

Répartition géographique des médecins

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du pays. Un manque de médecins dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients et être à l'origine de besoins en soins de santé insatisfaits. La répartition inégale des médecins est un problème important auquel sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE, en particulier ceux comptant des régions isolées et à faible densité de population ou des zones urbaines défavorisées.

Le nombre moyen de médecins par habitant varie d'un pays à l'autre, allant de 2 pour 1 000 habitants au Chili, en Turquie et en Corée, à 5 et plus en Grèce et en Autriche (voir l'indicateur « Médecins » au chapitre 5). Le nombre de médecins par habitant varie aussi fortement au sein des différentes régions d'un même pays (graphique 7.9). Le nombre plus important de médecins dans les capitales est une caractéristique que l'on retrouve dans de nombreux pays. Par exemple, l'Autriche, la Belgique, les États-Unis, la Grèce, le Mexique, le Portugal, la République slovaque et la République tchèque affichent une concentration de médecins bien supérieure dans la région de la capitale nationale.

La densité des médecins est toujours plus forte dans les régions urbaines, en raison de la concentration de services spécialisés comme la chirurgie et de la préférence des médecins d'exercer en milieu urbain. Il existe de grandes différences de densité des médecins entre les régions principalement urbaines et les régions rurales en France, en Australie et au Canada, même si la définition des zones urbaines et rurales varie selon les pays. La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales est plus uniforme au Japon et en Corée, mais le nombre de médecins est généralement inférieur dans ces deux pays (graphique 7.10).

Les médecins sont peu enclins à exercer dans les zones rurales pour diverses raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, opportunités de carrière, absence de contact avec les pairs) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et opportunités professionnelles pour leurs conjoints).

Plusieurs leviers politiques sont susceptibles d'influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment : 1) proposer des incitations financières aux médecins qui s'installent dans les zones mal desservies, 2) augmenter les inscriptions dans les écoles de médecine d'étudiants issus de zones géographiques ou de milieux sociaux ciblés, ou en délocalisant ces écoles, 3) réglementer le choix du lieu d'installation des médecins (pour tous les nouveaux médecins ou les médecins formés à l'étranger) et 4) réorganiser les prestations des services de santé afin d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies et de proposer de nouveaux moyens pour améliorer l'accès aux soins.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, différents types d'incitations financières ont été proposées aux médecins afin de les attirer et de les retenir dans les zones mal desservies, notamment des subventions à versement unique pour les aider à s'installer et des versements réguliers comme des garanties de revenu ou des primes (Ono et al., 2014).

En France, le ministère de la Santé a lancé en 2012 un « Pacte territoire santé » afin de promouvoir le recrutement et la rétention de médecins et d'autres travailleurs de santé dans des régions mal desservies. Ce Pacte comprend une série de mesures visant à faciliter l'installation de jeunes médecins dans des zones mal desservies, à améliorer leurs conditions de travail (notamment en créant de nouvelles maisons médicales pluridisciplinaires permettant aux médecins et aux autres professionnels de santé de travailler dans un même lieu), à promouvoir la télémédecine et à accélérer le transfert de compétences des médecins à d'autres prestataires de soins de santé (ministère de la Santé, 2015). Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions définitives du rapport coût-efficacité des différentes mesures, les premiers résultats de ce programme semblent prometteurs.

L'Allemagne limite le nombre d'autorisations d'exercice pour les nouveaux médecins de soins ambulatoires au niveau de chaque région, en fonction d'un quota national.

L'efficacité et les coûts des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins peuvent considérablement varier, les résultats dépendant principalement des spécificités de chaque système de santé, des caractéristiques géographiques de chaque pays, des comportements des médecins et de la conception des politiques et des programmes. Pour obtenir des résultats significatifs et durables, les mesures doivent être bien adaptées au groupe cible et à ses intérêts (Ono et al., 2014).

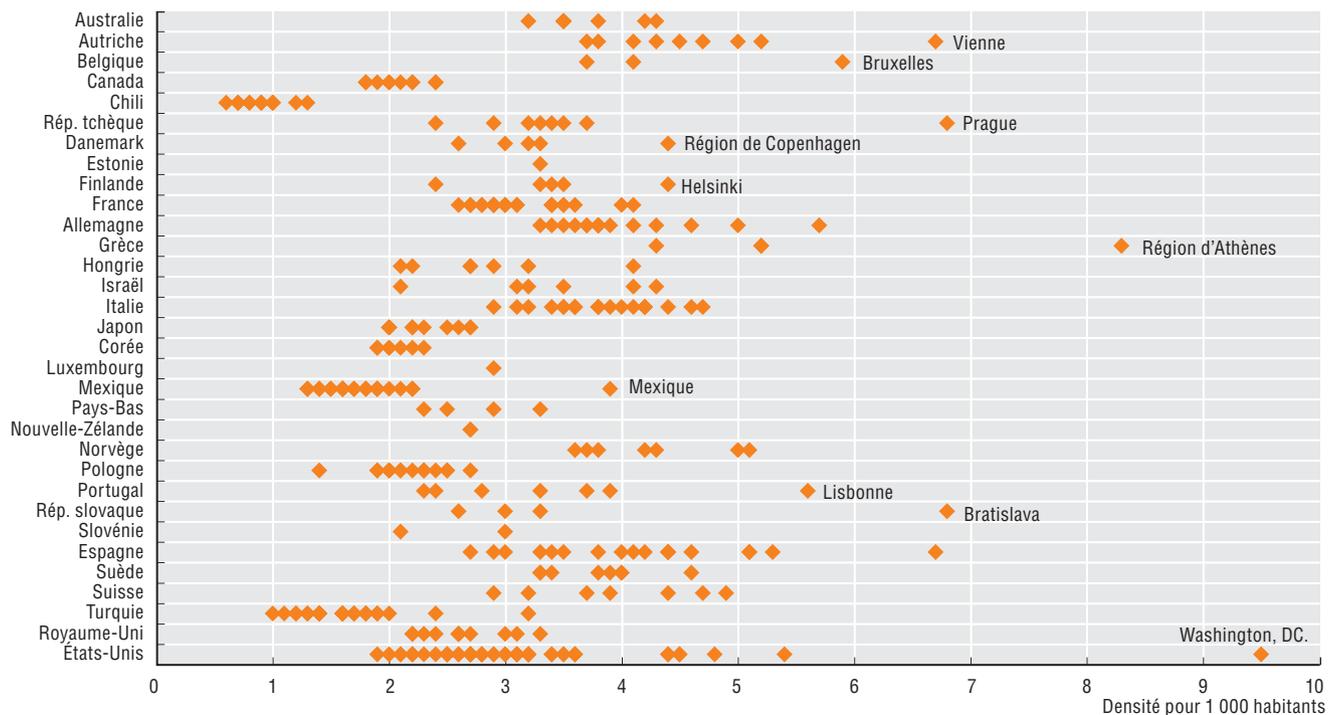
Définition et comparabilité

Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent contenir un mélange de populations urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur englobe les plus petites régions classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales, même s'il existe des différences entre les pays en termes de classification des zones urbaines et rurales.

Références

- Ministère de la Santé (2015), *Le Pacte territoire santé*, disponible sur : www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html.
- Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *OECD Health Working Papers*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

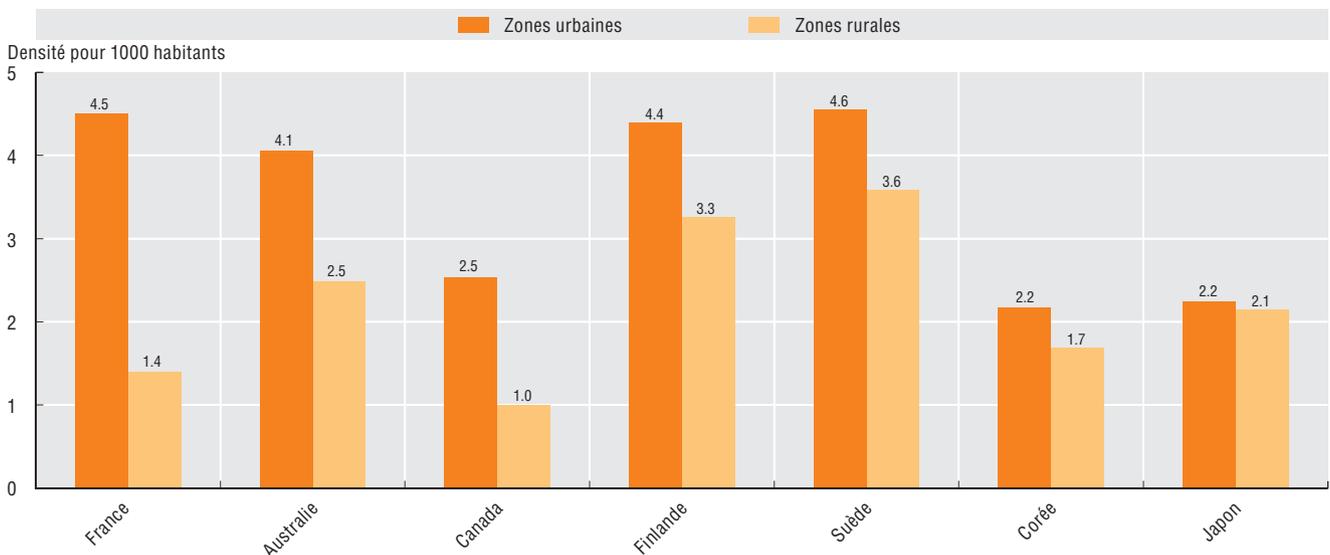
7.9. Densité de médecins, par région de niveau territorial 2, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Panorama des régions de l'OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282019>

7.10. Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 7 pays OCDE, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La classification des zones urbaines et rurales varie selon les pays.

Source : Australie : AIHW National Health Workforce Data Set (NHWDS) 2013 ; Canada : Base de données médicales Scott's, 2013, Institut canadien d'information sur la santé ; France : RPPS médecins au 1^{er} janvier 2015 ; Autre : Panorama des régions de l'OCDE 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282019>

Informations sur les données concernant Israël : <http://oe.cd/israel-disclaimer>



Extrait de :
Health at a Glance 2015
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Répartition géographique des médecins », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-42-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.