8,4%	-4,4%	58,1%	0,97%
Grd Bretagne	45	69	97	129	+ 84	53,3%	40,6%	33,0%	1,04%
Luxembourg	47	71	86	102	+ 55	51,1%	21,1%	18,6%	1,01%
Pays Bas	55	67	74	91	+ 36	21,8%	10,4%	23,0%	0,97%
Portugal	16	32	49	56	+ 40	100,0%	53,1%	14,3%	1,06%
Autriche	1	4	19	28	+ 27	300,0%	375,0%	47,4%	1,25%
Suède	0	7	14	26	+ 26	nd	100,0%	85,7%	nd
Irlande	9	15	13	21	+ 12	66,7%	-13,3%	61,5%	1,02%
Danemark	9	10	11	14	+ 5	11,1%	10,0%	27,3%	0,96%
Finlande	0	4	6	8	+ 8	nd	50,0%	33,3%	nd
Ss-total UE 15	1 005	1 831	2 595	3 811	+ 2 806	82,2%	41,7%	46,9%	1,07%
Roumanie	31	26	60	158	+ 127	-16,1%	130,8%	163,3%	1,10%
Pologne	21	20	24	95	+ 74	-4,8%	20,0%	295,8%	1,09%
Ex Tchecosl.	6	5	8	29	+ 23	-16,7%	60,0%	262,5%	1,09%
Hongrie	2	2	4	17	+ 15	0,0%	100,0%	325,0%	1,14%
Lituanie	na	0	0	15	+ 15	nd	nd	Nd	nd
Bulgarie	6	0	8	12	+ 6	-100,0%	nd	50,0%	nd
Lettonie	na	0	0	7	+ 7	nd	nd	Nd	nd
Slovénie	na	0	1	2	+ 2	nd	nd	100,0%	nd
Malte	0	0	0	1	+ 1	nd	nd	Nd	nd
Estonie	na	0	0	1	+ 1	nd	nd	Nd	nd
Chypre	0	0	0	1	+ 1	nd	nd	Nd	nd
Ss-total UE+12	66	53	105	338	+ 272	-19,7%	98,1%	221,9%	1,10%
Ss-total EU 27	1 071	1 884	2 700	4 149	+ 3 078	75,9%	43,3%	53,7%	1,07%
Suisse	0	0	2	46	+ 46	nd	nd	2200,0%	nd
Norvège	1	0	5	5	+ 4	-100,0%	nd	0,0%	1,10%
Islande	0	0	1	2	+ 2	nd	nd	100,0%	nd
Ss-total AELE	1	0	8	53	+ 52	-100,0%	nd	562,5%	1,30%
Russie	4	4	4	15	+ 11	0,0%	0,0%	275,0%	1,07%
Turquie	0	0	8	10	+ 10	nd	nd	25,0%	nd
Andorre	0	0	9	10	+ 10	nd	nd	11,1%	nd
Ex-Yougosla.	1	2	4	8	+ 7	100,0%	100,0%	100,0%	1,14%
Ukraine	na	0	0	5	+ 5	nd	nd	Nd	nd
Moldavie	na	0	0	3	+ 3	nd	nd	Nd	nd
Monaco	0	0	3	3	+ 3	nd	nd	0,0%	nd
Albanie	0	0	0	2	+ 2	nd	nd	Nd	nd
Biélorussie	na	0	0	2	+ 2	nd	nd	Nd	nd
Bosnie	na	Na	1	1	+ 1	nd	nd	0,0%	nd
Croatie	na	Na	1	1	+ 1	nd	nd	0,0%	nd
Ss- total Reste Europe	5	6	30	60	+ 55	20,0%	400,0%	100,0%	1,17%
Ss- total Europe entire	1 077	1 890	2 738	4 262	+ 3 185	75,5%	44,9%	55,7%	1,07%

Tableau 33 (suite). Médecins de nationalité étrangère exerçant en France - évolution 1995-2005

Pays	Effectif					Taux de croissance			ann. moy
	1990	1995	2000	2005	2005/1990	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2005/1990
Algérie	70	82	693	1 084	+ 1 014	17,1%	745,1%	56,4%	1,20%
Maroc	377	471	701	768	+ 391	24,9%	48,8%	9,6%	1,00%
Tunisie	354	359	368	421	+ 67	1,4%	2,5%	14,4%	0,89%
Libye	0	0	2	2	+ 2	nd	#DIV/0!	0,0%	nd
Ss-total Maghreb	801	912	1 764	2 275	+ 1 474	13,9%	93,4%	29,0%	1,04%
Congo	31	34	93	137	+ 106	9,7%	173,5%	47,3%	1,09%
Togo	45	46	70	75	+ 30	2,2%	52,2%	7,1%	0,97%
Madagascar	39	32	54	72	+ 33	-17,9%	68,8%	33,3%	0,99%
Cameroun	9	10	16	51	+ 42	11,1%	60,0%	218,8%	1,11%
Centrafrique	8	11	18	23	+ 15	37,5%	63,6%	27,8%	1,04%
Sénégal	10	7	12	20	+ 10	-30,0%	71,4%	66,7%	1,00%
Bénin	8	8	12	14	+ 6	0,0%	50,0%	16,7%	0,98%
Mali	6	6	9	13	+ 7	0,0%	50,0%	44,4%	1,01%
Zaire	0	0	14	13	+ 13	nd	nd	-7,1%	nd
Tchad	7	5	6	11	+ 4	-28,6%	20,0%	83,3%	0,96%
Ile Maurice	0	0	9	10	+ 10	nd	nd	11,1%	nd
Gabon	7	5	7	9	+ 2	-28,6%	40,0%	28,6%	0,92%
Burundi	0	0	7	9	+ 9	nd	nd	28,6%	nd
Rwanda	0	0	3	6	+ 6	nd	nd	100,0%	nd
Soudan	0	0	2	5	+ 5	nd	nd	150,0%	nd
Niger	0	0	1	4	+ 4	nd	nd	300,0%	nd
Burkina Faso	0	0	3	4	+ 4	nd	nd	33,3%	nd
Guinée	0	0	2	4	+ 4	nd	nd	100,0%	nd
Cote d'Ivoire	0	0	1	4	+ 4	nd	nd	300,0%	nd
Comores	0	0	1	3	+ 3	nd	nd	200,0%	nd
Mauritanie	0	0	0	2	+ 2	nd	nd	Nd	nd
Ethiopie	0	0	1	1	+ 1	nd	nd	0,0%	nd
Ss-total Afrique	170	164	341	490	+ 320	-3,5%	107,9%	43,7%	1,04%

Tableau 33 (suite). Médecins de nationalité étrangère exerçant en France - évolution 1995-2005

Pays	Effectif					Taux de croissance			ann. moy
	1990	1995	2000	2005	2005/1990	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2005/1990
Argentine	12	13	15	28	+ 16	8,3%	15,4%	86,7%	1,02%
Brésil	5	3	9	16	+ 11	-40,0%	200,0%	77,8%	1,05%
Etats Unis	7	6	8	11	+ 4	-14,3%	33,3%	37,5%	0,96%
Chili	19	14	10	10	-9	-26,3%	-28,6%	0,0%	-0,95%
Canada	5	7	7	9	+ 4	40,0%	0,0%	28,6%	0,99%
Pérou	3	2	3	9	+ 6	-33,3%	50,0%	200,0%	1,05%
Haïti	0	0	3	7	+ 7	nd	nd	133,3%	nd
Colombie	0	0	1	7	+ 7	nd	nd	600,0%	nd
Uruguay	8	7	7	5	-3	-12,5%	0,0%	-28,6%	-0,94%
Equateur	0	0	1	4	+ 4	nd	nd	300,0%	nd
Vénézuéla	0	0	2	4	+ 4	nd	nd	100,0%	nd
Mexique	2	2	3	3	+ 1	0,0%	50,0%	0,0%	0,95%
Paraguay	0	0	0	3	+ 3	nd	nd	nd	nd
Salvador	0	0	0	2	+ 2	nd	nd	nd	nd
Honduras	0	0	0	1	+ 1	nd	nd	nd	nd
Nicaragua	0	0	1	1	+ 1	nd	nd	0,0%	nd
Bolivie	0	0	1	1	+ 1	nd	nd	0,0%	nd
Guatemala	0	0	1	0	+	nd	nd	-100,0%	nd
Sous-total Amérique Nord et Sud	61	54	72	121	+ 60	-11,5%	33,3%	68,1%	1,00%

Tableau 33 (suite). Médecins de nationalité étrangère exerçant en France - évolution 1995-2005

Pays	Effectif					Taux de croissance			ann. moy
	1990	1995	2000	2005	2005/1990	1995/1990	2000/1995	2005/2000	2005/1990
Syrie	8	16	170	199	+ 191	100,0%	962,5%	17,1%	1,24%
Liban	10	10	48	90	+ 80	0,0%	380,0%	87,5%	1,15%
Iran	43	34	32	50	+ 7	-20,9%	-5,9%	56,3%	0,89%
Egypte	0	0	16	24	+ 24	nd	nd	50,0%	nd
Irak	0	0	10	5	+ 5	nd	nd	-50,0%	nd
Israël	0	0	1	2	+ 2	nd	nd	100,0%	nd
Jordanie	0	0	3	2	+ 2	nd	nd	-33,3%	nd
Palestine	0	0	0	1	+ 1	nd	nd	nd	nd
Sous-total Moyen Orient	61	60	280	373	+ 312	-1,6%	366,7%	33,2%	1,11%
Vietnam	187	139	102	68	-119	-25,7%	-26,6%	-33,3%	-0,97%
Cambodge	68	62	44	37	-31	-8,8%	-29,0%	-15,9%	-0,95%
Laos	18	18	13	11	-7	0,0%	-27,8%	-15,4%	-0,94%
Chine	0	0	7	9	+ 9	nd	nd	28,6%	nd
Afghanistan	0	0	6	6	+ 6	nd	nd	0,0%	nd
Japon	0	0	2	2	+ 2	nd	nd	0,0%	nd
Inde	0	0	1	2	+ 2	nd	nd	100,0%	nd
Bangladesh	0	0	0	1	+ 1	nd	nd	nd	nd
Ss-total Asie	273	219	175	136	-137	-19,8%	-20,1%	-22,3%	-0,96%
Divers	30	37	4	8	-22	23,3%	-89,2%	100,0%	-0,98%
TOTAL	2 473	3 336	5 374	7 665	+ 5 192	34,9%	61,1%	42,6%	1,05%

Remarque : les classifications de 1990 et 1995 étant moins fines, il est probable qu'une bonne partie des 30 et 37 médecins des rubriques divers aurait pu être intégrée dans une autre rubrique.

Source : CNOM

2.3.6 Les flux dans les autres professions de santé

293. Selon le rapport 2005 de l'ONDPS, certaines professions sont particulièrement concernées par les flux de professionnels au sein de la Communauté européenne. Le nombre d'autorisations d'exercice accordées à des diplômés d'écoles de formation européennes, et bien souvent de nationalité française, peut remettre en cause l'effectivité du *numerus clausus* (comme c'est le cas des masseurs-kinésithérapeutes). Mais cela n'est pas le cas pour les infirmiers car depuis 2000, s'est manifesté un appel à main-d'œuvre extérieure. Le chômage quasi inexistant dans cette profession et l'importance de la demande (effet des 35 heures) ont créé des conditions favorables à l'arrivée en France d'infirmiers de pays de la communauté, notamment d'Espagne. L'analyse effectuée en 2004 montrait de surcroît que leur intégration était durable puisque sur les 770 infirmières espagnoles qui avaient été recrutées, le taux de retour n'était que de 8 % (voir ci-dessous).

294. L'importance des besoins en France n'empêche pas certaines régions frontalières d'être confrontées à d'importants mouvements d'émigration de leurs infirmières. En Lorraine, 5,4 % des infirmiers de la région (soit 903) travaillaient au Luxembourg selon le recensement de 1999. Près de 60 % d'entre eux avaient moins de 35 ans. En Alsace, le marché du travail s'étend au-delà des frontières, en Allemagne et en Suisse, où les niveaux de salaire sont plus élevés. En Franche-Comté, on peut estimer que la proportion d'infirmiers résidant en Franche-Comté et travaillant en Suisse s'élève à 7 % environ. Cette proportion est relativement importante comparée au nombre de frontaliers toutes catégories professionnelles confondues, soit 3 % de la population active (source : INSEE).

2.3.7 Programmes spécifiques d'immigration

295. Un exemple de programme spécifique d'immigration est fourni par le cas développé ci-après d'appel aux infirmières espagnoles. Ce type de programme développé au plan national est exceptionnel et a été stoppé fin 2004 faute de demandes des établissements.

Un exemple d'opération de recrutement organisé de professionnels étrangers : le recrutement d'infirmiers et de physiothérapeutes (masseurs et kinésithérapeutes) espagnols en France

Depuis mars 2002, des infirmiers espagnols ont bénéficié d'une formation accélérée au français dans le but de les préparer à exercer dans un des établissements de santé qui les a recrutés. Cette mesure constituait une des mesures du plan emploi-formation impulsée par les pouvoirs publics. Ce dispositif a permis de recruter des infirmiers espagnols chaque année. Devant le succès d'intégration des infirmiers espagnols, ce dispositif a été étendu aux kinésithérapeutes.

Ce dispositif s'est mis en place grâce à différentes institutions, outre l'Office de migrations internationales (OMI) et l'ambassade de France en Espagne :

- du côté français : des formateurs spécialisés dans l'apprentissage accéléré des langues étrangères, le VVF pour l'hébergement et les fédérations d'employeurs :

* secteur public : FHF, Fédération hospitalière de France,

* secteur privé non lucratif : FEHAP, Fédération des établissements d'hébergement et d'assistance privés à but non lucratif, et FNCLCC, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

* secteur privé à but lucratif : FHP, Fédération de l'hospitalisation privée

- côté espagnol : l'INEM (agence pour l'emploi espagnol)

L'organisation générale du dispositif consiste en un recensement des offres d'emploi en France, une cellule de recrutement en Espagne, une formation accélérée du français dans un centre en banlieue parisienne et la prise en charge des infirmiers espagnols par les établissements employeurs (sur la base d'une charte que les établissements s'engagent à respecter). Le financement du dispositif fait l'objet d'un cofinancement de l'ensemble des partenaires : la cellule de recrutement est financée par les fédérations d'employeurs, le coordinateur du centre de formation par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) ; le coût de la formation est assuré par les employeurs. Le coût global de la formation comprenant la formation et l'hébergement est de 2 180 € par stagiaire sur un mois (durée de la formation), sachant que les employeurs assurent formation, hébergement le premier mois au centre et salaire, et qu'ils doivent, de plus, s'impliquer au-delà pour une bonne intégration de l'infirmier espagnol en mettant sur pied une équipe interne de tutorat.

Bilan en janvier 2004 :

- 502 infirmiers espagnols dont 59 annulations,

- 107 kinésithérapeutes dont 2 annulations.

Ces personnels de santé sont affectés pour moitié dans un établissement public ; la moitié des infirmiers espagnols travaille dans la région parisienne (40 % pour les kinésithérapeutes).

Le bilan général des mouvements des personnels espagnols recrutés a été effectué sur 524 infirmiers et kinésithérapeutes, sur la période allant du 18 mars 2002 au 13 octobre 2003 (formation de 16 promotions) :

- nombre de départs définitifs avant un an : 29

- nombre de départs définitifs après un an : 17

soit un taux de 8 %.

38 personnels de santé ont changé d'établissement dont 10 en mobilité interne (Générale de Santé), soit 7 %.

1 personnel est parti en congé parental.

Il est noté que les établissements qui ont eu recours à ce type de recrutement le renouvellent et enregistrent le moins de départs.

Les personnels de santé espagnols ont moins de 26 ans pour les 2/3 d'entre eux.

296. Une demande d'actualisation des données sur cette opération a été effectuée auprès des services compétents de la DHOS. L'opération a été arrêtée fin 2004 suite au constat d'absence de demandes de la part des établissements, tant publics que privés. De fait, les demandes ont toujours été inférieures au nombre de candidats espagnols (kinésithérapeutes et infirmières). A cette époque, on estimait entre 8 000 et 12 000 le nombre de professionnels espagnols dans ces catégories en situation de précarité.

297. Pourquoi cette opération n'a-t-elle pas rencontré le succès escompté ? Il est possible que certaines filières parallèles privées, formant moins bien les infirmières à leur entrée en France, aient jeté le trouble

sur la pertinence de ce type de recrutement (il pouvait arriver qu'elles repartent au bout de 2-3 jours). La démarche était peut-être trop complexe. Peut-être aussi reste-t-il de fortes résistances culturelles. Il s'agissait d'infirmières très jeunes, sortant de l'école, donc sans doute plus difficiles à intégrer rapidement dans une équipe. En tout état de cause, la démarche d'évaluation a également été stoppée si bien qu'on manque de données sur l'après 2004.

298. Des tentatives avaient été faites pour étendre l'opération aux médecins espagnols, mais il n'y a eu que quelques individus concernés.

299. Un autre exemple est fourni par un centre hospitalier proche de la frontière belge, le CH de Fourmies. L'encadré ci-après reproduit un article paru dans le Quotidien du Médecin du 1^{er} juillet 2004, qui souligne comment une politique volontariste et organisée peut conduire à renforcer un effectif médical en faisant appel à des médecins européens.

Comment les médecins étrangers ont sauvé l'hôpital de Fourmies

Le centre hospitalier de Fourmies, dans le département du Nord, est une tour de Babel : sur quarante médecins, seize seulement sont français. Les autres viennent du monde entier : Argentine, Uruguay, Maroc, Moldavie, Ukraine, Espagne... Tout ce beau monde s'entend à merveille et a contribué à relancer l'activité d'un établissement menacé il y a quelques années encore de disparition.

ON PARLE toutes les langues au sein de l'hôpital très cosmopolite de Fourmies, dans le Nord. Depuis assez longtemps pour que les patients ne remarquent même pas l'accent prononcé de certains médecins, fraîchement arrivés en France.

Le 1^{er} mai, le centre hospitalier a d'ailleurs fêté à sa façon l'Europe élargie en accueillant deux spécialistes venus des nouveaux Etats européens : une pédiatre lituanienne et un psychiatre polonais. Aujourd'hui, l'équipe compte dix nationalités différentes Et tous ces médecins étrangers recrutés par l'hôpital ont choisi de faire leur vie ici, dans cette petite ville de province. Le plus ancien, un obstétricien espagnol arrivé en 1991, est d'ailleurs toujours là.

Aux petits soins.

Il faut dire que la direction soigne particulièrement « ses » médecins étrangers. Il est vrai que, sans eux, le centre hospitalier risquait tout simplement de disparaître.

« Lorsque je suis arrivé en 1991, l'hôpital ne comptait que sept médecins, dont cinq étaient à un an de la retraite, se souvient le directeur, Philippe Legros. La maternité qui assurait 300 naissances par an fonctionnait avec un obstétricien de 64 ans à temps partiel. Sans recrutement, nous risquions la fermeture pure et simple. Dans un rayon d'une trentaine de kilomètres autour de Fourmies, cinq plateaux techniques ont d'ailleurs fermé en dix ans. »

Mais recruter des spécialistes dans une petite ville de 15 000 habitants, à 1 h 30 du premier centre hospitalier régional, et à une heure de toutes les villes importantes, relève du tour de force. *« Impossible de faire venir ici des médecins français. Toutes mes petites annonces sont restées sans réponses »*, poursuit le directeur.

Par chance, le Dr Ignacio Lopez-Francos, obstétricien espagnol, venu faire un remplacement à la maternité, accepte de prendre la tête du service. Formé à Madrid, puis à l'Université catholique de Louvain, en Belgique, il bénéficie de l'équivalence de diplômes et prend ses fonctions en octobre 1991. Après lui, une vingtaine d'autres praticiens venus des quatre coins d'Europe, d'Amérique ou d'Afrique du Nord, suivront son exemple : belges, marocains, roumains, ukrainiens, moldaves, argentins, tous spécialistes dans leur pays et désireux de poursuivre leur carrière en France. Grâce à ces recrutements, le centre hospitalier a pu relancer petit à petit tous les services de l'hôpital : chirurgie digestive, néphrologie, radiologie, anesthésie, cardiologie, psychiatrie. Et l'activité est repartie fortement à la hausse : depuis 1991, le nombre d'hospitalisations a doublé, passant de 3 500 à 7 000, les urgences ont fait un bond de 4 000 à 13 000 entrées et les naissances ont été multipliées par trois. Entre-temps, l'hôpital a été doté d'un scanner et il espère ouvrir prochainement une unité de surveillance continue de 6 lits pour accueillir les patients en réanimation. Quant à l'effectif médical, il est passé de 7 à 40.

Poste « tout compris ».

Ce redémarrage a été rendu possible par la politique d'embauche très volontariste de l'équipe dirigeante. *« Pour faire venir dans une ville comme la nôtre des spécialistes étrangers, il faut proposer une arrivée clés en mains, insiste Philippe Legros, qui a dû jouer les chasseurs de têtes. L'hôpital s'occupe de tout : le logement, les inscriptions scolaires, les cours de français, la présentation de la ville à la famille. L'accueil est déterminant dans le choix des praticiens. Si nous leur proposons un poste intéressant et des facilités d'installation, ils sautent le pas. »*

Une nouvelle vie.

Dernier à avoir rejoint l'équipe, Piotr Morawski a quitté son poste de directeur d'hôpital, à Gdansk, en Pologne, pour devenir chef du service de psychiatrie à Fourmies. A quarante-quatre ans, il commence une nouvelle vie dans ce petit coin de campagne nordiste, avec sa femme et ses deux enfants. « *Je suis tombé sur une petite annonce dans un journal polonais proposant un poste en France. L'idée m'a immédiatement séduit, et je suis venu voir, d'abord seul, puis avec ma femme. J'ai eu plus de difficultés à convaincre mes enfants* », raconte-t-il.

Violeta Peciulyte, jeune pédiatre lituanienne, est arrivée en même temps que lui. Chef du service de pédiatrie-oncologie du centre hospitalier universitaire de Vilnius, elle a tout quitté pour venir s'installer à Fourmies. Un projet professionnel intéressant, et la perspective de vivre en France, un pays qui la fait rêver. A 33 ans, cette pédiatre « *n'a pas hésité une seconde* ».

Philippe Legros pense déjà aux prochains recrutements. Il lui faudrait un anesthésiste et un urgentiste. Pourquoi ne pas se tourner vers la Roumanie, pays francophile qui rejoindra bientôt le bataillon européen ? Le directeur peaufine déjà les petites annonces qu'il diffusera là-bas, par le biais des ambassades. Sa méthode est aujourd'hui bien rodée, et l'idée d'ajouter une nationalité à sa longue liste de médecins étrangers n'est pas pour lui déplaire.

FLORENCE QUILLE

3 - UNE VISION PROSPECTIVE SUR LE RÔLE DU RECRUTEMENT INTERNATIONAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS DANS LA GESTION ET LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN MATIÈRE DE SANTÉ

300. La prospective en matière de démographie des professions de santé, et notamment de démographie médicale, fait l'objet de très nombreux débats et travaux depuis une trentaine d'années en France. La première mesure de régulation de cette démographie médicale a été l'instauration du *numerus clausus* à la fin de première année des études médicales. Pendant les années 80 et début des années 90, les pouvoirs publics ont cherché des moyens de réduire la hausse importante et rapide du nombre de médecins, supposée peser fortement sur l'évolution des dépenses de santé. Des mécanismes de départ à la retraite anticipée des médecins (MICA) ont été mis en place dans cet esprit.

301. Depuis la fin des années 90, toutefois, le diagnostic a changé de nature. La perspective de départs en retraite massifs d'un grand nombre de professionnels à partir de 2005-2006 a inversé le sens des priorités et des travaux, le *numerus clausus* a été remonté par étapes et des mesures de meilleure répartition des professionnels sur le territoire sont (timidement) mises en œuvre.

3.1 Les travaux de projections démographiques

302. La DREES publie régulièrement des projections démographiques des médecins, qui fournissent la matière première des réflexions des pouvoirs publics. Les tableaux 34 et 35 résument les enseignements de ces projections à l'horizon 2025.

303. Le modèle de projection démographique des médecins a utilisé les données du répertoire Adeli redressées (redressement permettant de prendre en compte les défauts d'inscription des médecins salariés, et notamment des hospitaliers). Le scénario central s'appuie sur des hypothèses moyennes :

- Un *numerus clausus* porté à 7 000 places, ce niveau restant constant jusqu'en 2025,
- La part des postes ouverts hors médecine générale et la part des postes ouverts en médecine générale dans l'ensemble des postes ouverts aux ECN (ces parts correspondant à un pourcentage du *numerus clausus* 5 ans plus tôt),
- Et des hypothèses comportementales « conservatrices » : les médecins pratiquent leur spécialité ; l'existence de passerelles est négligée.

304. A partir de ce scénario central, des scénarios secondaires ont aussi été étudiés (faisant varier notamment l'augmentation du nombre de places au *numerus clausus*), mais dans un premier temps, seul est présenté le scénario central, indiquant les projections par spécialité et par région ; les évolutions des effectifs sont données par rapport aux années 2002 ou 1990.

Tableau 34. Scénario central : effectifs des médecins actifs par spécialité en 1990, 2002 et 2025

Scénario central : effectifs des médecins actifs par spécialité en 1990, 2002 et 2025
(source : Adeli, projections DREES, 2004)

discipline de l'examen national classant	effectifs			médecins en activité (France entière)	
	1990	2002	2025	évolution 2025/2002 (%)	évolution 2025/1990 (%)
spécialité					
pédiatrie	5 626	6 620	7 182	8	28
anesthésie-réanimation	10 461	10 358	9 069	-12	-13
spécialités médicales (autres) et gyn. méd.	31 946	40 148	34 344	-14	8
total spécialités médicales	48 033	57 127	50 595	-11	5
gynécologie-obstétrique	4 727	5 342	5 472	2	16
spécialités chirurgicales (autres)	16 666	19 186	15 677	-18	-6
total spécialités chirurgicales	21 393	24 528	21 149	-14	-1
psychiatrie	11 897	13 727	8 816	-36	-26
santé publique et médecine du travail	800	6 153	5 208	-15	551
biologie médicale	1 960	3 109	3 079	-1	57
total disciplines hors médecine générale	84 083	104 644	88 847	-15	6
médecine générale	93 387	100 541	97 119	-3	4
total	177 470	205 185	185 966	-9	5

Tableau 35. Répartition régionale des effectifs et des densités médicales en 2002 et 2025 (scénario central)

Répartition régionale des effectifs et des densités médicales en 2002 et 2025 (scénario central)
(source : Adeli et Drees 2004)

Régions	2002		2025		évolution 2002 - 2025 (%)	
	effectifs	densité	effectifs	densité	effectifs	densités
Alsace	6 092	341	5 797	285	-5	-17
Aquitaine	10 445	352	10 773	335	3	-5
Auvergne	3 677	296	3 954	316	2	7
Bourgogne	4 535	281	4 118	260	-9	-8
Bretagne	9 097	306	8 639	268	-5	-13
Centre	6 632	268	5 663	218	-15	-19
Champagne-Ardenne	3 677	274	3 634	283	-1	3
Franche-Comté	3 279	291	3 086	271	-6	-7
Ile-de-France	47 127	425	36 418	311	-23	-27
Languedoc-Roussillon	8 929	374	7 937	271	-11	-28
Limousin	2 366	333	2 380	348	1	4
Lorraine	6 878	298	6 022	271	-12	-9
Midi-Pyrénées	9 637	368	8 292	283	-14	-23
Nord-Pas-de-Calais	11 748	292	11 610	288	-1	-2
Basse-Normandie	3 922	273	3 761	256	-4	-6
Haute-Normandie	4 835	269	4 585	249	-5	-8
Pays de la Loire	9 050	274	9 073	245	0	-10
Picardie	4 804	256	4 791	248	0	-3
Poitou-Charentes	4 853	291	4 675	265	-4	-9
Provence-Alpes-Côte d'Azur - Corse	20 236	414	17 225	311	-15	-25
Rhône-Alpes	19 147	331	19 597	305	2	-8
DOM	4 021	229	3 937	171	-2	-25
France métropolitaine	205 185	335	185 966	283	-9	-16

305. Toutes choses égales par ailleurs, le nombre de médecins diminuerait de 9,4 % sur l'ensemble de cette période pour atteindre 186 000. Ce scénario aboutirait à une densité médicale (en activité globale) de 283 médecins pour 100 000 habitants en 2025 (correspondant à celle de 1987), caractérisée par une sur-représentation féminine. La diminution de densité atteindrait donc 16 %.

306. Les diminutions les plus prononcées s'observeraient dans les spécialités chirurgicales de type ophtalmologie et ORL, et en psychiatrie. Dans cette étude, il est noté que l'évolution de la répartition des médecins généralistes et spécialistes par mode d'exercice de 2002 à 2025 serait faible pour les médecins salariés : pour les hospitaliers, la diminution serait quasiment nulle (de 59 000 en 2002, le nombre passerait à 58 800 en 2025) ; quant aux salariés non hospitaliers, leur nombre ne se réduirait que de 2 %, passant de 23 900 à 23 300. En 2025, les spécialistes compteraient autant de salariés hospitaliers que de libéraux, alors que les médecins généralistes seraient toujours majoritairement libéraux.

307. Depuis ces estimations, des mesures ont été prises par les pouvoirs publics, qui devraient se traduire par des évolutions différentes de celles montrées par les projections : forte augmentation du nombre de postes aux ECN en psychiatrie et en chirurgie en 2005 notamment.

308. Par région, l'évolution des effectifs entre les années 2002 et 2025 montre des disparités entre régions, et un net recul en termes de densité et en valeur absolue des médecins dans les régions du Centre, en Ile de France (région la plus touchée), et dans le Sud de la France. Mais l'Ile de France et le Sud sont justement les régions qui ont la plus forte densité de médecins à l'heure actuelle ; elles garderaient, même avec ce scénario, une densité de médecins supérieure ou égale à la moyenne nationale (mais ce ne serait pas le cas de la région Centre et de la région Languedoc Roussillon). Des régions dont la population devrait diminuer à l'horizon 2025 (Auvergne, Champagne-Ardenne, Limousin) verraient au contraire leur densité médicale augmenter entre 2002 et 2025... Le Limousin deviendrait ainsi la première région de France en termes de densité médicale !

309. Il faut toutefois signaler le manque de confiance sur les capacités prédictives du modèle de 2004 au niveau régional, notamment du fait de la non prise en compte des mobilités géographiques et des "appels d'air" que pourraient créer des départs massifs en retraite dans certaines régions. En outre, les flux migratoires à l'entrée dans la vie active sont défavorables à la région, mais un certain nombre de facteurs tendent à expliquer ce résultat : le *numerus clausus* du Limousin est relativement élevé par rapport au nombre d'actifs, les médecins sont globalement plus jeunes dans cette région (il en résulte des départs à la retraite moins nombreux), et la variation de la population contribue également à accroître la densité de médecins.

Scenarii d'évolution du numerus clausus

310. Si le *numerus clausus* était resté à 4 700, la densité médicale aurait diminué de 20 % en 2025 (et le nombre de médecins de 24 %). Même pour les hypothèses les plus hautes de *numerus clausus*, le choc démographique produit son effet (cf. graphique 15).

311. Un *numerus clausus* à 8 000 dès 2003 n'aurait pas évité une baisse de la densité médicale, et ce jusqu'en 2025. Néanmoins, d'après cette hypothèse, tout au long de la période, la densité médicale retrouverait le niveau de 2002 en 2037 pour atteindre ensuite des niveaux plus élevés. A long terme, un tel scénario d'un *numerus clausus* aussi élevé maintenu sur une longue période aurait en effet des conséquences importantes : d'après les projections de 2004, un *numerus clausus* à 8 000 maintenu à ce niveau jusqu'en 2060 conduirait à un effectif de médecins à cette date de 280 000.

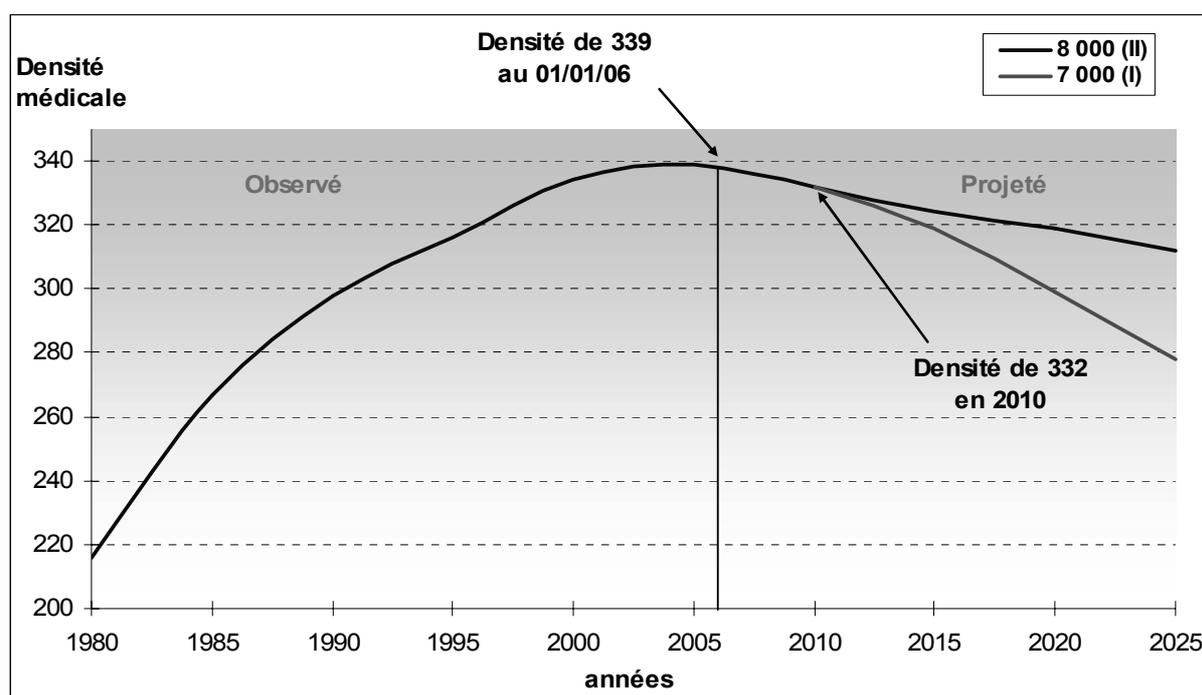
312. Actuellement, les projections réalisées à l'horizon 2020 sont relativement fiables. Au-delà de cette date, de nombreuses incertitudes rendent ces projections plus hypothétiques, ces incertitudes ayant trait non seulement aux outils de régulation (par exemple, le *numerus clausus*) mais aussi à l'évolution démographique (fécondité), aux comportements de cessation d'activité, aux effets de la montée en charge de la réforme Fillon sur les retraites et à la féminisation du travail.

313. Le graphique 15 ci-dessous présente deux hypothèses de travail :

- Le scénario 7 000 (I) correspond à un *numerus clausus* de 7 000 en 2007 puis constant ensuite : c'est celui que proposent les pouvoirs publics pour au moins 3 ans (à noter que le *numerus clausus* a été fixé à 7100 par le Ministre de la Santé pour la prochaine année universitaire) ;
- Le scénario 8 000 (II) correspond à un *numerus clausus* de 8 000 en 2007 puis constant ensuite : c'est celui que défend le Conseil National de l'Ordre des Médecins à l'argument qu'il paraît plus proche des besoins futurs.

Graphique 15. Évolution et projection de la densité médicale selon le numerus clausus (Métropole)

Effectifs globaux, toutes disciplines confondues.



Source: auteurs, chiffres issus de « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », Quel numerus clausus pour quel avenir ?, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n 1, Janvier-Mars 2004.

314. Ces difficultés démographiques ne concernent pas que les médecins, et *les personnels paramédicaux* sont également touchés. Ce problème lié aux départs en retraite anticipés sera particulièrement vif dans le secteur hospitalier :

- Dans la fonction publique hospitalière, les départs en retraite, sur la période 2003-2015, représentent 41 % des effectifs de 2002. Le pic est attendu en 2012 avec près de 30 000 départs dans l'année (dont 21 000 pour les personnels des services de soins).
- Il est attendu des difficultés particulières parmi les kinésithérapeutes et orthophonistes (forte attractivité du secteur libéral), les manipulateurs de radiologie (déficit des vocations), les aides-soignants, les infirmiers dans les régions et secteurs d'activité peu attractifs. Il en est de même dans les filières techniques et ouvrières pour lesquelles le taux de départs sur l'effectif est le plus élevé.

315. Les pouvoirs publics ont anticipé ces problèmes en relevant de façon substantielle les quotas en 2000 et 2003 (cf. § 2.1.2).

316. Une étude globale de l'évolution des métiers à l'horizon 2015 a été effectuée par la DARES (janvier 2007). Ce rapport souligne la demande croissante des ménages pour les soins médicaux et l'intervention publique dans le domaine social, en lien avec le vieillissement de la population et les transformations du rôle des femmes dans la famille. Mais les effectifs des médecins seront légèrement en baisse : le nombre de jeunes diplômés ne suffira pas à combler les nombreux départs en fin de carrière. Selon les disciplines et les établissements, les difficultés seront plus ou moins importantes. De la même manière, le recrutement des aides soignantes pourrait être également difficile, notamment dans les maisons de retraite. L'impact des fins de carrière des générations du baby-boom est déterminant : les départs en fin de carrière vont doubler d'ici 2015 pour l'ensemble du domaine professionnel (tableau 36).

Tableau 36. Le nombre de postes à pourvoir en 2015

Le nombre de postes à pourvoir en 2015
(source, DARES 2007)

<i>en milliers</i>				
emploi 2015	créations nettes d'emploi 2005-2015	départs de l'emploi 2005-2015	postes à pourvoir entre 2005 et 2015	variation des départs de l'emploi de 2005 à 2015 par rapport à ceux de 1995 à 2005
aides soignants	617	149	109	258
infirmiers, sages femmes	531	78	123	201
médecins et assimilés*	297	-7	74	66

* vétérinaires, chirurgiens-dentistes, pharmaciens

3.2 L'évolution des métiers

317. La DHOS a publié en 2006 une étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière. Cinq facteurs d'évolution ont été explorés :

- **L'évolution quantitative et qualitative de la demande de soins** : les évolutions démographiques seront marquées par l'augmentation des personnes âgées malades à un âge de plus en plus avancé. On devrait en outre assister à une évolution de la demande des usagers, y compris chez ces patients âgés, avec une exigence de qualité plus grande que la génération précédente. Les patients souhaitent être davantage acteurs de leur propre santé, être mieux informés et associés aux décisions les concernant. La participation au fonctionnement des établissements, via les associations et représentants de patients, est croissante. Parallèlement, les problématiques sociales et médico-sociales se posent aux établissements. Ces différentes évolutions ont des retentissements sur l'évolution des métiers : fonction accueil et information du patient, besoins nouveaux en coordination, prévention, médiation et conciliation.
- **L'évolution du contexte de l'offre de soins des hôpitaux publics** : la volonté de mieux coordonner les différents offreurs de soins, dans le soin à proprement parler comme dans la prise en charge médico-sociale, la nécessité d'améliorer l'efficacité globale et de dégager des marges de manœuvre internes (optimisation des coûts de l'activité de soins, de la facturation, des achats...), la mise en place des pôles au sein des établissements sont autant d'éléments qui caractérisent l'hôpital. L'évolution technologique induit une centralisation des plateaux techniques, même si le développement des outils de télémédecine pourrait permettre de favoriser les coopérations entre les professionnels.

318. Ces évolutions peuvent avoir les impacts suivants sur l'organisation et les ressources humaines : évolution des modes et lieux d'exercice (coopérations, mutualisation de compétences), émergence d'un besoin de soignant référent et coordonnateur (« case manager »), plus grande mobilité professionnelle, adaptation du contenu des formations initiales, besoins en compétence en management (management du changement, pilotage de projet...), rapprochement entre contrôle de gestion et traitement de l'information médicale.

- ***L'évolution de l'offre de soins au niveau de la prise en charge du patient et des pratiques de soins*** : la DHOS note qu'il n'est pas attendu d'évolution qualitative majeure des pratiques ; les pathologies en augmentation (pathologies liées au vieillissement, polyopathologies, cancers, maladies mentales et comportementales...) concernent cependant des pathologies peu attractives et il pourrait se poser un problème d'affectation des personnels. En revanche, les métiers de soignants sont confrontés à plusieurs évolutions qui modifieront les pratiques professionnelles :
 - Les départs massifs à la retraite ne seront pas aisément remplacés dans les régions, établissements et spécialités les moins attractives ;
 - Le développement accru des techniques conduit à une hypertechnicisation qui peut être difficilement compatible avec les besoins de polyvalence et ne favorise pas la mobilité ;
 - La réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement ont conduit à développer la certification, l'évaluation des pratiques professionnelles, la protocolisation des pratiques ;
 - La prise en charge soignante du patient se doit d'être globale, coordonnée ;
 - Les pratiques de prévention et l'éducation thérapeutique vont se développer ;
 - On devrait enfin assister à une évolution de la gestion du dossier patient.

319. Ces nombreuses évolutions devraient avoir les impacts suivants sur l'organisation et les ressources humaines : développement des coopérations inter-professionnelles, émergence de soignants spécialisés en prévention et éducation, de soignants référents et coordonnateurs, mise en œuvre de parcours professionnels facilitant la mobilité (développement notamment de la VAE : valorisation des acquis de l'expérience), adaptation de la formation initiale et continue.

- ***L'évolution de l'organisation des établissements et des moyens mis en œuvre*** : une nouvelle organisation des instances internes des établissements se met en place avec la mise en place de pôles d'activité et la contractualisation interne. La fonction managériale est de plus en plus un élément clé, et notamment la fonction Ressources Humaines. Une adaptation des dispositifs de gestion des ressources humaines et de formation sera nécessaire.

320. Les services techniques et informatiques vont également subir de grandes évolutions : systèmes d'information intégrés, développement d'une fonction logistique transversale, développement des systèmes d'information dédiés aux fonctions de gestion, etc. Le renforcement des compétences en informatique et logistique, le management de l'information (production, stockage, échanges, traçabilité) seront incontournables.

- Et en toile de fonds, ***l'évolution du dispositif de formation professionnelle*** va conditionner l'adaptation nécessaire des ressources humaines induite par les évolutions précédentes. La mise

en place du LMD pour la fonction soignante modifiera notamment le système de formation initiale. A noter que la formation sanitaire et médico-sociale a été régionalisée.

3.3 Les mesures de politique de santé

321. Suite à la rédaction de nombreux rapports sur cette question de la démographie médicale, a été mis en place en 2003 l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), présidé par le Pr Berland, qui assure les missions suivantes :

- Il rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professions de santé ;
- Il fournit un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et l'évolution de leurs métiers.

322. C'est depuis cette date, somme toute très récente, qu'on peut dire que les pouvoirs publics se sont dotés d'une véritable politique prévisionnelle des ressources humaines dans le domaine de la santé. Auparavant, la gestion plus ou moins serrée du numerus clausus et des quotas en écoles paramédicales tenait lieu de politique de ressources humaines.

323. Cet observatoire travaille notamment sur les questions suivantes :

- La délégation de compétences et de coopération entre professionnels de santé,
- L'évolution des métiers, notamment dans les disciplines chirurgicales,
- Le suivi des internes en médecine.

324. A ce jour, outre les rapports annuels qui ont été largement utilisés dans ce document, ont été publiés des résultats préliminaires d'évaluation sur des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. Un premier rapport sur 5 expérimentations a ainsi été rédigé en juin 2006, et une seconde vague de 11 expérimentations est en cours d'évaluation. Si la faisabilité de telles délégations de tâches est dans la plupart des cas démontrée, il reste que pour le moment, ces pistes n'offrent pas de solution significative au problème quantitatif que la France va connaître.

325. Les expérimentations évaluées sont les suivantes, en reprenant les catégories proposées par la Haute Autorité de Santé :

- a) Des projets centrés sur la réalisation d'un **acte technique** et n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical, avec par exemple :
 - 1 projet en échographie ;
 - 1 projet en échocardiographie ;
 - 1 projet sur l'exploration fonctionnelle digestive ;
 - 1 projet en radiothérapie.

D'une certaine manière, ces projets prolongent le « modèle » de la radiologie conventionnelle selon lequel la prise de l'image peut être aisément déconnectée de son interprétation.

Dans ce cadre, une expérimentation a porté aussi sur la collaboration entre ophtalmologiste et orthoptiste en cabinet de ville. Assez curieusement toutefois, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu une délégation de tâches aux opticiens directement pour le renouvellement d'ordonnance d'optique.

b) Des projets portant sur la prise en charge de patients atteints de cancer ou de **maladies chroniques**. Ils portent sur un segment de prise en charge qui peut inclure des décisions diagnostiques ou thérapeutiques avec l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre (prescription d'examen complémentaires ou décision thérapeutique). Trois projets concernent la cancérologie (chimiothérapie, neurologie, pathologie prostatique) et trois autres des maladies chroniques (insuffisance rénale, hépatite C, diabète de type 2), avec un fort volet d'éducation thérapeutique et d'information.

c) Des projets axés sur la **prévention et le dépistage** : entretien pré-don de sang, rôle de l'infirmière de santé publique en cabinet de ville.

326. Selon l'ONDPS (2006)¹⁹, trois principaux problèmes caractérisent actuellement la médecine :

- Un problème de renouvellement de la médecine générale : taux élevé de postes restés vacants aux ECN²⁰, orientation de plus en plus fréquente vers des modes d'exercice particulier, attrait pour l'exercice salarié. L'ONDPS observe que « *l'exercice libéral est une modalité d'exercice peu connue des jeunes médecins, et leur formation ne les y prépare pas* ». Il conviendrait, de ce point de vue, de favoriser une meilleure connaissance de la médecine générale en deuxième cycle des études médicales ;
- Un problème probable de renouvellement des médecins exerçant en secteur libéral, les projections « toutes choses égales par ailleurs » laissant supposer une baisse de 17 % des effectifs dans ce secteur d'ici à 2025 (tandis que cette baisse serait de l'ordre de 10 % pour l'ensemble des médecins et de 8 % dans le secteur salarié non hospitalier) ;
- Une fragilisation de certaines spécialités (notamment la psychiatrie, l'oncologie radiothérapique et la stomatologie).

Suite le plus souvent aux travaux de cet observatoire, des mesures ont été prises ces dernières années.

327. Comme évoqué précédemment, les inquiétudes ne concernent pas tant le nombre des médecins dans les 15 prochaines années qui, toutes choses égales par ailleurs, devrait être équivalent en densité à celui observé en 1986, mais plutôt leur répartition sur le territoire, déjà inégale, en particulier pour les médecins libéraux dont l'installation demeure libre (pour une analyse de ce point, [voir par exemple Ulmann (2003), Barnay, Ulmann (2005) et Barnay, Hartmann et Ulmann (2007)]. Le problème est particulièrement sensible s'agissant des médecins généralistes qui constituent l'essentiel de l'offre de soins de premier recours, quant il ne s'agit pas de l'unique recours dans certaines zones géographiques peu peuplées.

19. Observatoire National des Professions de Santé, 2006, Rapport 2005.

20. Même si ce taux doit être tempéré par le fait qu'en termes de préférence des étudiants, la médecine générale arrive globalement en 5ème position (cf. § 2.1.1).

328. Afin de remédier aux inégalités géographiques de l'offre de soins médicaux, certaines mesures ont été suivies d'effet à travers les dispositions adoptées en janvier 2006 par les pouvoirs publics. Certaines visent notamment à soutenir les médecins qui exercent dans des zones sous-médicalisées, par le biais d'aides conventionnelles (majorations d'honoraires, aides à l'exercice regroupé et aides au remplacement), d'aides financées par les collectivités locales (mise à disposition d'équipements ou primes, en contrepartie desquelles les professionnels sont engagés pour trois ans minimum dans le lieu d'exercice, ou encore aides à l'installation pour les étudiants pour lesquelles l'engagement est d'au moins 5 ans). Des aides fiscales sont également conçues pour les médecins exerçant en zones sous médicalisées, prenant la forme d'une exonération plafonnée de l'imposition sur le revenu des astreintes. Par ailleurs, des moyens d'information destinés aux étudiants en médecine sont mobilisés, à la fois pour clarifier les dispositifs d'aide auprès des intéressés et pour faciliter les formalités administratives, voire leur offrir des services de conseil relatifs au démarrage de leur activité. Au delà de l'aspect financier, des incitations à l'exercice regroupé comme la création du statut de collaborateur devraient se multiplier.

329. A noter que la définition même de ces « déserts médicaux » fait débat. Selon qu'on évoque les zones déjà dépourvues en médecins ou les zones risquant de l'être à brève échéance, selon les critères de densité et de taille des zones utilisés, les diagnostics diffèrent. Des définitions ont été testées pour finalement laisser aux Missions régionales de santé (associant les ARH et les URCAM) le soin de définir dans leur région les zones devant faire l'objet d'une attention particulière. Le Ministère de la Santé a publié récemment sur son site la carte des communes en zones de faible densité médicale. Les critères principaux retenus *in fine* sont les suivants : densité médicale inférieure de 30 % et activité médicale par professionnels supérieure de 30 % à la moyenne nationale. Les Missions régionales de santé ont pu adapter ces critères en tenant compte par exemple de l'âge moyen de la population. Ainsi définies, ces zones prioritaires concernent 1 600 médecins généralistes (3 %) répartis sur 4 500 communes pour une population de 2,4 millions d'habitants (4 %).

330. Toutefois, une revue récente de la littérature relatant les expériences internationales (Bourguet, Mousquès *et al.*, 2006) relativise l'efficacité des mesures d'incitations financières visant à l'installation des médecins dans des zones déficitaires, certains pays les ayant même abandonnées (c'est le cas du Royaume-Uni). En France, les facteurs d'attractivité de certaines régions, analysés par le CNOM en 2002 et 2003, conduisent à des constats similaires. Le rapport sur la démographie médicale française de 2003 présentait notamment les résultats d'une étude qualitative sur le choix du lieu d'installation et ses déterminants pour les médecins nouvellement inscrits entre 1998 et 2002. D'après ces résultats, le choix du canton d'installation dépend davantage des conditions de vie et du niveau d'équipement (distance d'accès aux services, école...), du contexte démographique (croissance démographique) et socio-économique (chômage, revenu...) que de raisons purement financières (le revenu espéré par le médecin) ; les médecins exerçant dans les cantons moins attractifs ont de fait des honoraires supérieurs aux autres.

331. De même, selon l'ONDPS (2004), l'attractivité de certaines régions dépend aussi de la mise à disposition de ressources humaines et technologiques plus importantes. Par la suite, l'ONDPS (2006) a souligné le rôle crucial de l'amélioration des conditions de vie et des outils d'aménagement du territoire pour « attirer plus qu'inciter » les médecins, c'est-à-dire finalement modifier les conditions du marché du travail afin de rendre les médecins plus mobiles. S'il semble évidemment souhaitable d'améliorer les conditions de travail des médecins, on peut s'interroger sur les moyens d'y parvenir. Aussi une alternative consisterait plus simplement à remettre en cause la liberté d'installation des médecins, au moins dans certaines conditions, comme cela est déjà le cas dans de nombreux pays d'Europe²¹.

332. Cette voie ne semble toutefois pas être encore envisagée en France pour pallier ces inégalités géographiques d'accès aux soins, comme en témoignent les récentes mesures prises dans ce domaine par

21. Voir par exemple Hartmann *et al.* (2006b).

les pouvoirs publics qui se limitent aux incitations financières (avenant n°20 de la convention médicale négociée début 2007 et visant à octroyer 20 % de primes aux médecins exerçant en zone déficitaire). En revanche, ces questions touchant la démographie médicale à moyen terme ont récemment débouché sur le principe d'une redistribution des tâches entre professionnels de santé : délégations de tâches, coopérations (cf. ci-dessus).

333. Par ailleurs, face aux difficultés rencontrées en médecine générale, la recherche d'une revalorisation du métier est lancée, avec :

- Création d'une filière universitaire de médecine générale, avec nomination annoncée des premiers postes en 2007 ;
- Revalorisation progressive du tarif de consultation au niveau du tarif de la consultation de spécialiste (23 euros), cette politique se heurtant toutefois à la nécessaire recherche de maîtrise des dépenses de soins de ville ;
- Mesures pour faire connaître la médecine générale aux étudiants en médecine en généralisant le stage de deuxième cycle auprès des médecins généralistes, mais l'ONDPS note qu'un an après l'arrêté du 23 novembre 2006, « moins de 10 % des étudiants de quatrième et cinquième année ont pu suivre ce stage ».

3.4 La question du recours à des professionnels de nationalité étrangère

334. Il faut souligner néanmoins, malgré tous ces constats, que les pouvoirs publics, à travers les études et rapports officiels, n'envisagent pas de recourir particulièrement à des personnels d'autres pays, mais évoquent plutôt un panel de possibilités liées à l'organisation du système de soins français pour passer le cap difficile :

- Évolution du numerus clausus pour les étudiants en médecine et des quotas en écoles paramédicales,
- Mobilité professionnelle et décloisonnement (avec notamment une étude prospective des facteurs d'évolution et les travaux réalisés par l'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière)
- Gestion des âges (deuxième carrière),
- Coopération entre établissements, restructurations hospitalières,
- Ré-ingénierie des diplômes paramédicaux qui se traduit par :
 - La révision et l'actualisation de la formation des professions paramédicales.
 - La mise en place du dispositif de validation des acquis de l'expérience.
 - Et pour gérer les disparités géographiques, recherche de mécanismes incitatifs à l'installation dans les zones « désertifiées ».

335. A ce jour, cependant, il n'apparaît pas que ces réponses soient à la hauteur des difficultés attendues. De fait, il faut souligner à nouveau que si globalement, la baisse anticipée du nombre de professionnels de santé dans les prochaines années ne fait que ramener les densités à celles observées à la

fin des années 80, il existe un très lourd problème de répartition, entre régions et entre disciplines, et ce aussi bien en secteur libéral qu'en secteur hospitalier. Les mesures incitatives décidées depuis 2 ans n'ont pas encore donné leurs fruits, et risquent de ne pas réorienter un nombre suffisant de professionnels vers les zones en difficulté. Des mesures plus coercitives et la définition d'une véritable carte sanitaire médicale (sur le modèle des pharmacies d'officine) ne sont cependant pas à l'ordre du jour devant les pressions des syndicats de médecins comme des syndicats d'étudiants en médecine, qui y voient potentiellement une atteinte aux principes mêmes de l'exercice libéral.

336. Dans ce contexte, quelle peut être la place du recours à des professionnels étrangers ? Nous avons vu les difficultés posées aux professionnels à diplôme hors UE pour leur intégration professionnelle.

337. Dans le cas des médecins notamment, ces difficultés que rencontrent les diplômés à l'étranger pour exercer la médecine en France sont même étonnantes alors même que certains établissements n'auraient pas pu fonctionner sans ces personnels. Il y a une discordance entre l'intérêt immédiat pour faire fonctionner une offre de soins très diffuse sur le territoire, qui voudrait que soient intégrés rapidement ces médecins étrangers, et des questions de principe (qualité de la formation initiale mise en cause, volonté de ne pas mettre en place de système trop attractif pour les professionnels étrangers) qui freinent ce premier mouvement. Pour ces raisons, il n'est pas attendu pour les années à venir d'afflux massifs vers la France de médecins diplômés hors UE.

338. L'argumentaire de l'Ordre des Médecins donne à cet égard une bonne illustration de la position « officielle » face à cette question des médecins à diplôme extra européen ; nous résumons ici la position affichée par le Conseil national :

- Ces médecins ont contribué à pallier l'insuffisance numérique en médecins hospitaliers français, situation liée, soit à un recrutement inadéquat, soit au fait que les services hospitaliers ou les établissements ne sont pas attractifs. Ces médecins à diplôme étranger ont ainsi participé à la demande de soins de la population, notamment dans les centres de proximité. Il convient de signaler qu'en 2000, le 1er concours de Praticien Hospitalier a été ouvert à 2 485 places pour 3 330 candidats. Sur 1 974 reçus, 872 étaient des P.A.C.
- Il ne faut pas ignorer également qu'une cohorte non négligeable de ces médecins est faite de sujets français (de souche ou par naturalisation), représentant 44 % des P.A.C. et 27 % des médecins autorisés au plein exercice. Ce sont néanmoins des médecins qui ont contourné la rigueur du numerus clausus, parfois même après avoir échoué au concours de PCEM1.
- Pour l'avenir, l'Ordre n'est cependant pas favorable à la pérennisation de ces recrutements, et ce, pour les motifs suivants :
 - Il est difficile d'évaluer les facultés étrangères, les études et les diplômes qu'elles accordent et la situation ne paraît pas comparable à celle des universités européennes. L'objectif premier doit demeurer la qualité des soins.
 - Une cohérence politique dans le recrutement des médecins devant exercer en France est indispensable. Comparée à l'ouverture importante à des ressortissants diplômés hors de France, la rigueur du numerus clausus à laquelle est soumis le contingent des étudiants est excessive.
 - Même si ces médecins sont actuellement un ajout indispensable à l'offre de soins en France, au regard de l'éthique, il apparaît anormal que notre pays contribue à priver les nations concernées de leur élite, leurs hôpitaux et leur population de leurs médecins, et qu'au plan

économique, l'université française vive ainsi aux dépens des facultés de médecine étrangères. Seuls les médecins réfugiés politiques authentiques et dont la compétence est reconnue devraient pouvoir bénéficier d'une autorisation exceptionnelle.

- Bien que recrutés à titre temporaire, ces médecins seront probablement à peu près tous maintenus en fonction comme le permettent les règlements. Ils seront appelés aussi à prendre leur retraite le moment venu ; ils sont certes compris dans les départs dénombrés dans la démographie générale. Mais il paraît souhaitable que leur remplacement entre dans la voie commune qu'est le concours d'entrée en médecine en fin de PCEM1 et que la voie parallèle soit ainsi interrompue.

CONCLUSION

339. Au total, la politique de santé du gouvernement français n'est pas particulièrement en faveur d'un recours organisé à la main d'œuvre étrangère, qu'elle soit européenne ou hors UE. Au sein de l'UE, le principe de libre circulation des personnes est bien sûr pleinement appliqué, mais sans mesures particulières en faveur d'un appel volontariste de professionnels européens (ce qui serait d'ailleurs contestable ; il serait malvenu de transformer le principe de libre circulation en principe « d'aspiration »).

340. De fait, le Ministère de la Santé se refuse à tout « pillage » de ressources humaines. C'est dans cette optique que les pouvoirs publics ont souhaité interdire depuis 1999 en France tout nouveau recrutement de médecins appartenant à des Etats tiers et non reconnus par l'Union européenne tout en organisant, parallèlement, pour les praticiens à diplôme étranger déjà en exercice, des procédures d'autorisation d'exercer touchant plusieurs milliers de professionnels à diplôme étranger, maintenant reconnus au même titre que les professionnels communautaires ayant effectué un cursus européen.

341. Du reste, un tel appel massif à des professionnels étrangers ne serait pas justifié en l'absence de pénurie objective de médecins comme d'infirmières en France. Il existe par contre d'importants problèmes de répartition entre régions, entre secteurs d'exercice, entre spécialités. Mais ces difficultés de répartition appellent des réponses internes à l'organisation du système de santé français.

342. A noter d'ailleurs que dans le cadre de la nouvelle politique d'immigration, visant à orienter l'ouverture de l'espace professionnel national en fonction des besoins nationaux, la liste des 150 métiers ouverts aux ressortissants des nouveaux états membres ainsi que la liste des 30 métiers ouverts aux ressortissants des pays tiers (circulaire IMIN0700011C, 20 décembre 2007) ne font pas ressortir le secteur de la santé ; seuls les aides soignants sont considérés pour les ressortissants des nouveaux états membres.

343. Il y a toutefois deux exceptions que nous avons vues, mais qui sont davantage le fait d'initiatives d'établissements que d'initiatives gouvernementales :

- L'appel à des médecins ressortissants de la communauté européenne dans les zones frontalières : médecins belges au Nord de la France, infirmières dans l'est de la France...
- La mise en place d'une filière organisée pour faire venir des infirmières espagnoles dans des établissements de santé français en 2002-2004, cette opération n'ayant pas cependant été prolongée faute de demandes suffisantes !

344. Il faut observer dans l'ensemble que pour ce qui est des infirmières ou autres personnels paramédicaux dans les établissements de santé, le taux de personnels de nationalité étrangère est faible, très inférieur au taux de personnes de nationalité étrangère dans la population française.

345. Il n'en est pas de même des médecins de nationalité étrangère présents dans les hôpitaux (et dans une moindre mesure en secteur libéral) à des taux significatifs, qu'ils aient fait l'objet ou non de la reconnaissance de leur diplôme.

346. Le cas des médecins à diplôme étranger hors UE est bien sûr le plus emblématique de cette question : leur présence massive dans les établissements publics a accompagné la diminution drastique du

nombre d'internes suite à la baisse du *numerus clausus*²². Ce recours aux médecins étrangers aurait ainsi permis, selon certains observateurs, de compenser le manque d'internes. Il reste que l'initiative en revenait aux établissements, le gouvernement opposant plutôt un certain nombre de freins, réglementaires et financiers, posant des problèmes humains difficiles, relevés d'ailleurs par la HALDE.

347. Les pouvoirs publics en France ne voient donc pas dans l'arrivée de professionnels étrangers la solution aux problèmes de démographie médicale et paramédicale, même si elle a pu constituer un choix implicite depuis plusieurs années pour maintenir des effectifs suffisants dans le secteur hospitalier. Certains pensent que l'extension de l'Union Européenne aux pays de l'Est est susceptible d'ouvrir l'entrée d'un nombre non négligeable de médecins ressortissants de ces pays. Ce n'est qu'une hypothèse, et jusqu'à maintenant, les études démontrent que les flux migratoires de médecins entre les pays d'Europe restent faibles. En particulier, il a été évoqué que l'entrée de la Roumanie dans l'UE pourrait permettre d'engager un flux nouveau, qui pourrait être significatif au regard de la culture francophone plus développée dans ce pays ; mais il ne pourra s'agir en tout état de cause que de choix individuels, pas d'une politique active en ce sens.

22. Ainsi que la disparition des FFI d'avant la réforme du 3ème cycle des études médicales, correspondant pour l'essentiel aux étudiants de 3ème cycle n'ayant pas passé l'internat.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Audric, S. (2004), « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et Résultats*, n°314, DREES, juin.
- Barnay, T., L. Hartmann et P. Ulmann (2007), "Les nouveaux enjeux de la médecine de ville en France", *Revue Française des Affaires Sociales*, à paraître.
- Barnay, T. and P. Ulmann (2005), "La médecine de ville : vers de nouvelles règles ?", *Cahiers Français*, Ed. La Documentation française, n°320, février.
- Berland, Y. (2002), Mission « Démographie des professions de santé », Rapport au Ministère de la santé, décembre.
- Berland, Y. (2003), Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport au Ministère de la Santé, octobre.
- Berland, Y. (2005), Commission démographie médicale, Rapport auprès du Ministre de la santé et de la Protection sociale.
- Bessière, S., P. Breuil-Genier and S. Darriné (2004a), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Etudes et résultats* n°352.
- Bessière, S., P. Breuil-Genier, S. Darriné (2004b), « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Etudes et résultats* n°353.
- Billaut, A. (2006), « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », DREES, *Etudes et résultats* n°474, Mars.
- Bourgueil, Y., J. Mousques et A. Tajahmadi (2006), « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », Rapport n° 1635 - Juin 2006 - 70 pages.
- CERC (1989), "Constat de l'évolution récente de revenus en France (1985-1988)", n°93, La Documentation Française, 2^{ème} trimestre.
- CERC (1989), "Les Français et leurs revenus : le tournant des années 1980", n°94, La Documentation Française, 3^{ème} trimestre.
- Clerc, D. (2002), "Les vrais revenus du travail", Alternatives économiques.
- CNAMTS (2001), "Une semaine d'activité des généralistes libéraux", Point Stat, n°33, juin.
- CNAMTS (2002), "Le secteur libéral de professions de santé en 2001", Point Stat, n°34, juillet.

- Conseil National de l'Ordre des Médecins, CREDES (2001), *La démographie médicale française au 1^{er} janvier 2001*, novembre 2001.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (2005), *La démographie médicale française au 1^{er} janvier 2005*, septembre 2005.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (2006), *La démographie médicale française au 1^{er} janvier 2006*, septembre 2006.
- CSERC (1996), "Inégalités d'emploi et de revenu – Les années quatre-vingt-dix", Deuxième rapport annuel du CSERC, La documentation française.
- CSERC (1996), "Les inégalités de l'emploi et de revenus – Mise en perspective et nouveaux défis", rapport du 9 novembre 1995, Ed. La découverte.
- CSERC (1998), "Durées du travail et emplois - Les 35 heures, le temps partiel, l'aménagement du temps de travail", La documentation française.
- DARES (2007), Centre d'analyse stratégique, Les métiers en 2015, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », Olivier Chardon, Marc-Antoine Estrade, janvier 2007.
- DARES-DREES (2002), "Les rémunérations dans les établissements de santé privés", Série Études, Document de travail, juillet.
- DHOS (2006), Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière : Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines, 2006.
- DHOS (2007), Fiche d'information relative à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), 21 février 2007.
- DHOS (2005), L. Haeusler et V. Bizet, Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2003, Etablissements publics de santé, novembre 2005.
- DHOS (2006), L'hospitalisation et l'organisation des soins en France, Enjeux et perspectives, Données statistiques, octobre 2006.
- DREES (1999), "Le revenu libéral des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes de 1991 à 1997", Série Études et Résultats, n°26, août.
- DREES (1999), "Le revenu libéral moyen des médecins varie en 1997, de 300 000 à 900 000 francs selon la spécialité", Série Études et Résultats, n°3, janvier.
- DREES (1999), "Les écarts de revenu entre les médecins salariés à l'hôpital", Série Études et Résultats, n°28, août.
- DREES (1999), "Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1^{er} janvier 1999", Série Études et Résultats, n°44, décembre.
- DREES (2000), "L'évolution du revenu libéral des médecins en 1998", Série Études et Résultats, n°89, novembre.

- DREES (2001), “Le temps de travail des médecins : l’impact des évolutions sociodémographiques”, Série Études et Résultats, n°114, mai.
- DREES (2001), “Les disparités de revenus et de charges de médecins libéraux”, Série Études et Résultats, n°146, novembre.
- DREES (2001), “Les masseurs-kinésithérapeutes dans les régions : offre de soins, revenus et caractéristiques des populations”, Série Études et Résultats, n°110, avril.
- DREES (2001), “Les médecins – Estimations de 1984 à 2000 – Séries longues”, Série Statistiques, Document de travail, n°22, juillet.
- DREES (2001), “Les professions de santé : éléments d’informations statistiques”, Série Études, Document de travail, n°9, janvier.
- DREES (2002), “L’évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999”, Série Études et Résultats, n°157, février.
- DREES (2002), “La démographie médicale à l’horizon 2020”, Série Études et Résultats, n°161, mars.
- DREES (2004), Sabine Bessière, Pascale Breuil-Génier, Serge Darriné, Etudes et Résultats, La démographie médicale à l’horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, n°352, novembre 2004.
- DREES (2004), Sabine Bessière, Pascale Breuil-Génier, Serge Darriné, Etudes et Résultats, La démographie médicale à l’horizon 2025 : une régionalisation des projections, n°353, novembre 2004.
- DREES (2005), Daniel Sicart, Série Statistiques, Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2005, n°88, octobre 2005.
- DREES (2006), Daniel Sicart, Série Statistiques, Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2006, n°103 - octobre 2006.
- DREES (2006), Daniel Sicart, Série Statistiques, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006, n°97, mai 2006.
- DREES (2006), Dossiers Solidarité et Santé, Les professions de santé et leurs pratiques, n°1, janvier - mars 2006.
- DREES (2006), Anne Billaut, Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », Série Etudes et résultats n°474, mars 2006.
- DREES (2006), Etudes et Résultats, Les cessations d’activité des médecins, n°484, avril 2006.
- DREES (2006), Rémy Marquier, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, n°55, janvier 2006.
- DREES (2006), Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Yann Faure, Le choix d’une vie... Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l’issue des épreuves classantes nationales 2005, Série Etudes, n°66, décembre 2006.
- DREES (2006), “Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004”, Série Études et Résultats, n°457, janvier.

- DREES (2007), Daniel Sicart, Série Statistiques, Les professions de santé au 1er janvier 2007, n°108, mars 2007.
- DREES (2007), “Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005”, Série Études et Résultats, n°562, mars.
- DREES (2007), Mélanie Vanderschelden, Les affectations des étudiants en médecine à l’issue des épreuves classantes nationales en 2006, Série Etudes et résultats n°571, avril 2007.
- DREES (2007), Mélanie Vanderschelden, Les affectations des étudiants en médecine à l’issue des épreuves classantes nationales en 2007, Série Etudes et résultats n°616, décembre 2007.
- FEACVT (2002), “Temps et travail : la durée du travail”, Fondation Européenne pour l’amélioration des conditions de vie et de travail.
- Hartmann, L., P. Ulmann, L. Rochaix (2006a), « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe : comparaison des modes d’organisation et d’incitation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède », Revue française des affaires sociales, n°2-3, septembre, pp.91-119.
- Hartmann, L., P. Ulmann, L. Rochaix (2006b), « L’accès aux soins de premier recours en Europe – Eléments de présentation », Revue française des affaires sociales, n°2-3, septembre, pp.121-139.
- IGAS (Inspection générale des affaires sociales) (2002), Rapport sur la gestion des praticiens hospitaliers, n°2002.143, décembre 2002, Charles de Batz, Françoise Lalande et Gérard Laurand.
- IGAS (2003), Rapport sur le développement des pratiques d’emplois médicaux temporaires, Georges Costargent et Gildas Le Coz, n° 2003.094, juillet 2003.
- INSEE (1999), “Données sociales 1999”.
- INSEE (2001), “Les salaires agents de l’État en 2000”, Collection INSEE Première, n°818, décembre.
- INSEE (2001), “Les salaires dans les entreprises en 1999”, Collection INSEE Première, n°778, mai.
- IRDES, Agnès Couffignal et al. Statuts et caractéristiques des médecins diplômés hors de France, Questions d’économie de la santé, n° 45, décembre 2001
- Legendre, N., (2006), “Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004”, Série *Études et résultats*, n°457, DREES, janvier.
- Ministère de l’emploi et de la solidarité, DATAR, CREDES (2000), *Quel système de santé à l’horizon 2020 ?*, La Documentation Française, Octobre 2000.
- Ministère de l’emploi et de la solidarité, Direction Générale de la Santé (2001), *Perspectives de la démographie médicale*, Juin 2001.
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées (2002), *Rapport Berland sur la démographie des professions de santé*, Décembre 2002.
- Ministère de la Santé (2006), L’hospitalisation et l’organisation des soins en France, enjeux et perspectives - données statistiques, octobre 2006.

Niel, X. et A. Vilain (2001), « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », *Études et Résultats*, n°114, DREES, mai.

ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (2006), *Rapport annuel 2005*, La documentation française, 3 Tomes, 582 p.

ONDPS (2004), *Rapport 2004*, La Documentation Française, novembre, 4 tomes.

Rapport de la Cour des Comptes (2006), *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006.

Rapport de la Mission "Démographie médicale hospitalière" présenté par Pr. Yvon Berland, septembre 2006.

SESI (1994), « Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants », SESI, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, la documentation française, 1994.

Sicart, D. (2006), « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Dossiers solidarité et santé* n° 1, DREES, PP. 7-22.

Ulmann, P. (2003), "La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ?" In *La crise des Professions de Santé*, ouvrage collectif sous la direction de Jean de Kervasdoué, Dunod, mai.

Ulmann, P. (2003), "La France va-t-elle manquer de médecins ?", *Regards sur l'actualité*, Ed. La Documentation française, n°288, février, p. 27-36.

ABRÉVIATIONS

AFS : Attestation de formation spécialisée
 AFSA : Attestation de formation spécialisée approfondie
 AHU : Assistant hospitalier universitaire
 ALD : Affection de longue durée
 ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
 AS : Aide-soignante
 AUFEMO : Administration Universitaire Francophone et européenne en médecine et odontologie
 CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
 CCA : Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
 CERC : Centre d'étude des revenus et des coûts
 CET : Compte épargne temps
 CH : Centre hospitalier
 CHS : Centre hospitalier spécialisé
 CHU : Centre hospitalier et universitaire
 CLCC : Centre de lutte contre le cancer
 CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
 CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
 CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
 CSCT : Certificat de synthèse clinique et thérapeutique
 DADS : Déclaration annuelle des données sociales
 DARES : Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques, Ministère du Travail
 DCEM : Deuxième cycle des Études Médicales
 DES : Diplôme d'Études Spécialisées
 DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
 DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
 DIS : Diplôme Interuniversitaire de Spécialisation
 DIU : Diplôme Interuniversitaire
 DOM : Département d'outremer
 DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme d'Université

EFS : Etablissement français du sang

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ECN : Epreuves classantes nationales

ETP : Equivalent temps plein

FEHAP : Fédération des établissements d'hébergement et d'assistance privés à but non lucratif

FFI : Faisant fonction d'interne

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FNCLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

HALDE : Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

IDE : Infirmière diplômée d'état

IDF : Ile de France

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MCU-PH : Maître de conférence des universités-praticien hospitalier

MICA : Mécanisme d'Incitation à la cessation d'Activité

NPA : Nouvelle procédure d'autorisation d'exercice

OMI : Office de migrations internationales

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PAC : Praticien adjoint contractuel

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PADHUE : Praticiens ayant un diplôme hors Union Européenne

PAE : Procédure d'autorisation d'exercice

PCEM : Premier cycle des Études Médicales

PH : Praticien hospitalier

PHU : Praticien hospitalier universitaire

PUPH : Professeur des universités-praticien hospitalier

PSPH : Participant au service public hospitalier

RTT : Réduction du temps de travail

SAE : Statistique annuelle des établissements

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

UE : Union européenne

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance complémentaire

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

DOCUMENTS DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ DE L'OCDE

Les numéros les plus récents sont :

- No. 35 *NURSE WORKFORCE CHALLENGES IN THE UNITED STATES: IMPLICATIONS FOR POLICY* (2008) Linda H. Aiken and Robyn Cheung
- No. 34 *MISMATCHES IN THE FORMAL SECTOR, EXPANSION OF THE INFORMAL SECTOR: IMMIGRATION OF HEALTH PROFESSIONALS TO ITALY* (2008) Jonathan Chaloff
- No. 33 *HEALTH WORKFORCE AND INTERNATIONAL MIGRATION: CAN NEW ZEALAND COMPETE?* (2008) Pascal Zurn and Jean-Christophe Dumont
- No. 32 *THE PREVENTION OF LIFESTYLE-RELATED CHRONIC DISEASES: AN ECONOMIC FRAMEWORK* (2008) Franco Sassi and Jeremy Hurst
- No. 31 *PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES IN SLOVAKIA* (2008) Zoltán Kaló, Elizabeth Docteur and Pierre Moïse
- No. 30 *IMPROVED HEALTH SYSTEM PERFORMANCE THROUGH BETTER CARE COORDINATION* (2007) Maria M. Hofmarcher, Howard Oxley and Elena Rusticelli
- No. 29 *HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT 2006 DATA COLLECTION UPDATE REPORT* (2007) Sandra Garcia-Armesto, Maria Luisa Gil Lapetra, Lihan Wei, Edward Kelley and the Members of the HCQI Expert Group
- No. 28 *PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES IN SWEDEN* (2007) Pierre Moïse and Elizabeth Docteur
- No. 27 *PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES IN SWITZERLAND* (2007) Valérie Paris and Elizabeth Docteur
- No. 26 *TRENDS IN SEVERE DISABILITY AMONG ELDERLY PEOPLE: ASSESSING THE EVIDENCE IN 12 OECD COUNTRIES AND THE FUTURE IMPLICATIONS* (2007) Gaetan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members
- No. 25 *PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES IN MEXICO* (2007) Pierre Moïse and Elizabeth Docteur
- No. 24 *PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES IN CANADA* (2006) Valérie Paris and Elizabeth Docteur
- No. 23 *HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT, CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER* (2006) Edward Kelley and Jeremy Hurst
- No. 22 *HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT, INITIAL INDICATORS REPORT* (2006) Soeren Mattke, Edward Kelley, Peter Scherer, Jeremy Hurst, Maria Luisa Gil Lapetra and the HCQI Expert Group Members
- No. 21 *THE SUPPLY OF PHYSICIANS IN OECD COUNTRIES* (2006) Steven Simeons and Jeremy Hurst

- No. 20 *CONSUMER DIRECTION AND CHOICE IN LONG-TERM CARE FOR OLDER PERSONS, INCLUDING PAYMENTS FOR INFORMAL CARE: HOW CAN IT HELP IMPROVE CARE OUTCOMES, EMPLOYMENT AND FISCAL SUSTAINABILITY?* (2005) Jens Lundsgaard
- No. 19 *TACKLING NURSE SHORTAGES IN OECD COUNTRIES* (2004) Steven Simoens, Mike Villeneuve and Jeremy Hurst
- No. 18 *PRIVATE HEALTH INSURANCE IN THE NETHERLANDS. A CASE STUDY* (2004) Nicole Tapay and Francesca Colombo
- No. 17 *SKILL-MIX AND POLICY CHANGE IN THE HEALTH WORKFORCE: NURSES IN ADVANCED ROLES* (2004) James Buchan and Lynn Calman
- No. 16 *SHA-BASED NATIONAL HEALTH ACCOUNTS IN THIRTEEN OECD COUNTRIES: A COMPARATIVE ANALYSIS* (2004) Eva Orosz and David Morgan
- No. 15 *PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES: THE BENEFITS AND COSTS FOR INDIVIDUALS AND HEALTH SYSTEMS* (2004) Francesca Colombo and Nicole Tapay
- No. 14 *INCOME-RELATED INEQUALITY IN THE USE OF MEDICAL CARE IN 21 OECD COUNTRIES* (2004) Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria and the OECD Health Equity Research Group
- No. 13 *DEMENTIA CARE IN 9 OECD COUNTRIES: A COMPARATIVE ANALYSIS* (2004) Pierre Moise, Michael Schwarzingler, Myung-Yong Um and the Dementia Experts' Group
- No. 12 *PRIVATE HEALTH INSURANCE IN FRANCE* (2004) Thomas C. Buchmueller and Agnes Couffinhal
- No. 11 *THE SLOVAK HEALTH INSURANCE SYSTEM AND THE POTENTIAL ROLE FOR PRIVATE HEALTH INSURANCE: POLICY CHALLENGES* (2004) Francesca Colombo and Nicole Tapay
- No. 10 *PRIVATE HEALTH INSURANCE IN IRELAND. A CASE STUDY* (2004) Francesca Colombo and Nicole Tapay
- No. 9 *HEALTH CARE SYSTEMS: LESSONS FROM THE REFORM EXPERIENCE* (2003) Elizabeth Docteur and Howard Oxley

Les documents de travail récents sont disponibles sur le site internet de l'OCDE : www.oecd.org/els/health/workingpapers

RECENTES PUBLICATIONS DE L'OCDE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ :

PHARMACEUTICAL PRICING POLICIES IN A GLOBAL MARKET (2008)

OECD HEALTH DATA 2008 (2008), available in English, French, German, Italian and Spanish on CD-ROM (Windows XP/Vista); Online version features these languages

HEALTH AT A GLANCE: OECD INDICATORS 2007 (2007).

See www.oecd.org/health/healthataglance for more information

OECD REVIEWS OF HEALTH SYSTEMS - SWITZERLAND (2006)

LONG-TERM CARE FOR OLDER PEOPLE (2005), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

HEALTH TECHNOLOGIES AND DECISION MAKING (2005), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - FINLAND (2005)

OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - MEXICO (2005)

PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS - POLICY STUDIES (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS (2004), *OECD HEALTH PROJECT SERIES*

OECD REVIEWS OF HEALTH CARE SYSTEMS - KOREA (2003)

A DISEASE-BASED COMPARISON OF HEALTH SYSTEMS: WHAT IS BEST AND AT WHAT COST? (2003)

MEASURING UP: IMPROVING HEALTH SYSTEMS PERFORMANCE IN OECD COUNTRIES (2002)

A SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS (2000)

Pour une liste complète, veuillez consulter le site internet de la librairie de l'OCDE : www.oecd.org