



Conseil économique, social  
et environnemental régional

**Rapport préparé par M. Olivier AYNAUD**

**AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE**

**ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**- 21 octobre 2010 -  
Territorialité et offre de soins -  
Approche prospective des besoins en  
professionnels de santé dans  
l'aménagement du territoire  
de l'Ile-de-France  
• M Olivier AYNAUD**

## Territorialité et offre de soins

### Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France

<b>I. L'état des lieux</b> .....	<b>7</b>
A. Les changements et les nouveaux besoins .....	<b>8</b>
1. L'évolution démographique et la répartition de la population sur le territoire .....	9
2. Les sphères d'activités et les territoires .....	12
3. L'évolution de la proximité en Ile-de-France : mobilité et accessibilité .....	13
a) Qu'est ce qui favorise la mobilité ? .....	13
b) Qu'est ce que la notion d'accessibilité ? .....	14
4. Les changements sociaux et les inégalités .....	16
5. Le changement dans la structure d'âge .....	18
6. Un cadre administratif territorial : les bassins de santé (SROS III) .....	20
B. L'offre globale de soins en IdF .....	<b>22</b>
1. Les inégalités des répartitions .....	22
2. Le manque d'attractivité de certaines spécialités .....	25
3. Les caractéristiques générales du recours aux soins de ville en Ile-de-France .....	26
4. Le secteur des professions libérales de santé .....	28
C. Les médecins : tendance générale et Ile-de-France .....	<b>29</b>
1. Regard global sur le corps médicale francilien .....	31
2. Le mode d'activité professionnelle .....	33
3. La féminisation .....	34
4. Le vieillissement du corps médical .....	35
5. La sociologie des jeunes médecins .....	36
6. La transformation de la relation du médecin à son travail .....	38
7. Les caractéristiques des médecins en Ile-de-France : évolution 2001 - 2009 .....	40
D. L'analyse de l'évolution des professions de santé (hors médecins)	

en Ile-de-France 2001 - 2009 .....	45
1. Les chirurgiens-dentistes en IdF .....	45
2. Les pharmaciens en IdF, les pharmacies en IdF .....	48
3. Les sages femmes en IdF .....	50
4. Les infirmier(e)s en IdF .....	52
5. Les masseurs-kinésithérapeutes en IdF .....	56
6. Les orthophonistes en IdF .....	59
7. Les orthoptistes en IdF .....	61
8. Les pédicures-podologues en IdF .....	63
E. L'analyse de l'évolution des secteurs d'activité des professions de santé.....	66
F. Les caractéristiques des professions libérales de santé en Ile-de-France.....	67
a) Les omnipraticiens libéraux : le médecin de famille .....	67
b) Les médecins libéraux spécialistes en IdF .....	71
c) Les infirmier(e)s libérales en IdF .....	73
d) Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux en IdF .....	75
e) Les orthophonistes libéraux IdF .....	76
f) Les orthoptistes libéraux en IdF .....	78
g) Les pédicures podologues libéraux en IdF .....	79
h) Les sages femmes libérales en IdF .....	80
i) Les chirurgiens dentistes libéraux en IdF .....	80
G. Le secteur dans la santé dans l'économie francilienne .....	82
H. Les établissements hospitaliers .....	84
I. Le secteur de la santé au travail .....	89
J. Le secteur de la santé scolaire.....	90
K. Les centres de santé .....	90
L. La formation médicale, paramédicale et sanitaire .....	92
1. La formation médicale .....	92
2. La formation infirmière.....	94
3. La formation des autres métiers de la santé .....	100
M. Les initiatives pro-actives des professionnels libéraux.....	101
<b>II. Les mesures de soutien et d'incitation .....</b>	<b>109</b>
<b>III. L'Agence régionale de santé (ARS) .....</b>	<b>114</b>
<b>IV. Les propositions.....</b>	<b>115</b>

Après 1945, une approche keynésienne tablant sur l'efficacité économique des politiques sociales va permettre aux pays européens de développer deux systèmes de prise en charge de la santé. Les uns vont étendre à tous l'assurance maladie financée par la cotisation sociale (Allemagne, Autriche, France) qui assure le développement d'une offre de soins publics et privés, garantissant la liberté de choix du médecin par le patient et le statut de la médecine libérale. Les autres vont mettre en place un système national de santé assurant un accès quasiment gratuit aux soins, financé par l'impôt, reposant sur la limitation de la liberté de choix du médecin et du patient (Grande-Bretagne et Pays Nordiques). L'ensemble de ces systèmes nationaux de santé doit garantir généralement une grande équité d'accès aux soins à l'ensemble de la population.

Depuis plusieurs années, les observateurs élaborent des prévisions sérieuses sur les métiers de la santé sans pouvoir les résoudre. On semble passer d'un sureffectif de médecins corrigé par un *numerus clausus*, qui s'impose comme dans aucune autre discipline universitaire, à la crainte de la pénurie dans certaines spécialités. On contrôle le recrutement des infirmières pour déplorer ensuite leur trop faible nombre pour recourir à des compétences immigrées. Il ne s'agit pourtant que de prévisions et pas encore de prospectives.

**Il est donc indispensable de dégager des diagnostics et des propositions dans le cadre d'un projet de santé,<sup>▼</sup> qui doivent s'inscrire à la fois dans une prospective des métiers de la santé et dans l'évaluation des besoins de santé territoriaux et, non pas, comme c'est trop souvent le cas, sur le seul niveau de l'offre de soins.**

Aujourd'hui, la question se pose des nouveaux modèles d'organisation de soins en regard de **la démographie des professions de santé. C'est un enjeu qui concerne les collectivités territoriales, locales et les professions de santé, au travers de l'aménagement du territoire, et prenant en compte les besoins de santé des populations.** Les transformations sociologiques des professions de santé conduisent à définir ou à identifier un territoire pertinent pour une offre de soins de proximité, en privilégiant les soins primaires.

Ce territoire pertinent est dépendant de plusieurs critères : à la fois sanitaires mais aussi de critères liés à la distance, le temps, le flux et le découpage administratif. Ce territoire doit être accepté par les élus, les usagers et les professions de santé pour un meilleur aménagement du territoire.

La notion de soins primaires est de plus en plus prégnante dans les discours et les modèles proposés. Ce sont des soins de premier recours qui doivent être accessibles, permanents, continus et en lien entre les secteurs de santé. **Ils impliquent jusqu'à présent des médecins généralistes/spécialistes et les para-médicaux, en particulier des infirmier(e)s, points pivots d'une dynamique de soins. Cette**

---

▼ Santé de la cadre définit par la Charte d'Ottawa : éducation pour la santé, prévention, soins curatifs

**notion de soins primaires s'opère dans le cadre d'un champ sanitaire de proximité, et non pas seulement d'une médecine de proximité.**

Ainsi, l'objectif de la prospective des professions de santé dans la territorialisation de la santé doit traduire la prise en considération de la réalité des territoires, de leur diversité, de la réduction des inégalités entre eux, en appréciant les besoins locaux à partir de critères partagés par tous (évolutions démographiques, projections de la population générale, aménagements du territoire, évolution de la morbidité / mortalité, évolutions de l'activité professionnelle et des mouvements des populations en fonction du cycle de vie). La réalisation de diagnostics locaux doit aussi être organisée en une concertation authentique avec les professionnels du domaine considéré afin de prendre en compte la diversité des territoires et de leurs caractéristiques socio-économiques ainsi que le degré de cohérence, mesuré au plus près du terrain, de l'intervention des divers services de santé.

L'Ile-de-France a évolué tant au niveau démographique, social, économique, urbanistique, qu'en termes de mode de vie de ses habitants. **Des inégalités spatiales et sociales trouent son tissu, se développent et mettent à mal sa cohésion sociale.** Et donc la Région, les Départements, doivent anticiper les mutations tant en terme de santé par une meilleure connaissance des disparités et une inacceptation des inégalités. Mais l'uniformité dans l'application d'une politique de champ sanitaire ne garantit pas l'égalité de traitement, surtout si elle ne porte pas remède à certaines inégalités structurelles, ce qui implique la nécessité d'identifier les besoins locaux et de susciter des réponses adaptées. **Ainsi le SDRIF, le CPER, le Schéma régional de formation sanitaire et sociale, doivent-ils intégrer les réalités régionales dans leurs réflexions planificatrices notamment pour ce qui touche les professions de santé sur le territoire de l'Ile-de-France.**

L'Ile-de-France doit anticiper ces mutations, d'autant que la question des professionnels de santé en Ile-de-France se dessine avec une certaine particularité. L'ensemble du territoire national connaît des difficultés prévisibles et ce, compte tenu de la pyramide démographique et d'une classe d'âge de seniors en progression mais surtout un faible taux de renouvellement apparaît dans certains secteurs professionnels.

L'ensemble des structures de santé, publiques ou privés, ne peut fonctionner qu'avec des professionnels de santé formés qui choisissent leur mode d'exercice professionnel, libéral, salarié ou mixte à la sortie de leurs études. **Le renouvellement des professionnels de santé en activité dépend à la fois de la capacité de former des professionnels dans la région, de l'attrait du territoire concerné pour y exercer son métier, l'attractivité du secteur professionnel.**

Pour l'exercice libéral, il convient de tenir compte des nouvelles aspirations des jeunes professionnels de santé qui souhaitent se diriger vers une pratique plus collective et plus organisée, gage d'un meilleur équilibre entre une vie professionnelle et familiale. De plus, la question de la transmission de

*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

l'activité professionnelle à un jeune doit être analysée dans une prospective démographique. Car cette "transmission entrepreneuriale" répond à toutes les obligations juridiques, sociales et fiscales, d'une entreprise non commerciale dans un environnement sociétal et urbanistique donné.

Ces attentes doivent être conciliées avec une éventuelle augmentation et modification de la demande sanitaire. Le contexte général du vieillissement de la population, de l'allongement de la durée de vie, de l'émergence des pathologies chroniques invalidantes, corrélés à la nécessité de soutien à domicile des patients, induit des besoins et un recours à des prises en charge plus importants.

**Les travaux en cours sur l'aménagement du territoire doivent permettre d'anticiper la mutation de ce secteur professionnel pour favoriser l'égalité sociale et territoriale par rapport au champ sanitaire. Nous ne pouvons pas imaginer des territoires sans réelle présence médicale ou paramédicale, sans permanence des soins, sans une certaine proximité des services liés à la santé.**

Notre étude devrait anticiper et répondre aux mutations le plus en amont possible. Face à ces enjeux, il s'agit de prendre conscience des conséquences et des évolutions de l'activité et du statut des professionnels de santé et regarder les leviers d'actions possibles afin de maintenir et améliorer l'offre sanitaire sur le territoire.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), adoptée le 24 juin 2009, consacre la logique régionale et territoriale (bassin de vie) pour les questions de santé. Elle met en correspondance une réforme de l'hôpital et le souci de l'accès aux soins de ville, dans un objectif de santé publique. La démarche vise une modernisation globale du système de santé sous le pilotage d'Agences régionales de santé (Etat et assurance maladie) qui joueront un rôle de répartition des ressources et d'évaluation des performances, dans une démarche qualité. Prévention, permanence des soins ambulatoires et hospitaliers, transparence des acteurs, offre médico sociale, coordination des territoires sont quelques uns des axes de réflexion.

**La prospective de la démographie des professions de santé ne peut s'analyser et s'évaluer sans la concertation avec les acteurs régionaux de l'aménagement du territoire, et donc reposer sur l'évaluation des besoins médicaux et/ou sanitaires (vieillesse, mobilité, état de santé de la population) et non pas sur le seul niveau de l'offre de soins (ce niveau étant modifié par les événements de la vie, les changements de statut socio-économiques, etc).**

Etudier la territorialité et l'offre de soins pour une approche prospective des professionnels de santé (dans l'aménagement du territoire francilien) devraient nous amener à :

1. Analyser le développement territorial autant dans son cadre urbain que rural (foncier, notion d'accessibilité, de proximité...),
2. Connaître la population au niveau micro-territorial (mobilité, état sanitaire, équité...), ainsi que les attentes des professionnels de santé en fonction des évolutions sociétales,

3. Déterminer un bassin de santé ou un territoire de santé<sup>1</sup>
  - une zone franche urbaine (ZFU) ou zone urbaine sensible (Iris),
  - un pôle hospitalier public/privé, une intercommunalité,
  - une zone de population à faible mobilité...
4. Evaluer un territoire de santé pertinent au niveau micro-démographique afin d'identifier des zones géographiques
  - ayant un risque d'absence de transmission d'une activité libérale de santé
  - souffrant d'un déficit en offre de soins
  - risquant de connaître des difficultés importantes dans un avenir proche
  - évoluant vers un déficit de certaines spécialités dans des quartiers
5. Evaluer les structures de santé dites "de premier recours" au sein d'un territoire
  - accès à une consultation pour un bilan de santé, pour des soins, pour des investigations complémentaires, pour des actes de rééducations...
  - accès à une structure d'accueil d'urgence, de permanence de soins,
  - construire des projets pluridisciplinaires publics/privés pour les prises en charge à la fois médicales et médico-sociales.
6. Analyser les diverses mesures fiscales et sociales pour créer, pérenniser ou faciliter la transmission des entreprises libérales de santé au sein d'un territoire,
7. Soutenir des projets de développement local afin de favoriser un accès aux professionnels de santé dans les territoires déficitaires,
8. Informer, former, impliquer les jeunes aux métiers de la santé, et leurs apporter tous les soutiens nécessaires pour développer un projet sur un territoire.

La capacité d'affiner le zonage territorial au plus près des réalités des besoins des patients, afin de favoriser l'installation de professionnel de santé où de pérenniser l'existant, devrait être étudiée par une coopération entre la Région, les Conseils Généraux et l'agence régionale de santé (ARS), mais aussi avec les professionnels libéraux qui sont des TPE de santé au service de l'humain, accomplissant des missions au service du public. Le zonage ne peut pas être homogène et doit s'analyser au regard de l'exigence d'équité afin de mettre en relief les potentialités et les besoins de chaque territoire. Ce

---

<sup>1</sup> La loi a introduit en France la notion de bassin de santé : « *les zones sanitaires (...) sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé* » (art. L. 712-2 du Code de la santé publique). Pour autant, il n'y a pas de décret d'application définissant la notion de bassin de santé.

Dans l'ordonnance du 04/09/2003 et dans la circulaire du 05/03/2004 sur le schéma régional d'organisation des soins (SROS), le Ministre de la santé demande aux régions de réfléchir sur la définition des territoires.

diagnostic local proposerait des mesures différenciées d'une zone à l'autre, en fonction des caractéristiques observées. **L'objectif n'étant pas de couvrir l'ensemble du territoire francilien mais de désigner les zones qui doivent faire l'objet d'un soutien particulier destiné à éviter un risque de déséquilibre sanitaire. Sans oublier que le secteur de la santé constituant une source de richesses dans l'économie local et étant générateur de nombreux emplois, directs et indirects, la Région devrait apporter son appui pour accompagner la création ou la reprise d'entreprise de santé participant à la dynamique économique de la région.**

## I. L'ETAT DES LIEUX

Le rapport des problématiques de la démographie des professionnels de santé (ou de leur répartition) et de l'offre sanitaire se pose dans différents pays de l'OCDE. Lorsque des pays développés sont confrontés au problème des inégalités de répartition des professionnels de santé sur un territoire, deux points ressortent des analyses.<sup>2</sup> Les questions portent sur :

- L'existence d'une pléthore ou d'une pénurie de médecins,
- Quelle est la répartition la mieux adaptée entre les spécialités pour des soins primaires ou secondaires ?
- Quelle est la répartition la mieux adaptée des activités entre les différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux ?

De plus, les études montrent que ce n'est pas tant la distinction urbain / rural qui est jugée comme pertinente mais le terme d'"*underseved*" c'est-à-dire mal desservie. Cette notion déplace **le problème sur le développement local et l'aménagement du territoire plus que sur le problème purement sanitaire.**

De plus, les outils réglementaires de la régulation montrent une efficacité discutable. Les politiques de coercition administrative à l'installation (Royaume-Uni, Allemagne, Autriche) n'ont pas permis de réguler les inégalités de répartition géographique. Par ailleurs, les incitations financières (Royaume-Uni, Québec, Australie) à l'installation ont une influence mesurée pour des coûts élevés. Ces politiques ont une influence modérée à court terme et très faible à long terme. Une autre voie est tentée par le financement des investissements (Royaume-Uni, Canada, Australie) pour l'installation ou pour favoriser le maintien de l'activité. Mais ces aides financières allouées pour des investissements (le bâti, l'équipement médical, l'informatique, la télémédecine) ont peu fait l'objet d'évaluation.

Les principaux enseignements de ces recherches internationales montrent :

---

<sup>2</sup> Y. Bourgueil et al. Comment améliorer la répartition géographique des professions de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Irdes 2006  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Île-de-France* 21/10/2010



- que l'augmentation isolée de professionnels de santé formés ne constitue pas une solution,
- que les incitations financières ont une influence modérée,
- que les mesures concernant la formation initiale ont un impact hétérogène,
- que les politiques ne visent fréquemment qu'une profession de santé et pas un cadre global,
- que les politiques ne s'inscrivent que rarement dans une logique d'aménagement du territoire.

Une décentralisation associant un co-financement risque d'accroître les inégalités de santé entre les régions riches et les régions pauvres (Espagne, Italie).

L'Ile-de-France, comme d'autres territoires français, présente en matière de santé des faiblesses territoriales :

- la proximité de professionnels de santé sur le territoire est inégale et n'est pas toujours adaptée avec les zones de besoins : l'évolution démographique, les densités urbaines, le plan local urbain, sont des vecteurs de cette distribution,
- l'espérance de vie des franciliens est inégale et présente des inégalités infra régionales : le niveau d'éducation, les catégories socioprofessionnelles et l'offre de soins sont des facteurs expliquant en partie cette inégalité. Cependant, le vecteur, offre de soins, doit être nuancé car si l'Alsace a un niveau d'offre de soins supérieur à la moyenne nationale, elle a une espérance de vie moins élevée que la moyenne nationale. A contrario, Poitou-Charente bénéficie d'une espérance de vie élevée, alors qu'elle a un équipement hospitalier moins important que la moyenne nationale.<sup>3</sup>
- l'attractivité de la Région Ile-de-France pour certains professionnels de santé ne semble pas être un vecteur positif.

L'analyse de la démographie et de la répartition de la population sur le territoire ainsi que des sphères d'activité, des mobilités et de l'accessibilité permettent d'anticiper les mutations d'un territoire afin d'adapter le secteur médical et médico-social.

### **A. Les changements et les nouveaux besoins**

La Région Ile-de-France dans l'espace régional français :

- une importante urbanisation ;
- une organisation spatiale centre – périphérie ;
- une forte densité de population ;
- une population jeune ;

---

<sup>3</sup> Drees. L'État de santé de la population en France. Rapport 2007

- une population active tertiaire et qualifiée ;
- une situation sanitaire plus favorable mais des disparités d'état de santé.

### **1. L'évolution démographique et la répartition de la population sur le territoire**

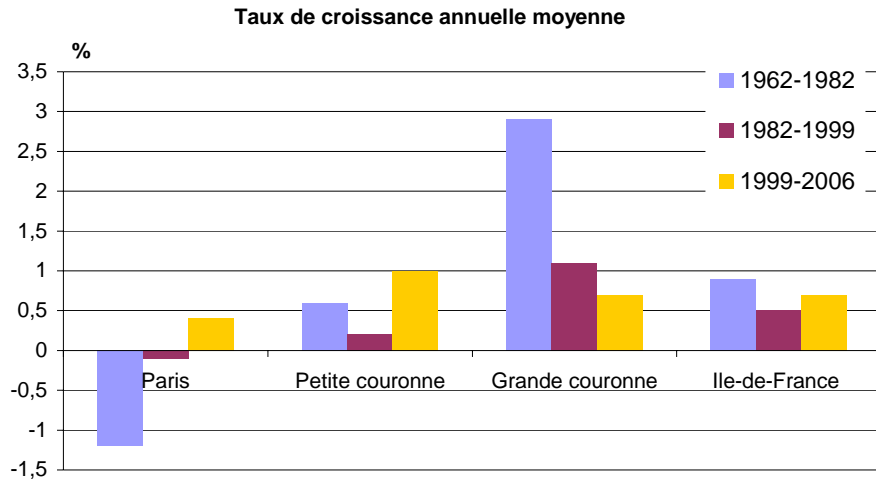
Huit franciliens sur 10 vivent dans des communes de plus de 10 000 habitants (*versus* 5 français sur 10). Cette répartition donne une population très concentrée à Paris et dans la proche banlieue. Cycle de vie des habitants, migration induite et aménagement territorial ont réparti la population francilienne sur de grandes zones caractéristiques.

- Grand centre urbain et universitaire, Paris attire une population jeune et étudiante. Après trente ans, le solde migratoire est nul : les jeunes diplômés futurs actifs quittent le centre et tentent leur chance sur d'autres pôles d'emplois. Pendant une longue période jusqu'en 1999, Paris a perdu de sa population. Cette tendance s'est aujourd'hui stabilisée, et le centre regagne des habitants.

- La petite périphérie de Paris est attractive pour les jeunes étudiants ou les actifs. Le solde migratoire est élevé après 30 ans et atteint son maximum à 60 ans. Les départs se font autour de 55 - 65 ans à l'âge de la retraite, vers la province. Entre 1999 et 2006, la petite couronne gagne des habitants, notamment dans la périphérie immédiate de Paris (Montrouge, Issy les Moulineaux, Aubervilliers, Levallois Perret, Saint Maurice, Saint Denis, Clichy, Saint Mandé, Montreuil et Suresnes). Puis, ce sont les villes de Courbevoie, Alfortville, Bondy, Bois Colombes, La Garenne Colombes, Châtillon et Cachan, qui connaissent une croissance similaire.

- La grande couronne qui a développé des zones d'emplois, se caractérise par un profil migratoire déficitaire dans les âges jeunes et dans les tranches 25 - 40 ans (installation de ménages jeunes et actifs). Après 40 ans, le solde migratoire reste positif mais faible.

Historiquement, la période de péri-urbanisation (densification et étalement des couronnes périurbaines 1962-1982), a consacré l'essor de la grande couronne (le développement des villes nouvelles) dans une logique d'extension de l'unité urbaine de Paris.

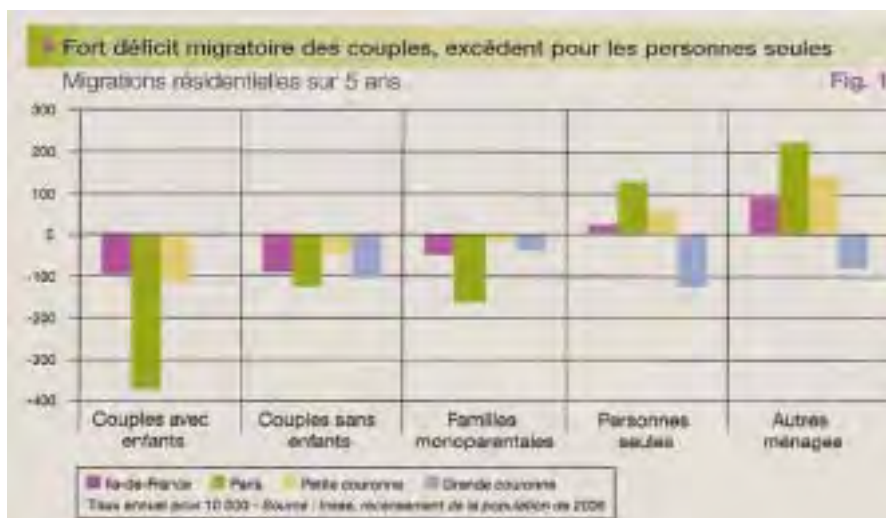


n°113 Ile-de-France, janvier 2009 (IAU)

**Récemment, la dynamique démographique de la périphérie s'est fortement ralentie, notamment pour les zones appartenant à une unité urbaine. Ce sont les petites communes périurbaines les moins denses qui sont attractives. Elles sont situées dans la partie rurale de l'Essonne et de Seine-et-Marne (Sud).**

Globalement on retrouve :

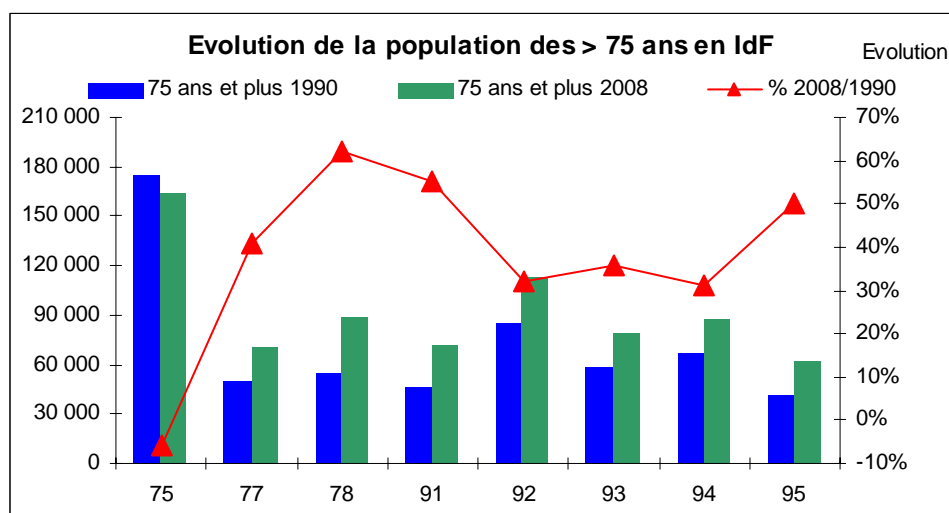
- au centre de la région, les jeunes adultes et les personnes seules. Les familles monoparentales parisiennes sont concentrées au nord, au sud et dans l'est de Paris. Cette répartition correspond à la répartition des logements sociaux.
- les ménages avec enfants s'installent dans la périphérie. Les familles les plus nombreuses sont sur-représentées en Seine-Saint-Denis et dans les villes nouvelles.
- enfin, les personnes âgées sont installées dans les environnements ruraux entre 1990 et 1999, le vieillissement est plus marqué dans la Grande Couronne.



Source IAU

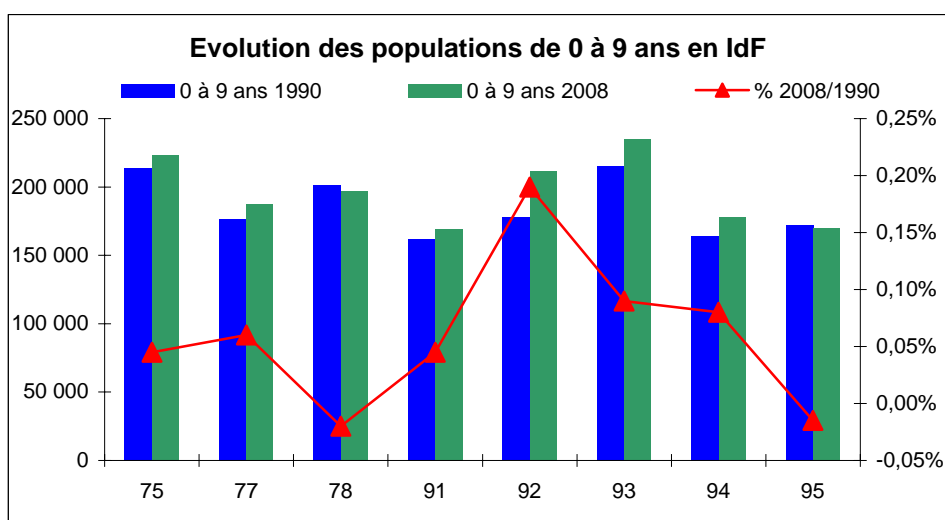
**L'analyse de l'évolution des typologies populationnelles est importante car elle permet d'adapter, de pérenniser, de développer les offres sanitaires en fonction de ces populations.**

Cette analyse permet par exemple d'évaluer les personnels soignants pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>4</sup> ou pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>5</sup> d'une population plus âgée dans certains départements franciliens. De l'analyse de l'activité des médecins libéraux ressort que les patientèles les plus âgées sont celles des cardiologues (61% de leurs clients ont plus de 60 ans), des rhumatologues (40%), des spécialistes de l'appareil digestif (37%), des neurologues (37%) et des médecins généralistes (25%). Ces observations entre une population et les professionnels de santé s'appliquent aussi pour les prises en charge ou le suivi sanitaire des jeunes enfants (PMI...). L'évolution démographique constatée conduit à une recomposition de la nature des besoins.



<sup>4</sup> EHPAD variant de 95 structures en Seine-Saint-Denis à 206 dans Paris.

<sup>5</sup> SSIAD est d'assurer, sur prescription médicale aux personnes âgées malades ou dépendante. Les prestations sont dispensées par des infirmiers libéraux, ou aides soignants diplômés d'Etat. Les prestations des SSIAD sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie sur prescription médicale dès lors que la maladie dont souffre le patient est reconnue comme une affection de longue durée (ALD), ce qui est le cas pour la maladie d'Alzheimer.



Exploitation Insee IdF

**Cette modification sociologique de la population des territoires de l’Ile-de-France entraîne des adaptations dans l’aménagement du territoire. Les services liés à la santé, qu’ils soient publics ou libéraux, doivent être adaptés et convenir à cette population mais aussi être pris en compte dans l’aménagement du territoire concerné.**

**L’évolution de la population sur un territoire est également liée aux sphères économiques, donc à la capacité de mobilité et d’accessibilité aux services proposés et notamment ceux de la santé.**

## 2. Les sphères d’activités et les territoires

Les réflexions en géo-économie découpent l’espace en plusieurs sphères d’activités. L’une d’elles : l’économie résidentielle correspond aux services à la population dès lors qu’ils ne sont pas rendus par l’une des trois fonctions publiques. La sphère résidentielle contient les services aux particuliers, **la santé, l’action sociale**, le commerce de détail, les activités financières. Les fonctions publiques regroupent **la fonction publique hospitalière**, territoriale et d’Etat.

**La santé selon qu’elle est libérale ou publique (hôpitaux) est classée à la fois dans l’économie des services résidentiels de base et dans les services résidentiels supérieurs :**

- les services "de base" aux ménages ont vocation à être présents sur tous les territoires, tel le commerce de détail, l’administration locale, etc...
- les services "supérieurs" aux ménages comprennent également la santé dispensée par les hôpitaux. La localisation est donc plus sélective.

Les services de base ont suivi les migrations des populations sur le territoire francilien. Compte tenu des déplacements individuels de plus en plus infra départementaux, de l’évolution des comportements et des variations des taux d’emploi dans les territoires, il apparaît une relation positive entre le

développement de services aux ménages et ce dernier. En d'autres termes, l'importance des services aux ménages dépend bien de la population, mais corrigée par le taux d'emploi.

**La santé résidentielle de base, privée, privilégie la logique taux d'emploi et proximité : elle doit être accessible en choisissant une implantation dans les centres denses et bien desservis, elle s'adresse à la personne, c'est-à-dire aux ménages dans leurs lieux de résidence et aux actifs sur leurs lieux de travail, et elle recherche des lieux valorisés, accueillants et dotés d'infrastructures publiques locales.**

**En regard de l'implantation des services de santé au public, l'évolution des capacités de mobilité et d'accessibilité doit également être prise en compte et analysée.**

### **3. L'évolution de la proximité en Ile-de-France : mobilité et accessibilité**

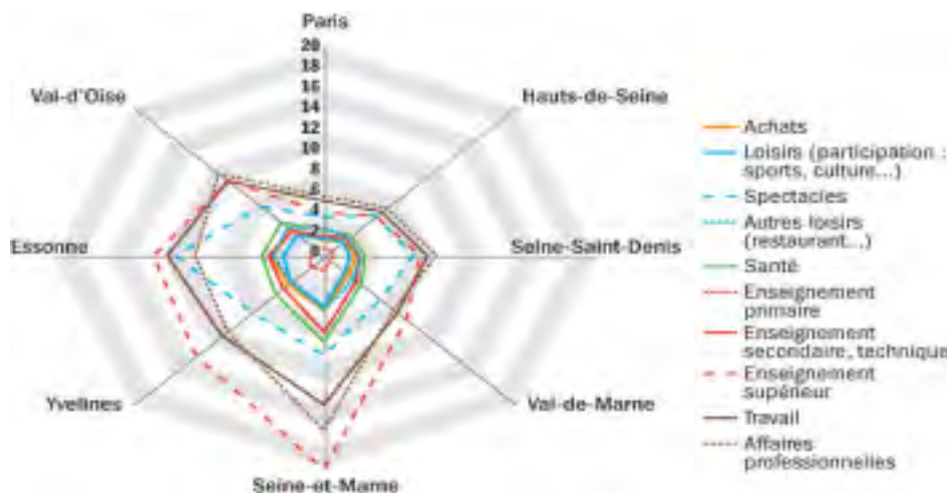
L'évolution démographique et les orientations économiques en Ile-de-France ont modifié les déplacements individuels de ses habitants. Les caractéristiques sociales (âge, sexe, catégorie socio professionnelle, ...) et les changements sociétaux, comme le développement du travail des femmes, l'entrée plus tardive dans la vie active des jeunes qui prolongent leurs études ou l'augmentation des loisirs..., expliquent ces évolutions. **Ainsi la proximité, définie comme un concept espace/temps, s'articule avec la capacité de mobilité des personnes et avec la capacité d'accessibilité donnée par les infrastructures de transports, mais aussi par le facteur social.**

#### **a) Qu'est ce qui favorise la mobilité ?**

L'enquête globale des transports (2001-2002) montre des facteurs qui, discriminants lors de la dernière enquête, ne le sont plus, par exemple : la mobilité des femmes rattrape celle des hommes. L'âge et le cycle de vie : la mobilité croît à partir de l'adolescence et atteint un pic vers 30-39 ans, de même, avant de se réduire avec le vieillissement. En 25 ans cependant, les jeunes ont vu leur mobilité décroître, en raison de leur taux d'activité plus faible. A l'autre bout de la vie, **la mobilité des seniors et des personnes de plus de 80 ans a augmenté par rapport à la génération précédente** (la motorisation et une meilleure santé expliquent cette progression). Le niveau de diplôme est un facteur de mobilité en termes de fréquence et de distance. Chez les femmes inactives c'est la présence d'enfants qui induit la fréquence des déplacements.

Enfin, l'accessibilité des moyens de transports (qu'ils soient en commun ou personnel) est un facteur de déplacements. A Paris, grâce à ses structures importantes, les déplacements pour motifs de santé se font à 43% à pieds, 37% en transport en commun sur une distance moyenne de 2,4 km. En Seine et Marne, les trajets se font plutôt en voiture 68% et à pieds 23% sur une distance moyenne de 8,2 km (graphe 1).

**Graphe 1 : La portée moyenne des déplacements en semaine selon le motif et le département (en km)**



source : in Équipements et structuration du territoire francilien : quelle méthode d'analyse ?, IAURIF, n°464, 2009

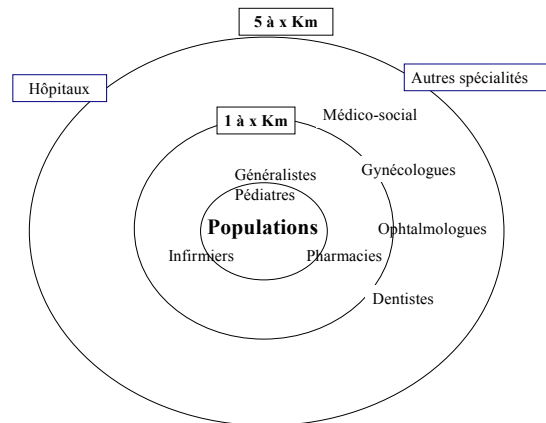
### b) Qu'est ce que la notion d'accessibilité ?

**Pour les pouvoirs publics, la santé a un haut degré de priorité** (dans les arbitrages) en terme de structuration des territoires et de gestion des déplacements. Pour des raisons d'équité et de maintien de la cohésion sociale, la santé est au cœur d'un ensemble de services qui doivent être accessibles à tous, quels que soit l'âge, la position sociale, ou le lieu de résidence (zone rurale, pôle urbain, en périphérie ou au centre).

La notion de distance physique semble devoir être prise en compte : le recours aux soins dans les centres urbains paraît être satisfaisant, alors que dans les environnements ruraux peu denses, la prise en charge médicale l'est moins. Les programmes de prévention peuvent également voir leur impact réduit en raison de la distance. On gardera à l'esprit que **la proximité n'est pas réduite à la distance** car dans les zones où la population est la plus dispersée, il est évident que le critère de distance est bien moins favorable et qu'en fonction de la mobilité des habitants, il devient variable. Outre la distance, la préoccupation d'accessibilité intègre des dimensions financières, culturelles, sociales ou temporelles. La proximité peut être autour de son lieu de travail, de son lieu de résidence, s'inscrivant dans l'espace le plus matériellement proche.

L'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) a mis en place une réflexion normative concernant la hiérarchisation des équipements. L'institut classe dans « l'hyper proximité », les services et équipements (tels que les généralistes, les pédiatres, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les opticiens lunetiers), le maintien à domicile, et dans la rubrique commerce, les pharmacies. Au même titre que les crèches, les écoles maternelles et primaires, ces services répondant à des besoins primaires, doivent se situer au niveau infra communal, à quelques minutes du domicile. La réflexion organise une hiérarchisation en fonction des rayonnements théoriques tels que :

généralistes, infirmiers = proximité = rayon 1 à x km – 5 à 20 mn.



Ainsi il est nécessaire d'évaluer avec les professionnels de santé et les (ou la) collectivités :

1. Les besoins des populations concernées
2. La hiérarchisation des équipements et des services sanitaires dans un rayon d'accès,
3. L'accessibilité à un panel d'équipements et de services,
4. La télémédecine entre les médecins et les paramédicaux,
5. Les différences d'accès à l'offre de proximité,

La probabilité d'avoir accès à toute l'offre de proximité dans un rayon de 1 km / de 5 km varie significativement en fonction de plusieurs paramètres : la densité urbaine, l'enclavement du quartier, le niveau social du quartier, la distance au centre ville, à une gare de transport en commun,... Certains géographes classent les services de proximité en distinguant les services de proximité au quotidien (les maternités, les urgences) de la proximité immédiate et de la proximité occasionnelle.<sup>6</sup> La notion de proximité ne fait pas seulement appel à la perception d'une distance liée à l'usage, mais plutôt à l'intuition de l'ensemble de relations possibles entre deux espaces.

Dans la « proximité », soit au niveau infra communal ou communal, on trouve les hôpitaux locaux et psychiatriques de moyen ou long séjour, les spécialistes de premier recours et les structures médico-sociales. Au niveau « intermédiaire », soit multi-communal à infra départemental, les petits hôpitaux de court séjour, les hôpitaux de court séjour de 300 à 600 lits seraient classés au niveau infra régional. L'implantation d'un hôpital de court séjour de plus de 600 lits et les centres de lutte contre le cancer entrerait à un niveau « régional et supra régional », couvrant l'ensemble de la région et au-delà.

<sup>6</sup> JM Benoit et al. La France à vingt minutes, la révolution de la proximité. Ed Bellin 2002



Première étape méthodologique : proposition d'une nomenclature hiérarchisée des équipements et services

	Hyper local	Proximité	Intermédiaire	Intra-régional	Régional et supra-régional
	Intra-communal Besoins primaires, quelques minutes autour du domicile	Intra-communal à communal	Multicommunal à intra-départemental	Intra-départemental à inter-départemental Faisceaux, quartiers équipements majeurs	Ensemble de la région et au-delà Équipements rares, hyper-spécialisés ou de grande notoriété*
<b>Les équipements d'un niveau supérieur desservent et satisfont les besoins des niveaux en dessous</b>					
Petite enfance	Crèches, assistantes maternelles...	Col, relais d'école maternelles			
Formation	Écoles maternelles et élémentaires	Collège	Collèges spécialisés, lycées et écoles spécialisés, IUT, STS et CPGE, CFA, Ceva...	Établissements universitaires (y compris leurs départements externes), écoles de commerce, d'art et d'architecture, de santé...	Établissements universitaires de Paris
Santé	Généralistes, pédiatres, infirmiers, MK, opticiens, kinésithérapeutes, assistants à domicile...	Hôpitaux locaux, psychiatriques, de jour et long séjour, spécialistes premier recours, structures médico-sociales	+ Petits + hôpitaux de court séjour	Hôpitaux de courts séjour de 300 à 600 lits et places	Hôpitaux de court séjour de plus de 600 lits et places, centres de lutte contre le cancer
Commerce	Épicerie, boulangerie, pharmacie, laurier	Centre commercial local, supermarché, bucheries, charcuteries, poissonneries, salons de coiffure, postes, banques, cafés-tabacs...	Centre commercial intercommunal ou inter-départemental, hypermarché...	Centre commercial régional, grand magasin, Bata...	Grands magasins parisiens
Culture et loisirs	Parcs et jardins publics	Centres culturels et socioculturels, écoles de musique, danse, bibliothèques municipales, centres de moins de 6 salles...	Écoles de musique, danse et arts chorégraphiques agréées, bibliothèques départementales, cinéma de 6 à 14 écrans...	Écoles nationales supérieures d'art, + gros + cinéma et théâtre, théâtres nationaux, BNF...	BNF, musées recevant plus de 250 000 visiteurs/art...
Sport	Cité-étades, skate park, mini-basket...	Gymnase, multi-salles, salles sportives, salles polyvalentes, courts de tennis, équipements en libre accès	Nature sportive, bowling, piste salle sport ouverte, golf club	Stadium sportif et ludique, piste sport loisir, karting, piste tennis à vitesse décalée...	Stade sport-spectacle, golf national...
<b>EPCI ; syndicats</b>			<b>+ Grande + EPCI ; CA de plus de 100 000 habitants</b>		

En rouge apparaissent des exemples d'équipements et services pouvant être pris en charge séparément par les intercommunalités hiérarchisées (EPCI). D'autres équipements de mêmes catégories peuvent demeurer à la charge des communes.  
 À noter : les plus grandes intercommunalités exercent davantage sur les échelons supérieurs de la classification.  
 \* Certains équipements de rayonnement régional, voire supra-régional, mais de fréquentation assez confidentielle (exemple le théâtre aux Châteaux à Paris) n'ont pas été classés dans le niveau 5, malgré leur site d'attraction et leur taille.

Source : Note rapide, n°464, Equipements et structuration du territoire francilien : quelle méthode d'analyse ? (IAU)

#### 4. Les changements sociaux et les inégalités

L'adéquation entre les professionnels de santé et les besoins sanitaires est liée aux changements sociaux et aux inégalités sociales de santé. Parmi ces changements, il faut noter :

- l'évolution sociologique et la demande des jeunes professionnels qui vont entrer dans une activité de santé,
- l'équilibre de l'offre de santé entre la population résidentielle et la population dans son activité économique,
- le rôle des comportements de santé à risque dans la relation entre le niveau socio-économique et la morbidité / mortalité.

Le modèle de la démographie des professions de santé est caractérisée par des contraintes dont il faut tenir compte : le vieillissement conjoint de la population générale et des professionnels de santé, la location territoriale des ressources et de besoins, l'évolution du temps de travail et de la qualité de vie et, enfin, les contraintes réglementaires.

Dans les projections, les comportements des étudiants et des professions de santé sont supposés rester stables et être identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (choix des spécialités, d'installation, cessions d'activités). On ne prend donc pas en compte les conséquences des

changements sociologiques ni l'impact des modifications de densité médicale sur les comportements sociaux, c'est pourquoi notre réflexion doit être vue comme une analyse de projections et non pas de prévisions.

**Pour assurer une cohésion sociale, il est nécessaire que l'échelle appropriée et pertinente soit le territoire de vie où l'offre de services au public est équitable et garantie.** D'autres questions sont posées : la répartition de l'offre de soins et de la qualité des soins à proximité, ainsi que la question de la bonne articulation des différents acteurs santé dans notre territoire. Mais il y a peut-être aussi, au deuxième niveau, la question plus globale de la cohésion du territoire et du développement local. De même que la dynamique territoriale passe par une évaluation des mesures d'accompagnement des pôles d'activités (soit un bouquet de mesures d'aide à la création d'entreprises) dont l'activité de la santé, notamment dans les zones de revitalisation rurale instaurées par la loi du 23 février 2005<sup>7</sup>, devrait être prise en compte.

Le poids démographique de la région reste stable, environ 18,7% depuis 40 ans, par rapport aux autres régions, avec une activité migratoire reflétant une attractivité économique mais pas d'une attractivité résidentielle. Par contre la densité démographique est disparate : 20 510 hab./km<sup>2</sup> pour Paris, 6 146 hab./km<sup>2</sup> pour la petite couronne et 424 hab./km<sup>2</sup> pour la grande couronne. A l'horizon 2030, la population francilienne pourra être comprise entre 11,4 et 12,8 millions d'habitants, soit une population stable ou en croissance de 1,4 million selon l'évolution de la fécondité.

Par ailleurs, l'appareil économique a évolué très rapidement vers le secteur tertiaire et les emplois se sont réorientés vers le développement des services, lesquels représentent selon les sources Insee entre 72% et 80% des emplois. **L'offre de service en santé doit donc être adaptée à la population résidentielle, mais elle doit aussi prendre en compte la population dans son activité économique.**

**La spatialisation des revenus et des catégories socio-professionnelles sont-ils des vecteurs dans l'offre de structure sanitaire ?**

La région ne se développe pas sans contradictions. Les inégalités se sont développées pendant ces dernières années de croissance économiques (2000-2007) que ce soit en termes de revenus entre les ménages, de répartition spatiale des catégories socioprofessionnelles, d'orientation d'économie locale, de taux d'urbanisation et d'inégalités (qualifications, santé, culture, mobilité professionnelle ou spatiale, etc...) <sup>8</sup>. Une récente étude <sup>9</sup> a le mérite de chiffrer l'impact des comportements de santé sur la mortalité. Les comportements de santé comme le tabagisme, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique rendent compte de 72% du lien entre niveau socio-économique et mortalité à long terme.

---

<sup>7</sup> Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

<sup>8</sup> Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France, CESR 2007

<sup>9</sup> Inserm U1018, Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA 2010  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

Les relations entre les critères sociaux classiques et la santé ne sont pas des relations fortement explicatives, elles peuvent même être contradictoires selon les situations. Il semble que les modèles multi-variés (contrôlant l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la santé perçue, etc...) étant pris en compte, les fluctuations du revenu, à la hausse comme à la baisse, ne modifient pas significativement les habitudes de recours aux consultations médicales.<sup>10</sup>

Ainsi, bien que les habitants des zones défavorisées<sup>11</sup> (ZUS) aient un solde d'opinion favorable sur l'aspect médical de leur quartier, alors que d'autres items (logements, emploi, réputation ou problème de drogue...) montrent une opinion très dégradée, il n'est pas sûr que l'accès physique aux soins soit suffisant.

La géographie d'une région est source de différences d'équités dans la prise en charge sanitaire, non pas sur le seul vecteur de la démographie des professionnels de santé, mais aussi avec des critères de qualités professionnelles tels que le recours insuffisant à des gestes efficaces (ex : examen de la rétine du diabétique,...).<sup>12</sup> Les auteurs concluent que la géographie influe sur le destin du patient. Une autre étude présente des résultats similaires. E. Mc Glynn a réalisé une étude dans 12 villes américaines portant sur 430 indicateurs de qualité appliqués à 30 pathologies, selon l'âge des patients. Qu'ils s'agissent de prévention, d'affections aiguës ou de maladies chroniques, les personnes examinées n'ont bénéficié de soins « recommandés » que dans 55% des cas, montrant aussi que les Américains issus des milieux sociaux aisés ne sont pas « mieux soignés » que les autres.<sup>13</sup>

**La santé dans les zones de précarité nécessite d'élargir les champs de compétences au domaine social, psychosocial ainsi qu'en éducation / prévention pour la santé. Cette dimension médico-sociale et éducative demande des professionnels formés à cette problématique travaillant de concert avec le corps médical. D'autre part le transfert de données d'explorations ou de santé entre professionnels par télémédecine est un outil permettant de pallier un déficit démographique.**

## 5. Les changements dans la structure d'âge

Aujourd'hui, près de 2 millions de franciliens sont âgés de plus de 60 ans sur les 11,5 millions d'habitants. La très grande majorité demeure à domicile, en bonne santé et autonome. Par contre, 100 000 personnes de plus de 75 ans ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne. L'entrée en retraite des baby boomers et l'augmentation de l'espérance de vie vont accentuer les besoins de santé de cette tranche d'âge.

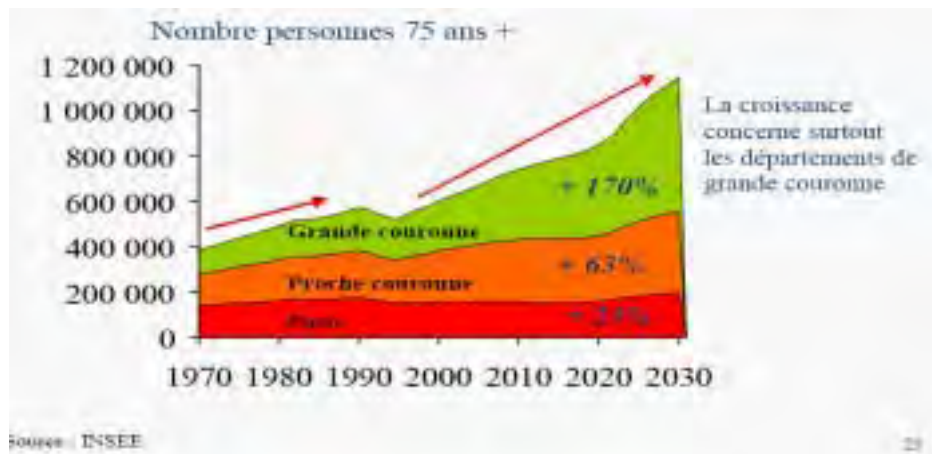
---

<sup>10</sup> Questions d'économie de la santé, n° 137, 2008 (DRESS)

<sup>11</sup> Santé, inégalités et ruptures sociales dans les ZUS d'Ile-de-France, juin 2003, INSERM-INED

<sup>12</sup> The Dartmouth Atlas of Health Care, Center for the Evaluative Clinical Science, Dartmouth Medical School 2008

<sup>13</sup> E. McGlynn. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med 2003



in Santé des franciliens : de l'observation à l'action, ORS, conférence régionale de santé 25 mars 2009

Les projections de l'Insee pour 2030 citent une progression des populations de plus de 60 ans de + 48%, les plus de 75 ans augmenteraient de + 61% et les plus de 85 ans de + 84%. Même si le vieillissement de la région est freiné par les migrations (départs des retraités et arrivées de jeunes de 20 à 34 ans), on observe déjà certaines zones où la problématique de la prise en charge des personnes âgées est apparue précocement :

- les départements de grande couronne, où les résidents ont moins la possibilité de recevoir des soins à domicile du fait de la pénurie d'infirmier(e)s libéraux et de services de soins infirmiers à domicile.
- A Paris centre et en petite couronne, le manque d'établissements collectifs médicalisés ne permet pas d'accueillir toute la population de plus de 75 ans en perte d'autonomie.

Outre la perte d'autonomie liée à la fin de vie, les professionnels devront gérer les détériorations de santé de ces patients (maladies chroniques, etc...), mais également tous les actes de préventions et de dépistages qui permettront d'augmenter l'espérance de vie tout en réduisant la progression de la morbidité, afin d'améliorer la qualité de vie et en dissociant finalement le vieillissement de la sénescence.

Cela nécessitera une attention particulière des professionnels de santé et des structures pour suivre au mieux ces populations. Si on se place dans une optique de prévention et de dépistage, former plus de professionnels est indispensable sachant que le dépistage systématique peut augmenter les taux d'apparition de la maladie et que d'autres pathologies peuvent être reconnues avec l'offre de nouveaux soins. Et ce alors que l'enquête SHARE, montre que la proportion à avoir une consultation médicale

s'accroît avec l'âge, passant de 53% pour les 50 – 54 ans à 68% pour les 75 ans et plus.<sup>14</sup> De même, l'Insee fait le point sur l'évolution lourde de conséquences économiques et sociales<sup>15</sup>

- à 65 ans l'homme peut vivre encore 17 ans avec 5,6 ans en moyenne d'incapacité,
- à 65 ans les femmes peuvent vivre plus de 21 ans avec 8 ans d'incapacité,
  - 5% des 70 - 79 ans ont besoin d'aide pour la toilette puis 19% de 80 – 89 ans et 44% des + 90 ans,
  - les personnes âgées représentent 32,5% des séjours de soins hospitaliers de courte durée,
  - 26,1% décèdent à domicile, 57% dans un établissement hospitalier, 12% en maison de retraite

**La formation de professionnels dans le champ sanitaire est une nécessité en Ile-de-France pour accompagner le vieillissement de la population francilienne, mais il faut se donner tous les moyens nécessaires pour garder ces professionnels.**

#### **6. Un cadre administratif territorial : les bassins de santé (SROS III\*)**

On détermine en Ile-de-France 22 bassins de santé<sup>16</sup>. Les bassins de santé étaient élaborés précédemment sous l'autorité des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en relation avec les autorités régionales. Ils ont **pour but de réorganiser l'offre de soins en assurant un égal accès en tous points du territoire à des soins de qualité**. Les besoins en santé de la population, les conditions d'accès aux soins et le critère de sécurité et d'efficacité sont pris en compte pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge. Les bassins de santé sont ordonnés à partir des établissements hospitaliers publics et privés et des comportements homogènes de la population (pratiques spatiales). En effet, l'hôpital « représente le sommet de la hiérarchie du système et pour que l'ensemble atteigne une certaine masse critique les bassins de santé sont d'abord des territoires hospitaliers. » L'hôpital partage ainsi ce cadre d'action avec d'autres établissements et d'autres prestataires de soins. Les actions au sein du bassin de santé doivent ainsi améliorer la complémentarité des soins en développant la médecine préventive, hospitalière, de ville et la prise en charge médico-sociale.

---

<sup>14</sup> L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe. Irdes 2008

<sup>15</sup> Insee Les personnes âgées. Ed. 2005, collection Référence

\* Schéma régional d'organisation des soins III

<sup>16</sup> La loi a introduit en France la notion de bassin de santé : « les zones sanitaires (...) sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé » (art. L. 712-2 du Code de la santé publique). Pour autant, il n'y a pas de décret d'application définissant la notion de bassin de santé.



Les acteurs de santé sont invités à s'organiser dans le cadre de leur structure et de leurs prestations autour de cette base. Centré sur l'hôpital et les prises en charge hospitalières, ce cadre n'est pas suffisamment explicite pour les professionnels libéraux. Par exemple : l'implantation du local doit se déterminer non pas par rapport au bassin de santé, mais à leurs aires d'attraction ou de recrutement. Est-ce le bassin de vie ou le bassin d'emploi ? Si les bassins de santé se veulent une référence pour tous les acteurs, ils doivent prendre en compte non seulement l'aspect sanitaire mais également les préoccupations des cabinets libéraux. Ces derniers sont des travailleurs indépendants, dont l'installation ou la radiation passe par le centre de formalité des entreprises (CFE), considérant leur outil de travail comme un investissement à long terme, "une entreprise". Ainsi, **l'agence régionale de santé (ARS) re-définissant l'organisation sanitaire non plus au niveau d'un bassin de vie mais à un niveau plus bas, celui d'un territoire ciblé devra prendre en considération les professionnels déjà installés.** Le SROS<sup>17</sup> déterminera "les modalités de coordination des soins de toutes natures apportés au patient", et les modalités de coordination entre établissements, professionnels et services de santé, ainsi que les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale "dans le domaine de l'organisation des soins".

<sup>17</sup> Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

## **B. L'offre globale de soins en IdF**

L'estimation est de moins 15% en 2015-25 pour les médecins et a été donnée par la Drees<sup>18</sup>, mais en pratique ce chiffre est à corriger puisque le calcul de la Drees était basé sur un numerus clausus à 4 007 étudiants, alors que nous sommes déjà à plus de 7 000 étudiants. Malgré cette remontée, à partir de 2015 il y aura environ 15% de baisse. **Il faut bien comprendre également que ces 15% représente un chiffre global toutes disciplines confondues et la situation n'est pas homogène d'une discipline à l'autre.** Cette hétérogénéité est représentée par les inégalités qui existent à travers les régions, et à travers les disciplines. Ce taux de 15% est global, toutes disciplines médicales confondues pour l'ensemble du territoire. Cette baisse était complètement prévisible et c'est le paradoxe de cette situation. La démographie est une science exacte puisque quand les étudiants rentrent dans le circuit, nous savons à quelle date ils sortent de leur formation et nous connaissons leur durée d'activité et leurs spécialités.

Un exemple caricatural : en 1972, 8 600 étudiants sont entrés en médecine. Si nous schématisons, ces 8 600 étudiants arrêteront leur activité professionnelle en 2012, puisqu'ils auront fait à peu près toute leur carrière. En 2012 entreront en activité ceux qui ont commencé leur étude de médecine en 2002, soit 4 700. En d'autres termes, en 2002, il sort 8 600 médecins et il en rentre 4 700. Il faut quand même remarquer que jusqu'en 1997, des articles de presse parlaient de pléthores et que brutalement à partir de 1998, 1999, les mêmes parlaient de pénuries.

**L'OMS estime qu'avec moins de 23 professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10 000 habitants, la couverture en matière de soins de santé primaires est insuffisante. La France avec 34 pour 10 000 (comme l'Allemagne et le Portugal) se situe dans la moyenne européenne (32 pour 10 000 habitants).**

Pour qu'un système de santé soit efficient et efficace pour les populations, il faut partir de l'évolution des besoins de santé et organiser les réponses et les aménagements sanitaires en fonction de ceux-ci au niveau le plus pertinent donc territorial.

### **1. Les inégalités des répartitions**

En Ile-de-France, les équipements sanitaires et les professionnels de santé sont inéquitablement répartis : territoires socialement favorisés ou non, centraux ou périphériques, ruraux ou urbains, dispersés ou denses. Globalement les zones centrales et socialement favorisées sont caractérisées par un équipement social et médical important (structure de petite enfance, court séjour hospitalier,

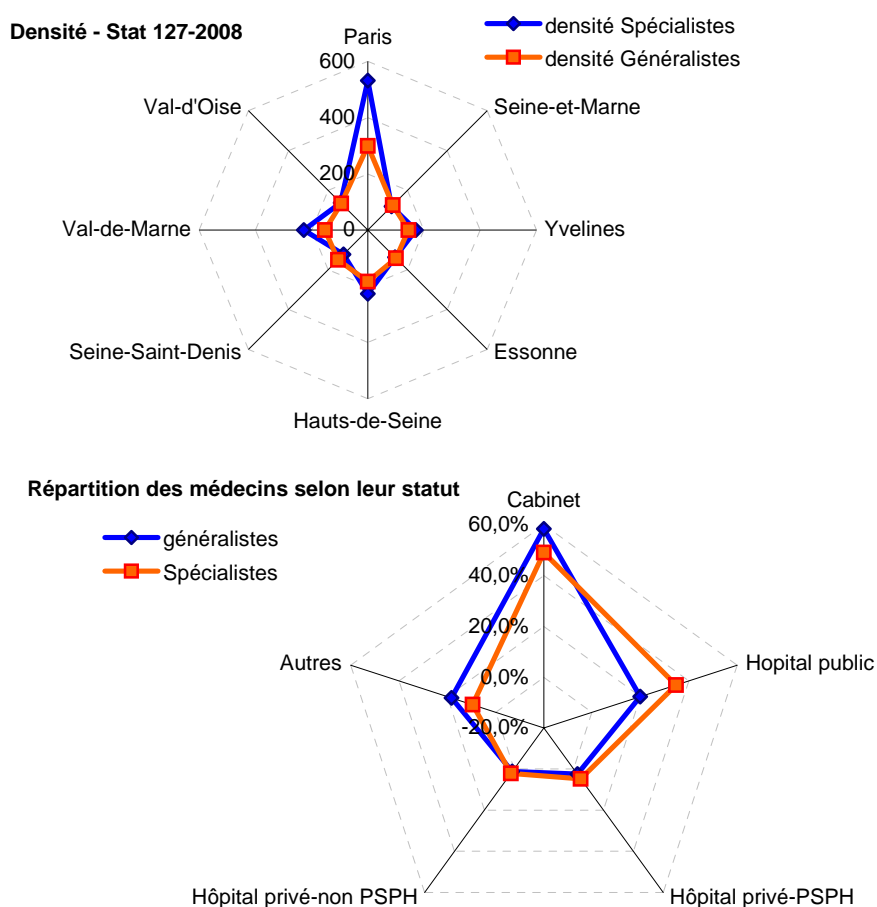
---

<sup>18</sup> Drees n° 352, La démographie médicale à l'horizon 2025  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

médecins spécialistes, commerce de proximité, culture...) alors que les zones de grande couronne se distinguent par un meilleur aménagement médico-social.

Trois départements (75, 94, 92) ont une plus forte densité de médecins spécialistes, celle-ci étant associée à la présence d'importants centres hospitaliers universitaires (CHU) dans ces départements, ce qui augmente significativement la densité globale de ces praticiens. Ce constat montre qu'il ne faut pas seulement regarder la densité mais aussi l'accessibilité et la mobilité des personnes sur un territoire en fonction des structures existantes.

### Répartition des médecins (libéraux et salariés) en IdF<sup>19</sup>



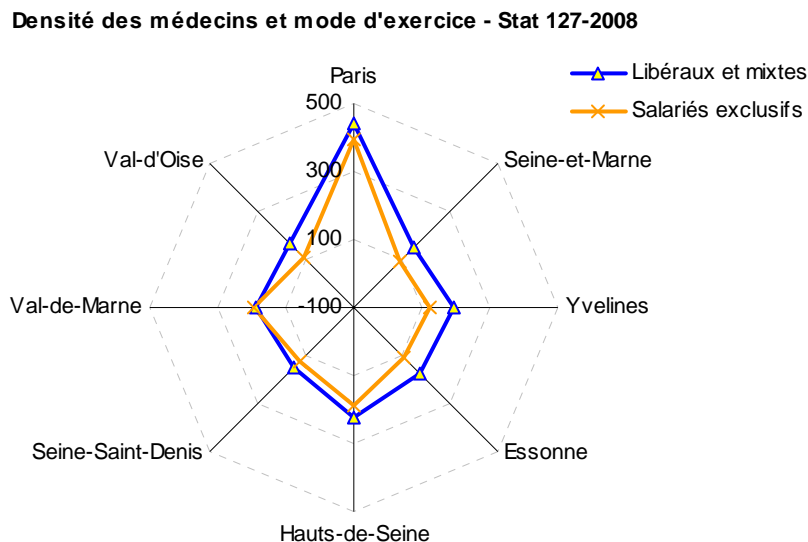
D'autre part, la majorité de l'exercice médical hospitalier est pratiquée par des médecins spécialistes pouvant favoriser un déséquilibre de soins primaires au sein d'un territoire.

Les projections de la Drees prévoient une amplification du phénomène de concentration, au détriment des zones périphériques franciliennes : en tant qu'activité de services, la santé ne se différencie pas des autres services aux ménages : la proximité d'un pôle urbain, des ménages et des entreprises et d'un cadre de vie agréable est le souhait de beaucoup. En 2030, la Drees dresse un tableau de la répartition

<sup>19</sup> Drees, Stat n°127 : tab5d, tab 11a,12a, 2008



de la population médicale dans les pôles urbains possédant un CHU pour 54,3% des médecins, 31% privilégieraient les pôles urbains sans CHU, 7 exerceraient en couronne urbaine, 7% en milieu rural. La zone rurale perdrait ainsi 25% de ses effectifs médicaux, la couronne périurbaine 10%. Nous observons que la densité de l'exercice libéral est plus importante dans les départements ruraux (77, 78, 91, 95) *versus* l'exercice salarié. **L'analyse confirme la demande actuelle des jeunes professionnels qui souhaitent plus un exercice de salariat que libéral entraînant un déséquilibre pour les zones rurales et périurbaines.**



Source : tab5d, Stat n°127 -2008 Drees

Lorsqu'on aborde le problème des territoires, il faut accepter l'idée d'une hiérarchisation des territoires, qui conditionne leur attractivité vis-à-vis des acteurs qui y interviennent.

Un article de l'ORS Ile-de-France<sup>20</sup> énonçait d'autres variables explicatives plus fortes que la relation médecins-démographie, comme la proportion de cadres dans la population ou le revenu par foyer fiscal. Pour inacceptable qu'elle soit au regard de la problématique de santé publique et d'équité, cette relation mérite d'être expliquée pour mieux déployer les incitations des professionnels de santé. Car en dépit de l'assurance maladie qui solvabilise, par les cotisations sociales, les demandes en soins de chaque patient, et des incitations financières des collectivités locales et des autorités sanitaires, les inégalités géographiques persisteront d'autant plus que l'implantation d'un cabinet ou que le choix de vie des professionnels seront coûteux.<sup>21</sup> Les choix de ces derniers ne se porteront pas forcément vers

<sup>20</sup> Les médecins libéraux en Ile-de-France, répartition géographique, décembre 2000

<sup>21</sup> Même l'installation d'une structure de groupe, comme les maisons de santé bénéficiant d'une bonne image parmi les professionnels car permettant de travailler en réseau et de gérer plus facilement leurs contraintes est coûteuse en terme d'investissements, même si les collectivités territoriales seraient prêtes à y participer. On parle d'investissement financier, mais également pour les professionnels d'investissement dans le choix de vie, au niveau des modalités de leur exercice, sur le long terme au cours de leur carrière... et même une fois leur carrière terminée - la question de la patrimonialisation du territoire et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France 21/10/2010

les lieux où les besoins existent. On parlera de « valeur sociale »<sup>22</sup> d'un territoire, où l'image subjective (le bon quartier, la région dynamique et à l'inverse la commune à problèmes...) qu'on y appose, détermine les initiatives. Cette valeur sociale et l'image ne sont pas données une fois pour toute. Elles peuvent varier. Il sera nécessaire de comprendre quelles sont les logiques des acteurs présents (population, entreprises, professionnels de santé, décideurs politiques-Etat, collectivité territoriales, élus, administration de santé, etc....) et que ces logiques influencent les comportements des autres intervenants.

La nouvelle organisation régionale de la santé impulsée par la loi HPST en organisant et en facilitant la coordination entre les professionnels et entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux renforcera un meilleur accès aux soins et une réponse adaptée aux besoins de santé.

## 2. Le manque d'attractivité de certaines spécialités

Outre l'implantation territoriale des professionnels libéraux de santé, il existe un problème d'attractivité des spécialités. Parmi les secteurs en fort recrutement, **la gériatrie est une priorité**, en correspondance avec le vieillissement de la population (en 2009, 93,4% des gériatres sont salariés donc en institution). Dans les 10 ans à venir, les actifs du baby-boom qui prennent leur retraite passeront du 3<sup>ème</sup> âge au 4<sup>ème</sup> âge. Les besoins du 4<sup>ème</sup> âge vont augmenter, entraînant une perte d'autonomie et pathologies, avec des prises en charge et des parcours complexes et nombreux.<sup>23</sup>

**La psychiatrie est l'autre secteur** en manque de professionnels (- 2% en 4 ans en IdF), d'autant que ce secteur comprend une forte dimension sociale : un quart de la population en psychiatrie est en grave difficulté sociale. De même, la gynécologie médicale diminue de 3% en 4 ans avec un âge moyen des professionnels de 58 ans. La diminution des professionnels de ces deux secteurs touche essentiellement le secteur libéral. D'autre par la judiciarisation de l'activité de gynécologie-obstétrique dissuade les jeunes médecins et décourage les anciens.

**Le manque d'infirmier(e)s et la désaffection de ces dernier(e)s pour l'Ile-de-France (densité 715 en IdF / 803 en France)** a incité les pouvoirs publics à organiser des campagnes d'informations et de sensibilisation à la profession. Elles manquent à l'appel dans les structures hospitalières mais

---

cabinet pour la retraite - et au niveau social. Or pour qu'un investissement soit réalisé, il faut pouvoir en mesurer sa rentabilité. Sur cette question, les professionnels de santé sortant de la formation initiale sont particulièrement démunis...

<sup>22</sup> Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé, 5<sup>ème</sup> colloque géographie et socio économie de la santé, 22 avril 1998

<sup>23</sup> Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) met en évidence « la fragilité fondamentale de l'organisation des soins » dans une étude intitulée « Vieillesse, longévité et assurance maladie ; constats et orientations ». Il précise que l'évolution démographique ascendante des personnes âgées doit conduire à une recomposition de la nature des soins, le grand âge appelant davantage des soins infirmiers et d'accompagnement médico-social. D'où la nécessité de plus de coopération entre les différentes professions et institutions sanitaires et médico-sociales afin que l'offre en soins gériatriques soit suffisamment diversifiée et étoffée dans la prise en charge.

également dans le secteur libéral. **Il est donc nécessaire d'évaluer réellement les difficultés rencontrées par ces professionnels à la sortie de leur formation initiale et à la poursuite de leur carrière en IdF.**

### 3. Les caractéristiques générales du recours aux soins de ville en Ile-de-France

Les indicateurs sanitaires de l'hexagone sont satisfaisants (rapport « Statistiques sanitaires mondiales 2009, OMS)<sup>24</sup> avec :

- un faible taux de mortalité maternelle : 8 décès pour 100 000 naissances *versus* 27 en moyenne pour la zone Europe,
- une espérance de vie des femmes de 84 ans, celle des hommes de 77 ans *versus* 78 ans et 70 ans en moyenne européenne,
- une couverture vaccinale de la rougeole de 87 % *versus* 94 % en Europe, de la DTP\* de 98% *versus* 96% en Europe, et pour Hib\* de 87 % *versus* 57 %,
- une prévalence de la contraception de 81,8% en France *versus* 82 % au Royaume-Uni,

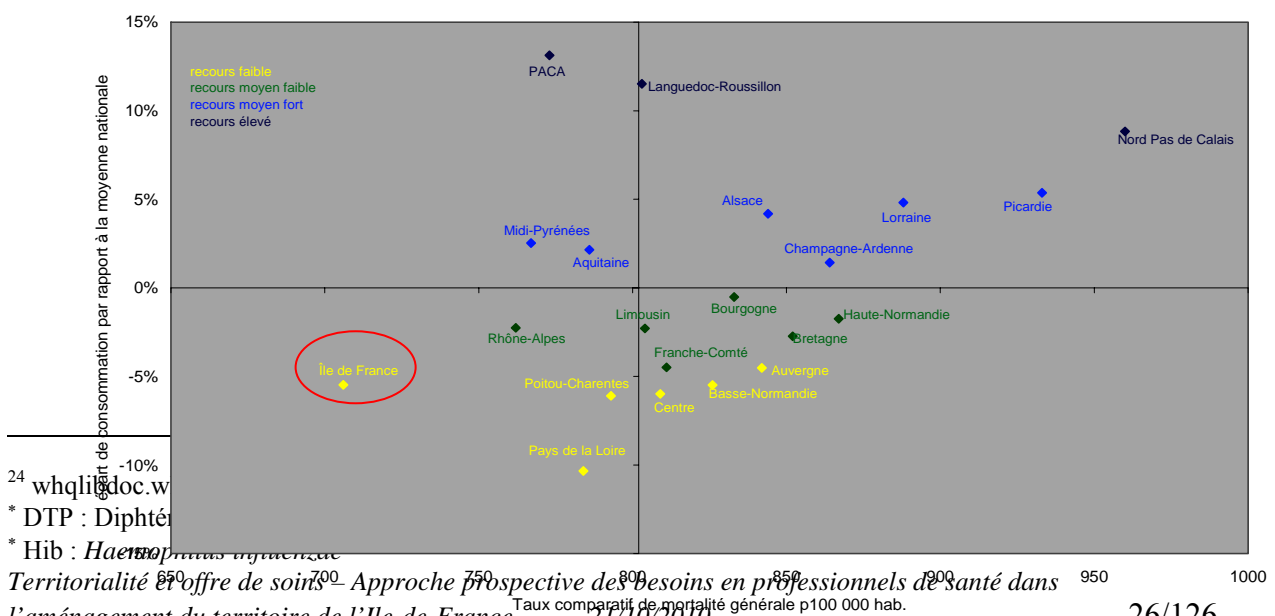
mais évidemment, ces chiffres doivent être replacés dans les contextes régionaux et infra-régionaux.

La situation sanitaire en Ile-de-France est en moyenne favorable mais très inégale selon les territoires : en 2005 l'espérance de vie des hommes est de 79,5 ans dans le 92 *versus* 76,6 dans le 77.

D'autre part, selon une analyse de la Cnamts, l'Ile-de-France, tout comme les régions Pays de Loire, Poitou-Charentes (les régions centre ouest) ont une consommation de soins par personne moins élevée que celles sud-est et du nord-est, à structure d'âge comparable. Ainsi, indépendamment de la démographie des professions de santé, le recours aux soins est variable selon les régions et est faiblement corrélé à l'état de santé (graphe 1).

Graphe 1 : Les différences de consommation de soins ne sont pas directement corrélées avec le taux de mortalité.

**Ecart par rapport à la moyenne nationale de la consommation de soins totale standardisée par l'âge et taux comparatif de mortalité générale p100 000 hab.**



<sup>24</sup> [whqlibdoc.who.int](http://whqlibdoc.who.int)

\* DTP : Diphtérie

\* Hib : Haemophilus influenzae

Par contre, les structures de soins de santé primaires, exigeant des équipes de professionnels de la santé (des médecins, des infirmières et des assistants ayant des compétences sociales spécifiques) nécessitent des ressources et des investissements.

L'autre caractéristique du recours de soins en Ile-de-France est la part importante des prises en charge par des médecins spécialistes, alors que d'une manière générale les franciliens ont moins recours aux médecins : 4,6 fois en Ile-de-France contre 5,7 fois en province. L'abondance de l'offre que ce soit sous le statut libéral ou en établissement explique ce comportement.

En revanche, les professions paramédicales, en particulier les infirmier(e)s, ont moins de chance d'être appelé(e)s en Ile-de-France qu'en province.

La visite à domicile est aussi moins fréquente en région Ile-de-France qu'en province : **3/4 des consultations ont lieu au cabinet et 1/5 ont lieu dans un centre de santé ou à l'hôpital**

L'Observatoire régionale de la santé (ORS IdF) constate que les contrastes de revenus coïncident avec la mortalité prématurée (avant 65 ans), alors que les communes ayant une surmortalité ne sont pas dépourvues de structures sanitaires publiques et libérales. Ce constat signifie bien le déficit de la prévention dans la politique de santé.

En Ile-de-France, comme dans l'hexagone, cinq causes représentent les trois quarts des décès annuels, soit 75 000 décès :

- les cancers	22 453 / an (12 624 hommes – 9 829 femmes)
- les maladies de l'appareil circulatoire	18 132 /an (8 331 hommes – 9 801 femmes)
- les accidents	4 397 / an (2 512 hommes – 2 293 femmes)
- les maladies de l'appareil respiratoire	4 397 / an (2 104 hommes – 2 293 femmes)
- les maladies de l'appareil digestif	3 249 / an (1 659 hommes – 1 590 femmes)

**La capacité et la spécificité de l'offre de soins en Ile-de-France pour la prise en charge de ces pathologies ne diffèrent pas de celles de l'Hexagone.** Par contre l'augmentation des maladies chroniques, plus de 200 000 franciliens admis en Affection de Longue Durée (ALD) en 2006, nécessite une organisation et une structuration de l'offre de soins et de prévention adaptées à l'émergence de ces dépendances.

Cette organisation sanitaire est également importante pour le champ du dépistage de certaines maladies dans le cadre des actions de prévention en santé. L'inégalité d'accès aux dépistages n'est pas toujours liée à l'offre de soins, mais aussi aux comportements socio-culturels et à l'inégalité d'accès à l'information sanitaire.

En conclusion, la région Ile-de-France, par certains aspects, ne diffère pas des autres régions :

- les principales causes de décès sont les mêmes,
- la morbidité et la mortalité prématurées, a priori évitables, restent importantes,
- quoiqu'en diminution, une importante morbidité liée à la consommation d'alcool et du tabac reste prédominante,
- les problèmes de surpoids et d'obésité à terme pourraient augmenter la morbidité, les causes de handicaps et réduire l'espérance de vie,
- c'est une population qui vieillit d'où l'importance de la prévention de la dépendance.

L'analyse de la santé sur le territoire est indispensable pour connaître les problèmes de santé publique d'une région afin d'anticiper et de maîtriser avec les professionnels de santé les prises en charge et les évolutions des risques sanitaires :

- **pour qui ?** pour les acteurs et les collectivités territoriales, et pour les programmeurs de la santé publique dans la région,
- **pour quoi ?** afin de mettre en œuvre les programmes de santé publique à un niveau pertinent et opérationnel pour les populations ciblées.

**Ainsi les données de santé collectées par l'ORS IdF sur les besoins de santé et l'état de santé des populations permettent en collaboration avec le secteur professionnel concerné d'apporter les informations sanitaires sur un territoire et de favoriser une re-structuration ou la création/transmission d'une activité libérale de santé en répondant aux attentes des populations en matière de santé.**

#### **4. Le secteur des professions libérales de santé**

Une profession libérale est à la fois une activité professionnelle et une structure entrepreneuriale. Médecins, infirmier(e)s, orthoptistes...quel statut ? Il n'y a pas de définition légale de la profession libérale comme pour d'autres secteurs socio-professionnels. A ce jour, la seule définition de la profession libérale est celle que donne la Directive Européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles<sup>25</sup> :

---

<sup>25</sup> Directive n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005

*« La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ».*

D'autre part, l'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par la charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation.

L'activité libérale se distingue de l'activité salariée, car elle est exercée en toute indépendance sans qu'il existe de lien de subordination et de l'activité commerciale, car elle relève du droit civil et non du droit commercial (sauf pour la pharmacie d'officine).

Le professionnel libéral de santé représente aussi une entreprise et son activité s'exerce sous différentes formes de structures juridiques, soit individuelle (EURL, EI, EIRL) ou sociétale (SCM, SCP, SEL) avec les obligations sociales et fiscales des entreprises. Ces entreprises de professions libérales de santé participent à l'activité économique d'un territoire et à la fiscalité locale (la taxe professionnelle d'un médecin représentait en moyenne 1,7% de ses recettes). **En 2008, en Ile-de-France, la part de la taxe professionnelle des entreprises libérales de santé représentait 8,7% des entreprises franciliennes.**<sup>26</sup>

### **C. Les médecins : la tendance générale et l'Ile-de-France**

D'une façon globale, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, nous observons une diminution du nombre de médecins actifs réguliers (- 2%), même si le nombre de nouveaux inscrits reste en légère hausse (+ 1,2%), mais le nombre de retraités continue de progresser (+ 5,2%). Ainsi, nous constatons une densité globale de médecins à activité régulière passant de 300 pour 100 000 hab. à 290 000 pour 100 000 hab., avec une population médicale de moins de 40 ans qui baisse de 12% et celle des plus de 50 ans qui augmente de 53%.<sup>27</sup>

**Un autre constat est l'absence d'attractivité pour l'activité libérale. En 10 ans (1995 – 2005), le nombre de médecins généralistes est resté stable en libéral, alors que leur nombre augmentait de 29% dans les hôpitaux et de 20% dans divers organismes ou entreprises.** De plus, l'analyse de l'OCDE (2005), en publiant les rémunérations des médecins généralistes exprimées par rapport au PIB

---

<sup>26</sup> DGCIS (Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services)

<sup>27</sup> L'atlas de la démographie médicale 2009, CNOM

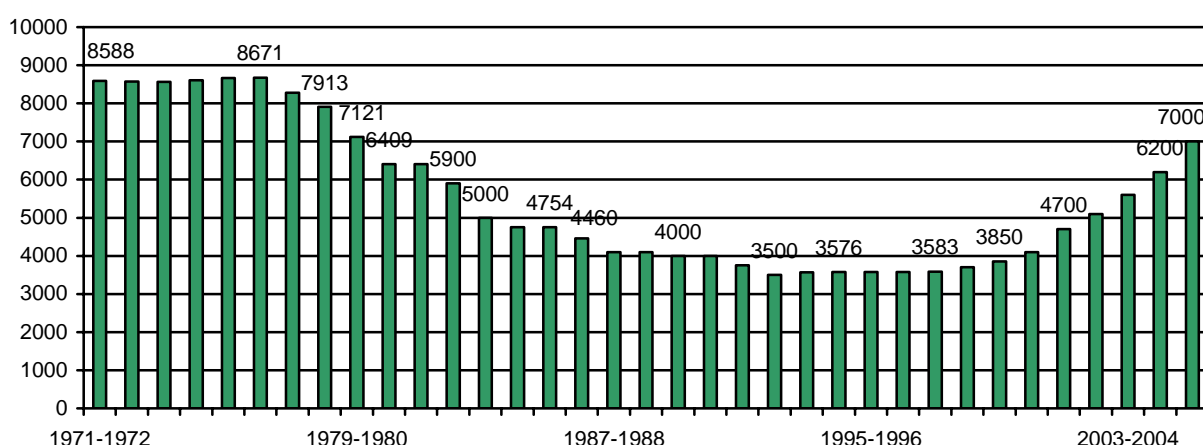
par habitant, a montré que les médecins libéraux français étaient en bas de l'échelle des revenus par rapport à l'Allemagne et le Royaume-Uni (2,8 versus 3,7 et 3,8).<sup>28</sup>

Entre 1968 et 1998, l'offre de soins médicaux a connu trois évolutions importantes :

1. à la fin des années 90, le *numerus clausus* instauré en 1971 fait sentir ses effets,
2. une formation initiale valorisant la technicité et les spécialisations,
3. un accroissement des effectifs très fort avec un triplement du nombre de médecins et une tendance accentuée à la spécialisation. Aujourd'hui, un médecin sur deux est un spécialiste contre un sur trois en 1968.

Après le *numerus clausus*, les économistes de la santé, œuvrant pour l'assurance maladie, ont développé a thèse que les dépenses de santé étaient liées à la démographie médicale. Ainsi, l'assurance maladie a proposé un départ anticipé à la retraite des médecins : intitulé le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA). Conçu en 1988 pour abaisser les dépenses de santé, il proposait aux médecins de plus de 56 ans une mise à la retraite anticipée grâce à l'octroi d'une allocation de remplacement (ADR) de revenu jusqu'à l'âge de 65 ans. A cet âge le médecin pouvait alors prétendre à une retraite à taux plein. L'article 28 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 vise à modifier l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 afin de mettre fin au dispositif de cessation anticipée d'activité (MICA) destiné aux médecins libéraux conventionnés. Selon la caisse de retraite des médecins (Carmf) 10 633 médecins ont bénéficié de ce régime en 15 ans. Ces deux facteurs, *numerus clausus* et MICA, associés à la féminisation des médecins vont favoriser la transformation des modes d'exercice professionnel et leur répartition territoriale.

*Numerus clausus* (national)



<sup>28</sup> Eco-Santé OCDE 2009 – comparaison des statistiques de santé des pays de l'OCDE  
 Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans  
 l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France 21/10/2010

Une étude de la Drees démontrait que le nombre de médecins au niveau national devait baisser de 10% au cours des 10 prochaines années.<sup>29</sup> Ce sont les choix faits aujourd'hui (relèvement du *numerus clausus*) et les choix individuels des jeunes médecins qui dessineront la démographie de demain.

**Un autre événement social qui apparaît depuis plusieurs années est l'insécurité de l'exercice médical** ayant entraîné la mise en place d'un Observatoire pour la sécurité, en 2003, par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Depuis sa création le CNOM a recensé par les déclarations volontaires des médecins environ 600 agressions par an. Le lieu d'agression est dans 61% des cas le cabinet d'un exercice de médecine de ville, dans 15% dans un établissement de soins.

En 2009, 54 % des agressions ont été verbales, 25% des vols ou tentatives de vols, 11% des agressions physiques et 11% des vandalismes.

Les généralistes, comme les années précédentes, restent les médecins les plus touchés par l'insécurité (62 %). Viennent ensuite, loin derrière, les ophtalmologistes (7 %), les psychiatres (5 %) et les gynécologues-obstétriciens (5 %). Et 10 % des incidents ont conduit à une interruption temporaire de travail du médecin ou de ses salariés dont 3 % plus de 8 jours. C'est dans les départements les plus urbanisés qu'on recense le plus d'agression de médecins. Parmi les départements les plus touchés, figurent la Seine-Saint-Denis (54 déclarations enregistrées en 2009 contre 59 en 2007, le Val d'Oise (31 fiches recensées), la Seine Maritime (26), le Val de Marne (22), Paris (20), la Seine-et-Marne (19), les Hauts-de-Seine (17).

L'émergence de risque d'agression (deux femmes médecins violées en Seine et Marne en 2008) ne facilite pas la transmission et la pérennité de certains professionnels dans ces territoires spécifiques.

Parmi les facteurs de risques socio-professionnels également repérés actuellement, nous observons que parmi les causes de décès des médecins libéraux en activité, le suicide est retrouvé dans 14% des cas contre 5,6% dans la population générale.<sup>30</sup>

### 1. Regard global sur le corps médical francilien

**Les médecins franciliens représentent 22,4% de l'effectif total des médecins.** Au 1er janvier 2009, les médecins en activité régulière sont au nombre de 43 492 soit 2,2% de moins qu'au 1er janvier 2008 :

- l'âge moyen de la première inscription à l'Ordre des médecins IdF est de 34 ans,
- l'âge moyen des remplaçants est de 35 ans, dont 60% sont des femmes, et en vingt ans les effectifs des médecins remplaçant ont augmenté de 258% (de 176% dans le 78 à 510% dans le 93),

---

<sup>29</sup>Drees n° 352, La démographie médicale à l'horizon 2025

<sup>30</sup> Conseil national de l'Ordre des Médecins (Cnom) 2003



- l'âge moyen de la retraite est de 66 ans.

**L'Ile-de-France compte un peu de plus de 24 330 médecins libéraux en activité (56% des effectifs franciliens)** au 1<sup>er</sup> janvier 2009, soit une densité de 20.5 pour 10 000 habitants (19.0 en France).

La population médicale francilienne se caractérise par une densité d'omnipraticiens plus faible que la moyenne nationale et par une très forte représentation des spécialistes (57% des médecins contre 45% en France métropolitaine). La forte proportion de médecins à exercice particulier (MEP) est une autre spécificité de l'Ile-de-France. Par ailleurs, les médecins sont plus âgés que la moyenne française et leur répartition sur le territoire francilien très inégale.

La projection de l'étude de la Drees à l'horizon 2030, aboutirait à une densité médicale (en activité globale) correspondant à celle de 1987, mais caractérisée par une sur-représentation féminine.<sup>31</sup>

#### **Ile-de-France : Offre de soins en 2030, Drees 2009**

Les projections réalisées par la Drees montrent que les effectifs médicaux vont baisser de près de 10% au cours des 10 prochaines années, selon un scénario « tendanciel », supposant un maintien des comportements identiques à ceux observés actuellement. Entre 2007 et 2018, « les sorties de la vie active ne seront pas compensées par les entrées ». La densité médicale, compte tenu de l'augmentation de la population (+10%), devrait diminuer et passerait de 327 à 292 médecins pour 10 000 habitants entre 2006 et 2030, atteignant son plus bas niveau en 2020 avec 276 médecins. Les disparités régionales seraient modifiées : la densité de médecins chuterait fortement en Corse (-34,9%), en Languedoc Roussillon (-29,8%) et **en Ile-de-France (-25,8%)**, elle augmenterait au contraire en Poitou Charente (+15,7%) et en Franche Comté (+14,6%). Par ailleurs, à l'horizon 2030, le corps médical serait plus jeune et plus féminin (en 2030, 53,8% des médecins seraient des femmes).

#### **Nombre et densités de médecins en région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel**

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 hab.
<b>Ile-de-France</b>	<b>46 144</b>	<b>37 132</b>	<b>402</b>	<b>299</b>	<b>- 19,5%</b>	<b>8,4%</b>	<b>- 25,8%</b>

<sup>31</sup> Etudes et Résultats, n° 679 Drees 2009

Ensemble	206 514	203 953	327	292	- 1,2%	10,5%	- 10,6%
----------	---------	---------	-----	-----	--------	-------	---------

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population Insee, projections DREES

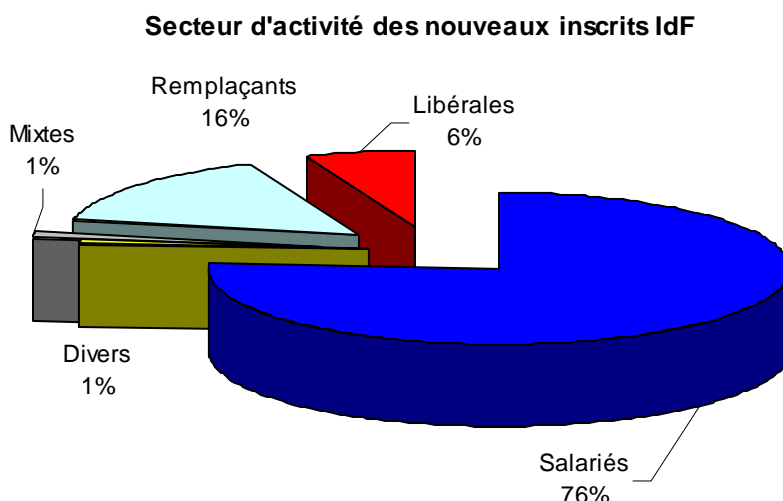
## Dans la projection de la Drees, l'Ile-de-France sera l'une des régions les plus pénalisées dans la prospective de l'évolution démographique des médecins.

Dans cette analyse prospective de la démographie des médecins, plusieurs paramètres doivent être identifiés tel que le choix du secteur professionnel, la féminisation, le vieillissement du corps médical, la sociologie des jeunes médecins et la transformation de la relation du médecin à son travail. Tous ces vecteurs interviennent dans une organisation territoriale de l'offre de soins afin d'évaluer soit la pérennité des exercices existants soit une re-structuration du potentiel de médecins exerçant ou pouvant exercer sur ce territoire.

### 2. Le mode d'activité professionnelle

En janvier 2009, **67% des nouveaux inscrits à l'Ordre font le choix d'exercer leur activité en secteur salarié** et plus particulièrement dans le secteur hospitalier, 22% effectuent des remplacements et 10% s'installent en secteur libéral. **Le renoncement des jeunes pour l'exercice libéral va modifier l'organisation de l'offre de soins sur un territoire, car le secteur libéral des professions de santé a un maillage territorial et permet souvent de maintenir le lien social.**

En Ile-de-France, pour les nouveaux inscrits, le choix d'exercer leur activité en secteur salarié est encore plus marqué : 76% des nouveaux inscrits sont en secteur salarié.<sup>32</sup>



<sup>32</sup> Atlas régionaux de la démographie médicale française. Cnom 2010  
Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans  
l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France 21/10/2010

**L'absence de l'attractivité pour le secteur libéral risque de créer des tensions pour la transmission de l'activité des professionnels de proximité dans des petites unités urbaines ou en ruralité et qui ne sera pas complètement compensée par des centres de santé ou des pôles de santé.**

Parmi les facteurs sociologiques constatés actuellement qui vont également modifier le choix du secteur d'activité, **l'activité professionnelle du conjoint ou de la conjointe du médecin. Cette activité professionnelle, majoritairement cadre (46%), est un vecteur dans le choix ou l'orientation du secteur professionnelle. Une tendance encore plus forte chez les femmes, puisque pour ces dernières, ce sont 57 % de leurs compagnons qui ont un statut de cadre supérieur.** Telles étaient les principales données relevées par une étude des services statistiques du ministère de la Santé en 2005.<sup>33</sup> Cette étude a le mérite de mettre en lumière une nouvelle évolution dans le comportement de ces couples où les deux conjoints exercent un métier dans des secteurs d'activités différentes, en sachant que les cadres sont amenés à une plus grande mobilité géographique dans leur parcours professionnel.<sup>34</sup> Cette flexibilité professionnelle du conjoint ou conjointe salarié(e) peut handicaper l'installation du médecin et donc celui-ci doit trouver une structure entrepreneuriale qui lui permette de rentrer et sortir de celle-ci sans conséquence financière.

### **3. La féminisation**

Quelques chiffres nationaux : en 2008, 39% des médecins en activité sont des femmes. Selon la Drees, en 2022 les femmes médecins seront aussi nombreuses que les hommes et en 2030 elles seront majoritaires 53,8%, en particulier dans la spécialité généraliste 56,4%.

L'ampleur du phénomène peut être constaté au niveau national, puisqu'une ventilation par tranche d'âge montrerait que les femmes représentent 53,7% des médecins de la tranche 35 à 39 ans, 57,2% des médecins de 30 à 34 ans, et 63% des médecins de 30 ans.

Pour l'Île-de-France, le taux de féminisation est encore plus élevé, en 2008 sur une population totale de 47 200 médecins, 46% sont des femmes (42% en France métropolitaine).<sup>35</sup> Si l'on regarde les médecins libéraux, soit 24 330 praticiens, le taux de féminisation descend à 37%, mais est toujours supérieur à la moyenne 31,7%.

Selon les chiffres, au sortir des examens classant, les femmes sont devenues majoritaires. La profession se féminise, plus de 60 % au sortir de l'épreuve classante nationale (ECN). En huit ans, la féminisation en IdF a progressé de 5,4%.

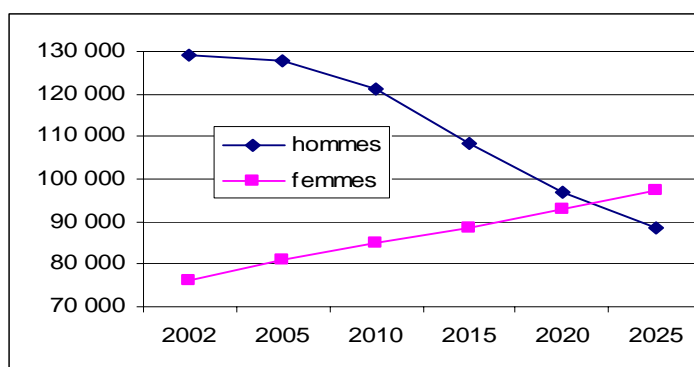
---

<sup>33</sup> Etudes et Résultats n° 430 Drees 2005.

<sup>34</sup> Source : Panel DADS, Insee n° 1062 2006 ; Les mobilités des salariés. Rapport CAE 2010.

<sup>35</sup> Les médecins : Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2008, Drees n° 127

## Évolution du nombre de médecins par sexe



## Evolution de la féminisation

	2001	2008
<b>IdF</b>	<b>42,8</b>	<b>45,1</b>
France	36,4	39,2

Or, les femmes ont un temps de travail moindre que celui des hommes (qu'elles soient en libéral ou à l'hôpital, généralistes ou spécialistes). Elles travaillent plus souvent à temps partiel, et celles qui travaillent à temps complet déclarent une durée de travail hebdomadaire inférieure à leurs confrères.<sup>36</sup>

Il n'est pas certain que la jeune population masculine médicale ne soit pas aussi dans cette tendance. La modification du temps de travail est une évolution sociologique.

D'autre part, dans le cadre de leur environnement professionnel, ces femmes (ou le couple) peuvent être confrontées aux difficultés des modes d'accueils des jeunes enfants, surtout en IdF où les lieux d'accueil sont inégalement répartis sur le territoire francilien.<sup>37</sup> Cet élément matrimonial peut avoir une incidence sur le choix du secteur professionnel ou sur le lieu d'exercice.

### 4. Le vieillissement du corps médical

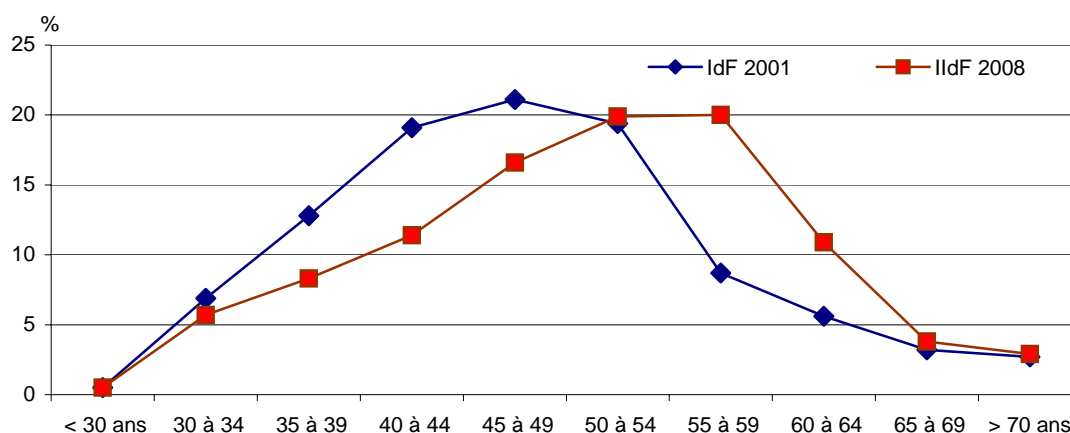
L'âge moyen des médecins en activité est de 47,9 ans, 45,7 ans pour les femmes et 49,2 ans pour les hommes. Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité traduit un vieillissement marqué de la population médicale, malgré l'apport significatif des femmes parmi les générations de moins de 40 ans. Ainsi, **l'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans**. Le vieillissement accru du corps médical peut donc poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité (gardes, urgences...) sont importantes. Ce vieillissement est un fait constaté et il n'est que le témoin d'une cause beaucoup plus grave : un recrutement très insuffisant de jeunes médecins, ce qui explique les difficultés pour recruter les remplaçants et trouver les successeurs au moment des départs. La moyenne d'âge d'installation

<sup>36</sup> Economie et Statistique, n°414, 2008

<sup>37</sup> IUA-Caf IdF Modes d'accueil des enfants de moins de trois de 3 ans : l'hétérogénéité francilienne. n° 482 2009, Rapport Dominique Fabre, CESR « Les modes d'accueil de la petite enfance » - 2005.

d'un médecin généraliste se situe autour de 35 ans, après quelques années de remplacement, et elle est de 39 ans pour les autres spécialités.

**Evolution 2001 - 2008 par tranche d'âge des médecins en IdF**



Source Drees, Série Statistique 2008

Si l'évolution globale du nombre de médecins franciliens augmente de 13,2% entre 2001 et 2008, nous constatons un vieillissement marqué de ces professionnels. Selon une enquête de l'URML IdF<sup>38</sup>, 57% des médecins de plus de 50 ans comptent prendre leur retraite à 65 ans, et ¼ des 50 – 59 ans envisagent un arrêt anticipé de leur activité professionnelle (généralistes 30%, femmes 28,5%). Dans 15 ans, les 17 000 médecins libéraux franciliens de plus de 50 ans auront atteint l'âge de la retraite. Ils représentent 70% de la profession en exercice actuellement.

### 5. La sociologie des jeunes médecins

Une récente enquête<sup>39</sup> réalisée parmi les internes en médecine et les jeunes médecins a montré que :

- 73% des internes vivent en couple et plus de 20% ont des enfants,
- 85% des jeunes médecins vivent en couple et plus de 69% ont des enfants,
- la majorité des conjoints(es) sont d'une catégorie socioprofessionnelle dite « supérieure »

Par contre, les jeunes médecins précisent plusieurs facteurs et souhaits pour leur future installation après avoir soutenu leur thèse (vers 31 ans en moyenne) :

- l'exercice en groupe pluridisciplinaire au sein d'une structure,
- la qualité de vie du territoire d'exercice,
- le soutien financier d'un projet,

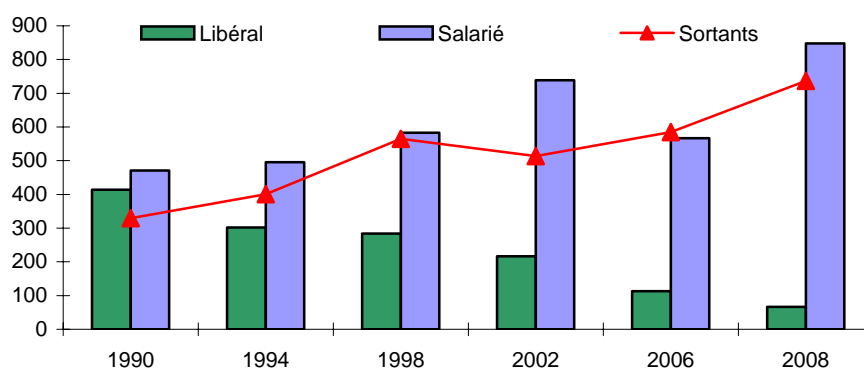
<sup>38</sup> enquête URML IdF – CARMF, 2009, Le devenir des médecins libéraux de 50 ans et plus

<sup>39</sup> Enquête BVA et CNOM, 2007, Attentes, projets et motivation des médecins face à leur exercice professionnel  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Île-de-France* 21/10/2010

- le manque crucial d'informations par rapport à la création entrepreneuriale de l'activité professionnelle.

**Ces éléments socio-économiques, familiaux, des internes et des jeunes professionnelles sont aussi les vecteurs de leur projet professionnel. Le constat de tous ces facteurs sociologiques fait par les jeunes professionnels, associé au discours et à une présentation négative du secteur libéral peut expliquer la diminution de l'intérêt d'exercer dans ce secteur en IdF depuis plus de quinze ans.<sup>40</sup>**

**Effectifs des 1ère inscriptions en IdF  
mode d'exercice - sortants**



L'Ile-de-France a toujours eu un secteur de médecins salariés plus important du fait de la forte densité de structures hospitalières et administratives. Actuellement, la fracture entre les secteurs s'accroît fortement.

Une enquête sociologique en 2006 constate une aspiration générale, des hommes comme des femmes à une moindre disponibilité temporelle pour les patients.<sup>41</sup> Plus précisément, plusieurs résultats sont mis en avant :

- **Les jeunes générations de médecins vivent au sein de couples d'actifs et ont donc à gérer l'articulation de deux carrières, la leur et celle du conjoint(e).** Les arbitrages à réaliser en termes de choix de carrière (spécialité, mode d'exercice, lieu d'installation) et d'implication au travail doivent être replacés dans ce contexte,
- **Les médecins des jeunes générations aspirent à une moindre disponibilité temporelle pour leur travail.** Cependant cette aspiration ne se traduit pas par une réduction drastique du temps de travail des médecins ni par une moindre implication dans le travail ou une moindre préoccupation pour la qualité des soins,

<sup>40</sup> Atlas démographique IdF 2009, CNOM

<sup>41</sup> Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Université Lyon 2, 3, Toulouse Le Mirail 2006

- **Le temps de travail des médecins enquêtés est conforme au temps de travail déclaré par l'ensemble de la population médicale** et les écarts entre les temps de travail des hommes et des femmes ne sont pas plus importants que pour l'ensemble de la population médicale,

Les médecins libéraux, tout comme les autres professionnels libéraux de santé, aspirent à une autre organisation de leurs conditions d'exercice. Ils souhaitent plus de coopération entre professionnels de façon à réguler l'activité collective au profit à la fois des soignants et des patients. D'où la nécessité de faire évoluer les formes juridiques des structures d'exercice pour cette interprofessionnalité. Mais, une activité professionnelle présentée comme un exercice contraint, et identifiée comme un secteur professionnel ne pouvant s'adapter à l'évolution sociétale, n'incite pas les jeunes professionnels à s'installer. Il est donc nécessaire de proposer un discours positif et entrepreneurial pour leur avenir professionnel.

#### **6. La transformation de la relation du médecin à son travail**

Des études sociologiques montrent un moindre investissement en termes de temps de travail, des jeunes médecins et des femmes, qui notamment mettent en œuvre des stratégies pour réguler leur temps de travail, répondant à leur aspiration d'une moindre disponibilité. Le temps de travail du médecin est au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoires. Il constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et d'évaluation. L'enquête de l'Irdes montre que les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante :

- **61% de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral,**
- **19% aux activités de soins hors cadre libéral,**
- **20% aux activités autres, essentiellement administratives.**<sup>42</sup>

Le temps médical est grignoté par la charge administrative qui s'est accrue ces dernières années. Cette enquête qui a rassemblé des données sur l'emploi du temps de travail en médecine générale apporte un éclairage utile qui peut être décliné aux autres professions de santé libérales :

- une amplitude de travail hebdomadaire plus importante pour les hommes en raison de la plus grande fréquence d'une activité à temps partiel chez les femmes,
- la zone d'installation, avec des semaines qui s'allongent en zone rurale,

---

<sup>42</sup> Irdes Question d'économie de la santé n°144, 2009  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

- l'existence d'une activité multiple,
- l'organisation du cabinet où l'exercice isolé s'accompagne d'une suractivité.

Une étude récente<sup>43</sup> comparant l'emploi du temps entre médecin et cadre supérieur observe que les praticiens exercent leur métier entre 24 et 70 heures hebdomadaires. Leur moyenne annuelle est comprise entre 1 100 et 3 500 heures, alors qu'un cadre dirigeant d'entreprise déclare travailler 2 130 heures par an, un cadre 1 870 heures et un médecin hospitalier 2 180 heures. Les journées des praticiens sont très longues, puisqu'elles commencent vers 8 heures et se terminent après 20 heures, période privilégiée pour d'autres activités non curatives en relation avec la profession.

De même, **les para-médicaux ont une charge de travail très intense** globalement, avec en moyenne **51h hebdomadaires**, essentiellement les infirmier(e)s et les masseurs-kinésithérapeutes.<sup>44</sup> Les auxiliaires médicaux interrogés sur leurs conditions de travail aiment particulièrement leur métier, mais des contraintes physiques et psychologiques sont bien présentes dans leur exercice au quotidien comme dans les autres secteurs professionnels. Le travail prend beaucoup de place dans la vie des non-salariés du fait d'horaires étendus et atypiques.

Une autre étude de la Drees observe que la durée des consultations des médecins spécialistes sont de 16 à 32 minutes selon la spécialité, mais aussi que les praticiennes ont une durée de consultation, toutes spécialités confondues, légèrement supérieure à celle de leur collègue masculins. Dans cette étude, la Drees constate aussi que les médecins de secteur 2 ont une durée de consultation plus longue.<sup>45</sup>

En termes de carrière, les médecins libéraux atteignent leur « apogée d'activité » après 12 ans d'exercice.<sup>46</sup> Les projections de la Drees, sous hypothèse que les préférences et les comportements de carrières de médecins restent constants, montrent une proportion de plus en plus importante d'exercices hospitaliers : en 2025, on comptera 55% de généralistes libéraux (60,2% en 2006) et 28,5% des spécialistes libéraux contre 35,6%.<sup>47</sup>

Ces études confirment que **l'exercice d'une profession de santé libérale, au service de l'humain, devra se transformer en une unité entrepreneuriale, c'est à dire une très petite entreprise (TPE) de proximité, afin de mutualiser les activités autres que celles de diagnostic – soins, ou d'externaliser les activités administratives, de sorte que le professionnel de santé libéral puisse se**

<sup>43</sup> Activité et emploi du temps des médecins libéraux. Etude et Recherches, Drees n° 98 2010

<sup>44</sup> Enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux. Carpimko 2008

<sup>45</sup> Drees Etudes et Résultats, n° 704, octobre 2009

<sup>46</sup> Irdes Démographie médicale et carrière des médecins généralistes : les inégalités entre générations, n°414, 2008

<sup>47</sup> Drees n° 352, La démographie médicale à l'horizon 2025



recentrer sur son cœur de métier. Nous sommes bien dans **la conception entrepreneuriale d'une activité de santé qui doit être parfois soutenue par les pouvoirs publics et les collectivités.**

#### **7. Les caractéristiques des médecins en Ile-de-France : l'évolution 2001 - 2009<sup>48</sup>**

Région caractérisée par la plus forte densité médicale, l'Ile-de-France est aussi la région où les médecins sont les plus âgés et les plus féminisés. La profession est également marquée par une forte densité de médecins spécialistes, par des établissements hospitaliers très présents. En 7 ans, le secteur libéral pour les médecins est moins attractif, passant de 55,3% de professionnels en 2002 à 52,8% en 2009.<sup>49</sup> Sur la même période, la féminisation du corps médical passe de 43,1% à 45,5%. Les projections 2025 prévoient une forte diminution des densités par rapport à 2006 (-26 %).

L'analyse globale depuis huit ans du corps médical en Ile-de-France montrent :

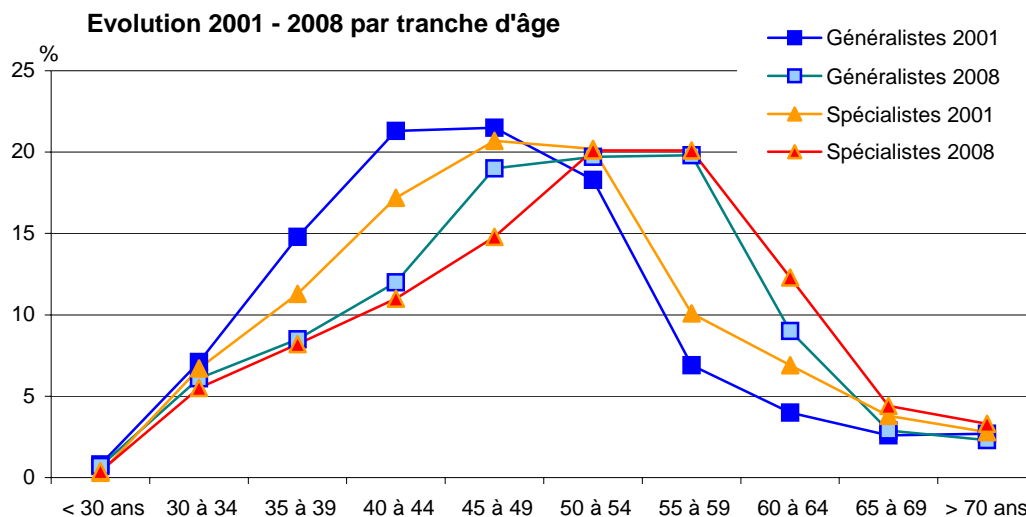
- **un vieillissement des médecins généralistes et spécialistes (libéraux et salariés)**
- **une densité des médecins en IdF qui diminue de 2,6% depuis 8 ans**
- **une densité de médecins spécialistes stable, mais une régression de 5,85% des médecins de famille**
- **un secteur libéral en diminution de 4,5% en 7 ans**
- **une préférence pour l'activité professionnelle salariée (45% des exercices)**
- **une progression de 5,5% de la féminisation des médecins depuis 2002**
- **une progression de l'exercice en groupe**
- **une diminution du souhait d'exercice en IdF**

#### ***- Le vieillissement des médecins généralistes et spécialistes (libéraux et salariés)***

---

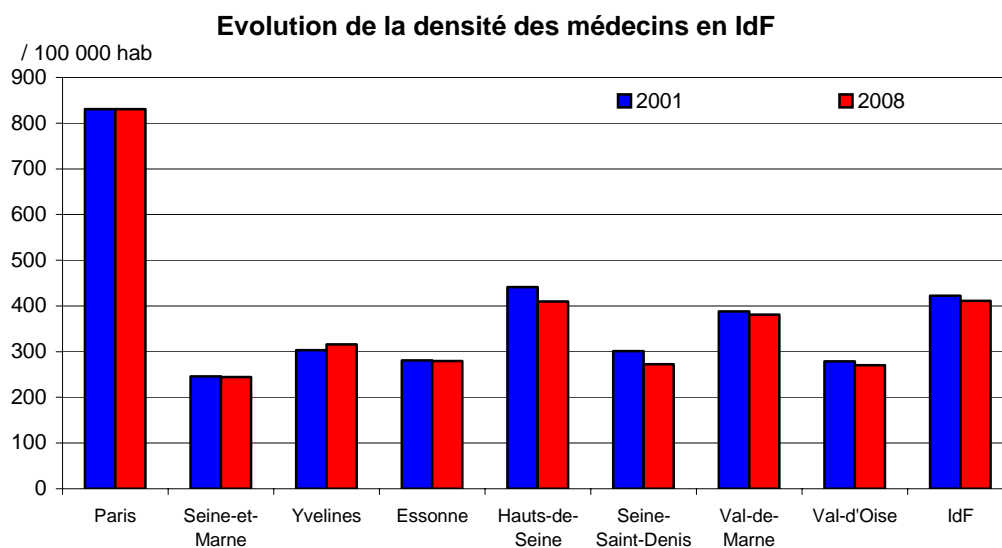
<sup>48</sup> Drees, Série Statistiques. Les statistiques publiées par la Drees sur « Les médecins – estimations au 1er janvier « 2008 », sont élaborées à partir du répertoire administratif Adeli auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. La DREES a donc engagé une procédure de redressement des données ministérielles en confrontant plusieurs sources relatives à la démographie médicale. Cette procédure s'est faite dans le double cadre, statistique et administratif, d'un groupe de travail du Comité national de l'information statistique (CNIS) et d'un comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale, créé à la demande du cabinet du secrétariat d'État à la Santé. Les membres de ces groupes étaient nombreux : Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), caisses de retraite, mutuelles, fédérations hospitalières (FHF, FIEHP), syndicats professionnels (CSMF, CGT-FO), INSEE, représentants des directions du ministère

<sup>49</sup> Série Statistique Dress, n° 44 et 138, 2002 et 2009



Nous constatons une absence de l'équilibre de la régénération des professionnels et donc un vieillissement des médecins.

*- La densité des médecins en IdF a diminué de 2,6% depuis 8 ans*

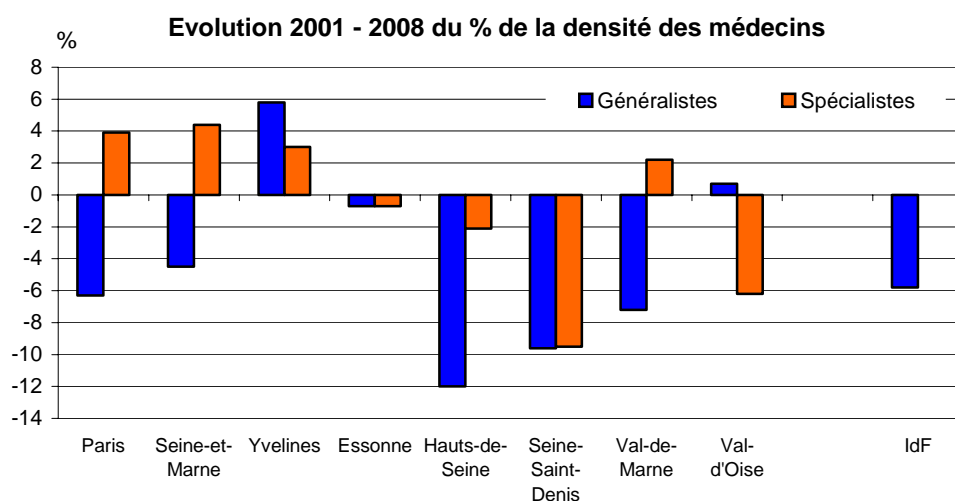


Hors des Yvelines, l'ensemble des départements constate une diminution de la densité globale des médecins, mais cette analyse est une analyse macro-démographique au niveau du département, il faut descendre au niveau des micro-territoires pour avoir une analyse plus pertinente.

*- Si la densité de médecins spécialistes n'a pas évolué depuis 8 ans, celle des médecins de famille a régressé de 5,85%*

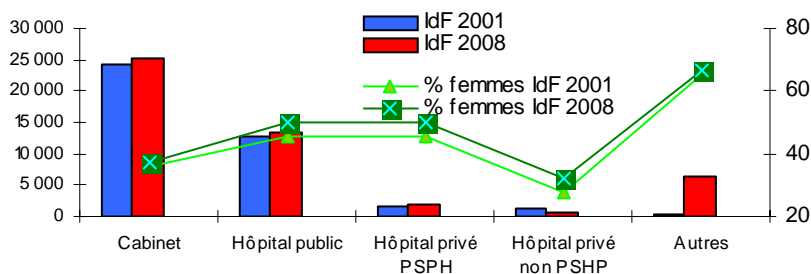
Le 92 et le 93 constatent la plus forte diminution de la densité de médecins généralistes en 8 ans, mais celle-ci est surtout associée à l'augmentation de la population dans ces deux départements. La

croissance démographique est plus rapide en petite couronne (+ 1 %), notamment dans le 92 ou 93 (Courbevoie, Issy-les-Moulineaux, Levallois-Perret, Montrouge, Saint-Denis, Montreuil, Aubervilliers).



La démographie de toutes les spécialités franciliennes n'est pas homogène. Par exemple la psychiatrie adulte diminue globalement de 2% entre 2005 – 2009 (-1,8% en cabinet, + 4% à l'hôpital, âge moyen 53,3 ans) et la pédo-psychiatrie de 9% sur la même période, touchant uniquement l'exercice libéral. De même la gynécologie médicale diminue de 3% sur cette période touchant uniquement le secteur libéral dont l'âge moyen des professionnels est de 57,9 ans. Par contre la gynécologie-obstétrique est en progression (+ 7%) dans notre région, essentiellement à l'hôpital et un âge moyen pour la profession de 52,2 ans. Mais il faut regarder en fonction de cette démographie, la répartition géographique et les populations concernées.

***- L'évolution des secteurs d'activité des médecins confirme la préférence pour l'activité professionnelle salariée***

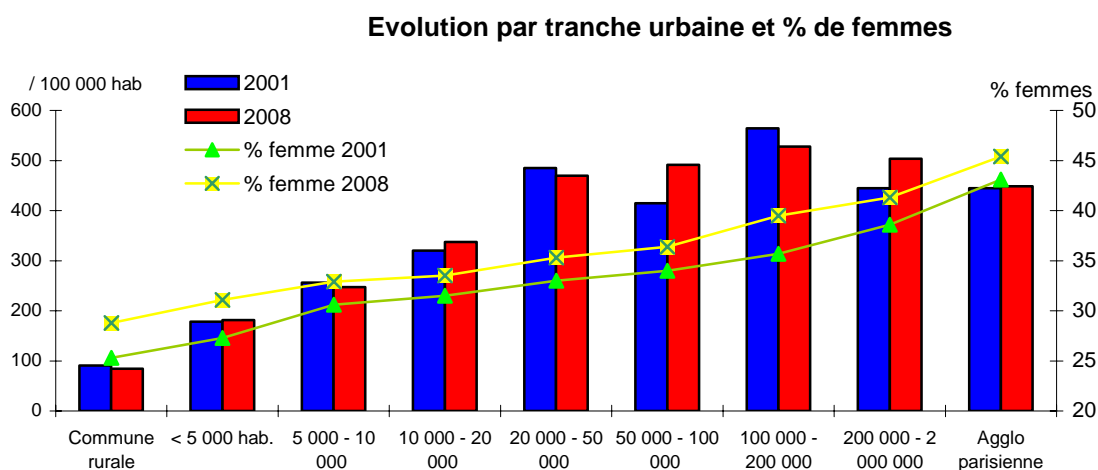


L'activité médicale salariée semble être l'activité recherchée actuellement, surtout dans la population médicale féminine, soit au sein de l'hôpital public (+ 4,3%), soit pour l'hôpital privé PSPH (+ 7,2%) *versus* 2,6% pour le cabinet libéral. Au total, le nombre de médecins libéraux n'augmente que très

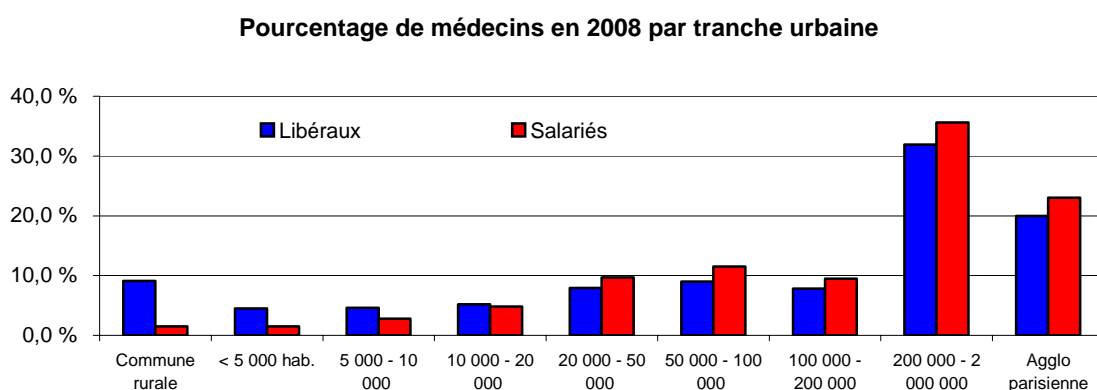
faiblement en 8 ans (+ 0,58 %) par rapport au choix du salariat (+ 1,4 %). Le manque d'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes risque d'accentuer la difficulté d'un maillage satisfaisant et du maintien des cabinets médicaux sur un territoire.

**- L'évolution de la densité des médecins par unité urbaine : l'agglomération parisienne entre 2001 – 2008 reste stable**

L'agglomération parisienne, tout comme les communes rurales, sont les sites urbains les moins attractifs pour les nouvelles installations ou les activités des professionnels.



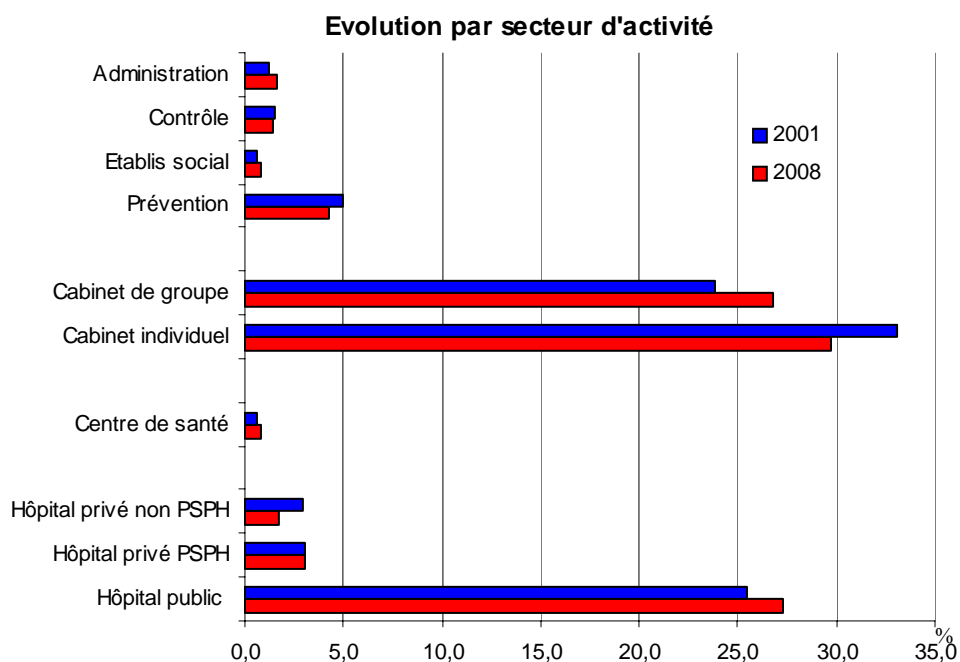
**- L'activité médicale est essentiellement dans les grandes unités urbaines**



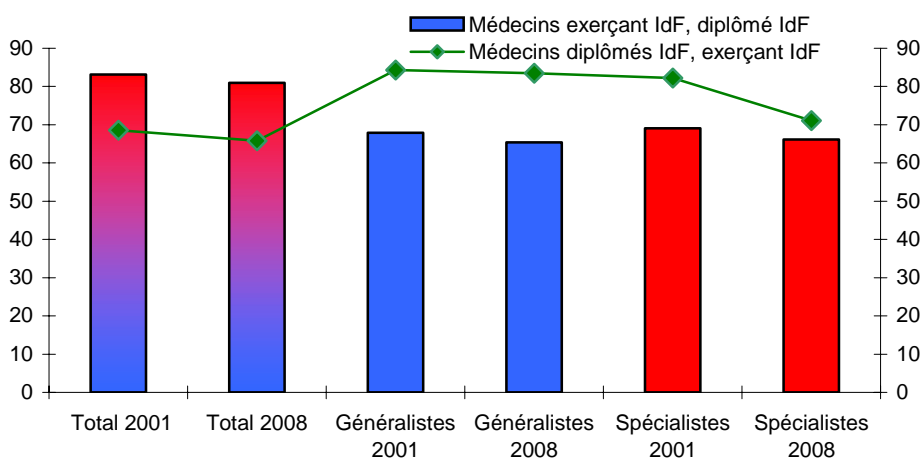
Les médecins libéraux sont et restent majoritaires dans les unités urbaines inférieures à 20 000 habitants et dans les communes rurales.

**- L'évolution des médecins 2001 – 2008 selon le secteur d'activité**

Si nous observons une augmentation de l'activité salariale, l'activité libérale en structure entrepreneuriale, c'est-à-dire exercice en groupe, augmente de 12,6% *versus* - 10,3% pour l'exercice individuel.



**- La proportion de médecins ayant eu leur diplôme en Ile-de-France, exerçant en Ile-de-France ou exerçant en Ile-de-France ayant obtenu leur diplôme en Ile-de-France**



- Sur 100 médecins ayant eu leur diplôme en Ile-de-France, 65,8 exercent en Ile-de-France 2008,
- Sur 100 médecins exerçant en Ile-de-France, 81 ont obtenu leur diplôme en Ile-de-France 2008.

Nous observons dans les deux schémas une diminution du souhait d'exercer le métier médical en Ile-de-France depuis 8 ans : **Peu de médecins viennent donc s'installer en Ile-de-France.**

- - 2,5% pour les médecins ayant eu leur diplôme en Ile-de-France et exerçant en IdF,
- - 4% pour les médecins exerçant en Ile-de-France et ayant obtenu leur diplôme en IdF.

L'Ile-de-France est une région de contraste médical avec un secteur salarié fortement développé du fait de grands pôles hospitaliers et d'un secteur libéral en tension du fait du coût des investissements et du fonctionnement de l'activité. D'autre part, cette région dite « riche », se trouve confrontée, comme d'autres régions, à la problématique de la démographie médicale surtout dans le secteur libéral car un certain nombre d'indicateurs régionaux n'incitent pas les jeunes à s'installer. Cette représentation négative de l'exercice libéral peut devenir un handicap pour l'ensemble de la collectivité.

#### **D. L'analyse de l'évolution des professions de santé (hors médecins) en Ile-de-France 2001 - 2009<sup>50</sup>**

L'analyse globale des professionnels de santé en IdF, hors médecins, sur les dix dernières années montre un léger recul de l'attractivité d'exercer sa profession sous le statut libéral au profit du salariat, et pour les chirurgiens-dentistes une franche diminution de leur installation. D'autre part, nous constatons aussi une augmentation de la féminisation de certains secteurs professionnels.

##### **1. Les chirurgiens-dentistes en IdF**

L'analyse de l'évolution des odontologistes entre 2001 – 2009 montre

- un âge moyen de 50 ans des professionnels en exercice,
- un secteur libéral représentant 86,6% des professionnels *versus* 91,6% en 2001, soit un secteur moins attractif (-5,5% en 8 ans),
- une densité d'odontologiste qui a diminué de 6,97% durant la dernière décennie,
- des professionnels libéraux en diminution de - 7,3% en 8 ans,
- une diminution globale de professionnels touchant l'ensemble des départements variant de - 4,2% dans le 94 à - 11% dans le 91,
- une augmentation de la féminisation de 12%,

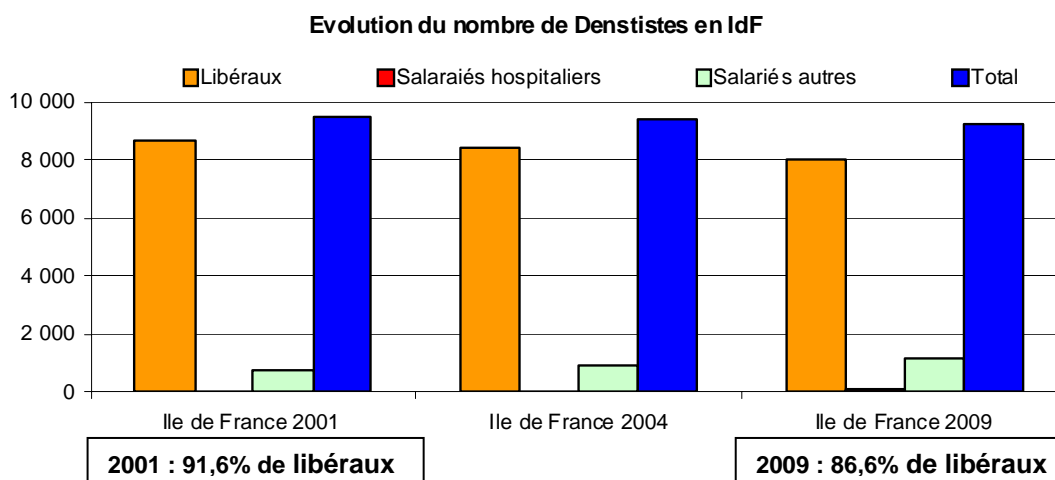
##### **Nombre des chirurgiens-dentistes entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité**

Dentistes	Libéraux	Salariés hospitaliers	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	8 674	50	745	9 469
Ile-de-France 2004	8 465	56	888	9 409

<sup>50</sup> Drees Statistiques 2001 et 2009. Les statistiques publiées dans ce document de travail portent sur les professions de santé (hors médecin) inscrits dans Adeli comme étant actifs occupés. Au total, le traitement des doublons conduit à corriger à la baisse d'environ 0,3 % les effectifs des professionnels répertoriés. En janvier 2004, la DREES a mené une opération qualité concernant des salariés liés à tort à un cabinet libéral.

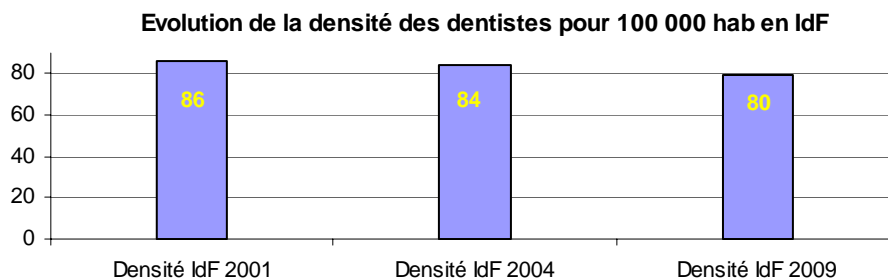
Ile-de-France 2009	8 036	114	1 124	9 274
--------------------	-------	-----	-------	-------

Nous observons une diminution continue du secteur libéral depuis 8 ans avec une augmentation du secteur salarié (+ 47,7%) mais avec un solde démographique négatif.

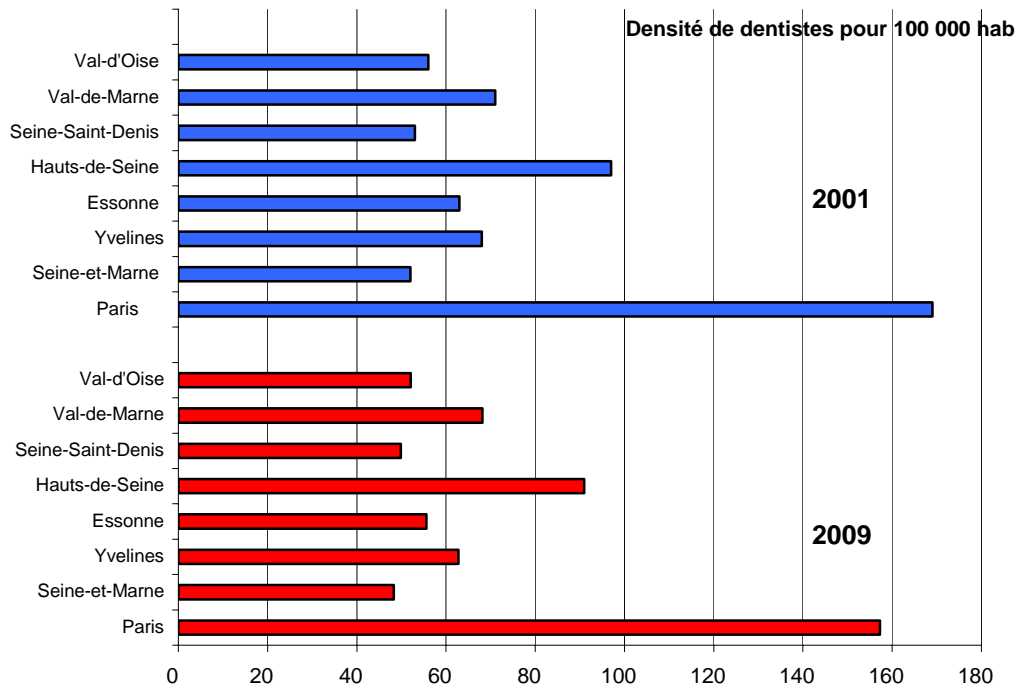


L'évolution 2009/2001 montre une diminution globale de chirurgiens-dentistes de – 2% touchant spécifiquement le secteur libéral – 7,3% versus + 5,57% pour le secteur du salariat. En regard de ce constat, nous observons une augmentation du taux de féminisation de + 12% entre 2001-2009 (37,8% à 42,4%).

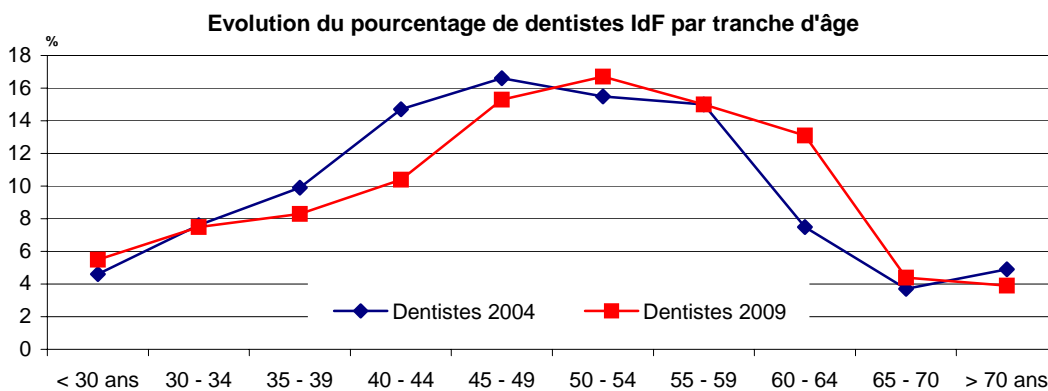
La densité de chirurgien-dentiste a diminué de 6,97% durant la dernière décennie



Tous les départements de l'Ile-de-France constatent cette diminution de la densité de chirurgiens-dentistes. Le département le plus impacté est l'Essonne (– 11%) et les deux départements les plus faiblement impactés sont la Seine-Saint-Denis (– 5,6%) et le Val-de-Marne (– 4,2%). Pour les autres départements la baisse est de l'ordre de (– 7%).



Nous constatons également un vieillissement de la profession en exercice : âge moyen 50 ans



Comme pour le corps médical, les odontologistes franciliens forment une population vieillissante ayant les mêmes difficultés à transmettre leur activité aux jeunes générations qui ont une appropriation négative du métier ou du secteur professionnel en IdF.



## 2. Les pharmaciens en IdF, les pharmacies en IdF<sup>51,52</sup>

L'analyse de l'évolution des pharmaciens entre 2001 – 2009 montre

- un âge moyen de 52 ans des professionnels en exercice
- une augmentation de 23% de pharmaciens
- une diminution de 3,4% d'officines en 8 ans
- une diminution de 5,6% des pharmaciens libéraux
- une densité d'officine de – 2,3% par rapport à la moyenne nationale
- une officine pour 2 700 habitants, soit 4 048 officines

### Nombre des pharmaciens entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Pharmaciens	Libéraux	Salariés Hospitaliers	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	6 089	829	4 363	11 281
Ile-de-France 2004	5 905	1 152	5 418	12 475
Ile-de-France 2009	5 745	1 737	6 394	13 876

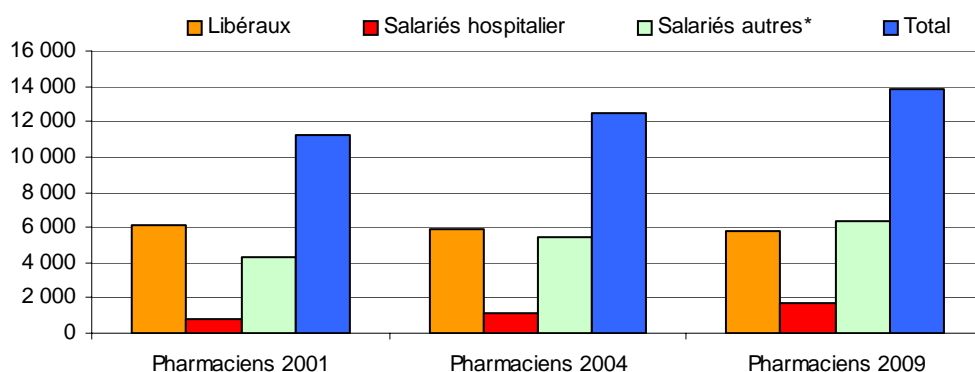
Le nombre de pharmaciens libéraux n'identifie pas le nombre d'officines. En Ile-de-France, 4 689 pharmaciens sont titulaires des 4 048 officines et ont 4 912 pharmaciens adjoints (soit 2,6 pharmaciens par officine). Par ailleurs, dans notre région, très urbanisée, on note un surnombre d'officines. Mais la question de la densité concerne le maillage du réseau d'officines. En Seine-Saint-Denis, en raison de la disparition de plusieurs médecins, 4 officines ont fermé. D'où la nécessité d'une coordination globale entre le corps médical et les pharmaciens, lors de la mise en place de structures de santé pluridisciplinaires. La pharmacie d'officine est en phase de mutation en raison d'une augmentation des associations et des fermetures d'officines.

---

<sup>51</sup> Drees n°92, 2009. L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001

<sup>52</sup> Drees Etude et Recherche, Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030. n° 54  
Dans la région parisienne, tous postes confondus, l'Ordre recense près de 7 % d'officinaux en plus. Les différences constatées selon la fonction occupée se compensent partiellement : d'un côté, le répertoire Adeli recense 200 titulaires de plus (soit un effectif supérieur de 4 %) alors que, d'un autre côté, il comptabilise 850 adjoints de moins (soit une différence de 19 %). Ces forts écarts sont principalement le fait de trois départements : Paris et le Val de Marne, d'une part, où le nombre de titulaires est proche mais où près de 700 adjoints (respectivement 100) manquent par rapport à l'Ordre et la Seine Saint-Denis, d'autre part, qui recense à la fois plus de titulaires (différence de 8 %) et d'adjoints (différence de l'ordre de 40 %).

### Evolution du nombre de pharmaciens en IdF



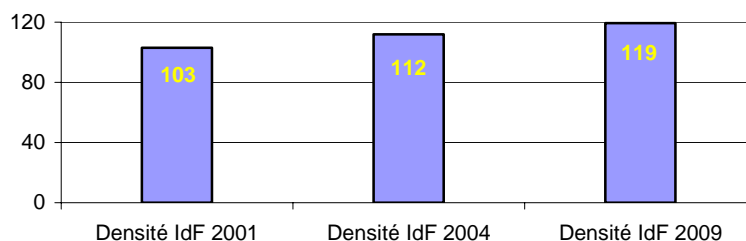
2001 : 54% de libéraux

2009 : 41,4% de libéraux

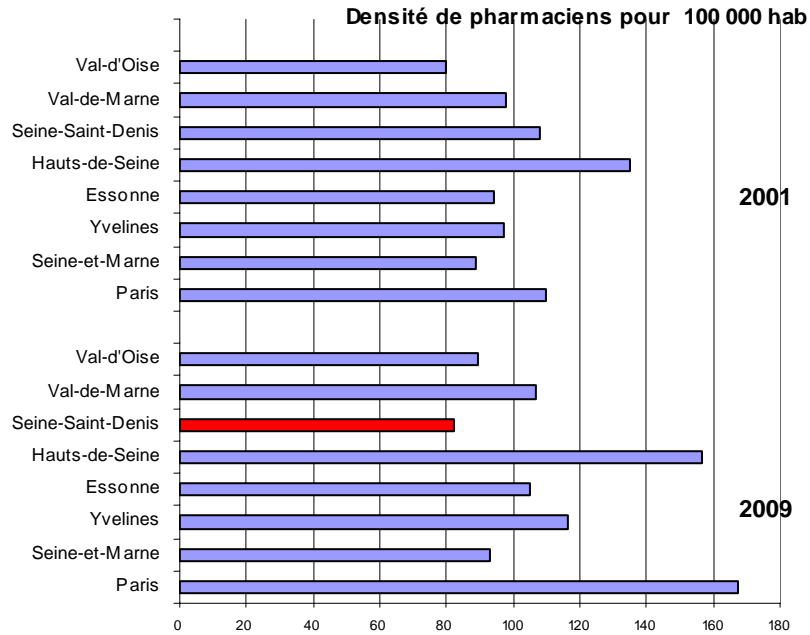
L'évolution 2009/2001 montre une progression globale de pharmaciens de + 23% mais une diminution des professionnels libéraux – 5,6% versus + 56,6% pour le secteur du salariat. En regard de ce constat, nous observons une faible progression du taux de féminisation de + 3,7% entre 2001-2009 (64,7% à 67,1%) dans une profession où elles demeurent majoritaires.

La densité globale de pharmaciens en Ile-de-France progresse de 15,5%.

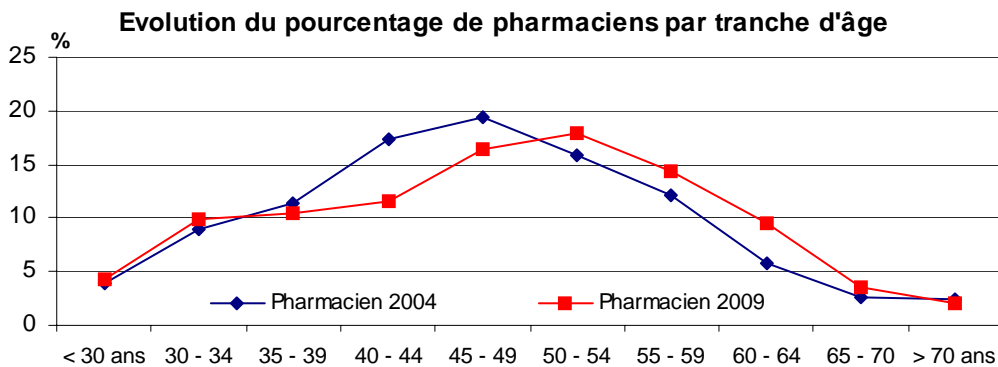
### Evolution de la densité des pharmaciens pour 100 000 hab IdF



Si la densité de pharmaciens progresse sur la majorité des départements franciliens, nous observons une diminution de celle-ci en Seine-Saint-Denis (– 24%).



Nous observons aussi un vieillissement de ces professionnels en activité : âge moyen 52 ans.



La pharmacie d'officine est répartie actuellement de façon homogène sur le territoire francilien, bien qu'il existe quelques contrastes tels qu'un surnombre d'officines en Ile-de-France par rapport à la densité métropolitaine et plusieurs « liquidations » en Seine-Saint-Denis. Comme toutes activités économiques, l'officine pharmaceutique se restructure en se regroupant afin de rechercher de meilleures conditions techniques d'exploitation et de commercialité même si les rachats restent encore plus importants que les regroupements.

### 3. Les sages femmes en IdF

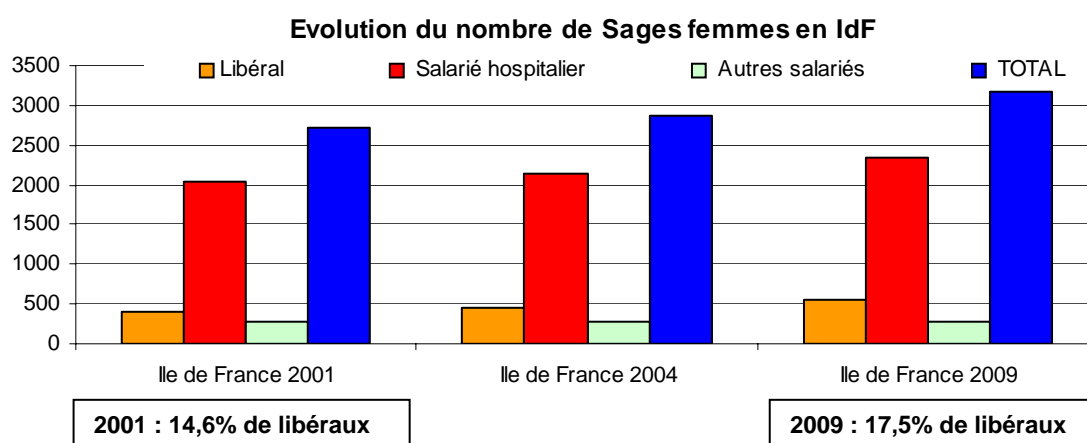
L'analyse de l'évolution 2001 - 2009 montre

- un âge moyen stable de 42 ans, mais plus jeune en milieu hospitalier (83% < 40ans)
- une progression globale de 16% des sages femmes touchant les deux secteurs

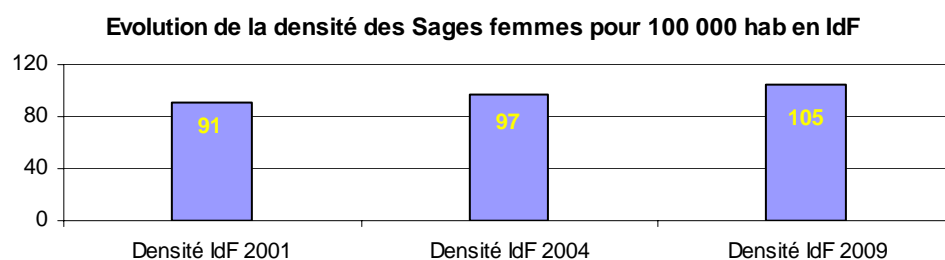
- une densité qui a diminué dans le 94, mais à analyser en fonction du nombre de maternités

### Nombre des sages femmes entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Sages femmes	Libérales	Salariés hospitaliers	Salariés autres <sup>+</sup>	Total
Ile-de-France 2001	397	2 052	272	2 721
Ile-de-France 2004	443	2 142	275	2 860
Ile-de-France 2009	555	2 349	270	3 174



L'évolution 2009/2001 montre une progression globale des sages femmes de + 16% touchant à la fois le secteur libéral + 39,7% et le secteur salarié + 12,7%. En regard de ce constat, nous observons une faible diminution du taux de féminisation de - 1% entre 2001-2009 (99,4% à 98,4%).

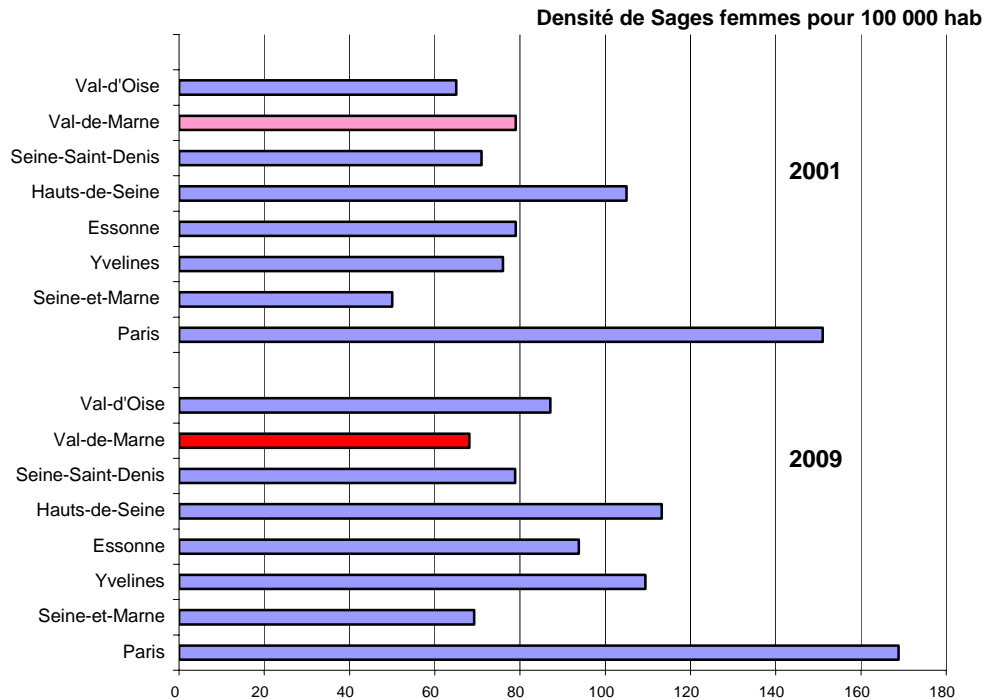


La densité\* globale des sages femmes en IdF a progressé de 15,4% durant la dernière décennie. Si cette densité a progressé durant les neuf dernières années, celle-ci a diminué de 13,9% dans le Val-de-Marne.

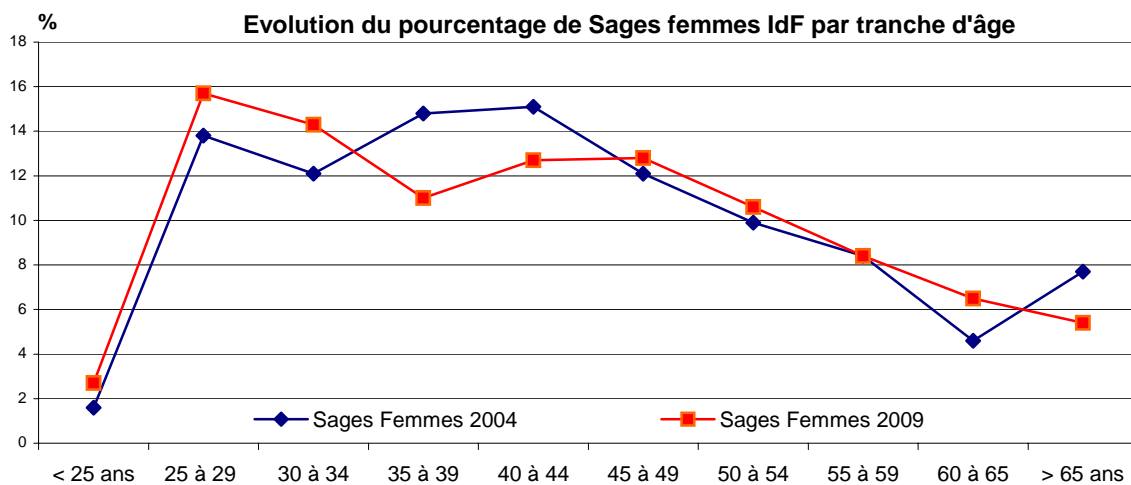
<sup>+</sup> PMI, Collectivités territoriales

\* nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Sources : Drees. Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2007



L'âge moyen des sages femmes en exercice est resté stable depuis cinq ans.



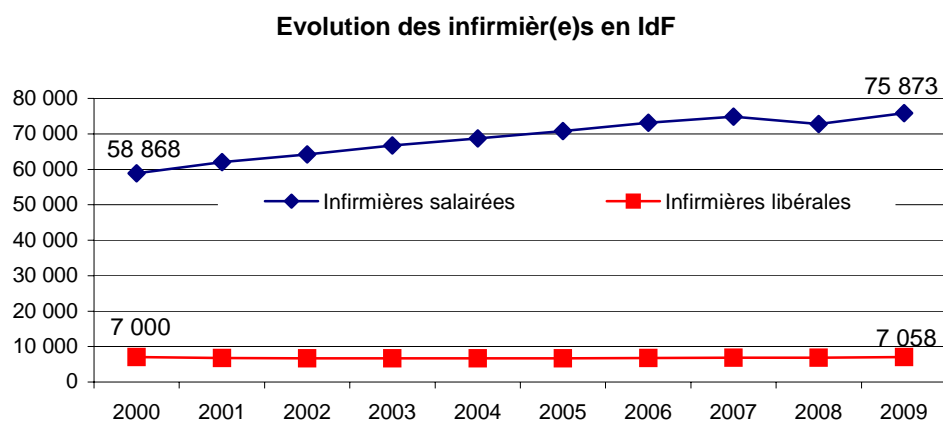
La judiciarisation liée à la naissance étant en progression, elles entraînent une forte augmentation de la responsabilité civile professionnelle et peuvent modifier l'activité des sages femmes libérales qui s'orientent alors sur la prise en charge de la péri-natalité.

#### 4. Les infirmier(e)s en IdF

**Au côté du secteur médical, le métier d'infirmier(e)** connaît également des difficultés en Ile-de-France. La situation de la profession infirmier(e) en Ile-de-France

- 82 921 infirmier(e)s en exercice au 1<sup>er</sup> janvier 2009 : 91,5% sont salarié(e)s (dont 78% de salarié(e)s hospitaliers) et 8% d'infirmier(e)s libéraux,
- une densité régionale plus faible que la moyenne nationale (715/785 infirmiers pour 100 000 hab.), en particulier pour les professionnels libéraux (60/111), avec de fortes disparités départementales,
- 30% des infirmier(e)s franciliens ont plus de 50 ans et 19,2% plus de 55 ans (France : 17,3%),
- **des besoins de recrutement importants à 5 ans estimés de 4 000 à 7 000 nouveaux diplômés par an :4 000 au minimum pour remplacer les départs à la retraite**
  - **1 600 pour atteindre la densité nationale actuelle**
  - **1 600 pour répondre aux nouveaux besoins (PRIAC-SROS\* ...)**

Le problème deviendra plus tendu dans le secteur ambulatoire avec l'absence d'attraction des jeunes pour le secteur libéral.



Source ADELI

D'autant que le prise en charge de soins infirmiers pour des patients et des personnes âgées est assuré à la fois par les infirmier(e)s libéraux (IDEL), mais aussi par des centres de soins à domicile (CSI) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) où travaillent des libéraux. Si la connaissance fine de l'activité des infirmiers libéraux est bien cernée, à l'inverse celle des SSIAD et des CSI est mal connue.<sup>53</sup> Elle est mal connue tant sur le champ de leurs activités que sur leurs zones d'interventions qui ne recoupent pas forcément les périmètres des bassins de vie. Aussi, la Mission régionale de santé

\* PRIAC programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, SROS schéma régional de l'organisation des soins

<sup>53</sup> Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers. IGAS 2008

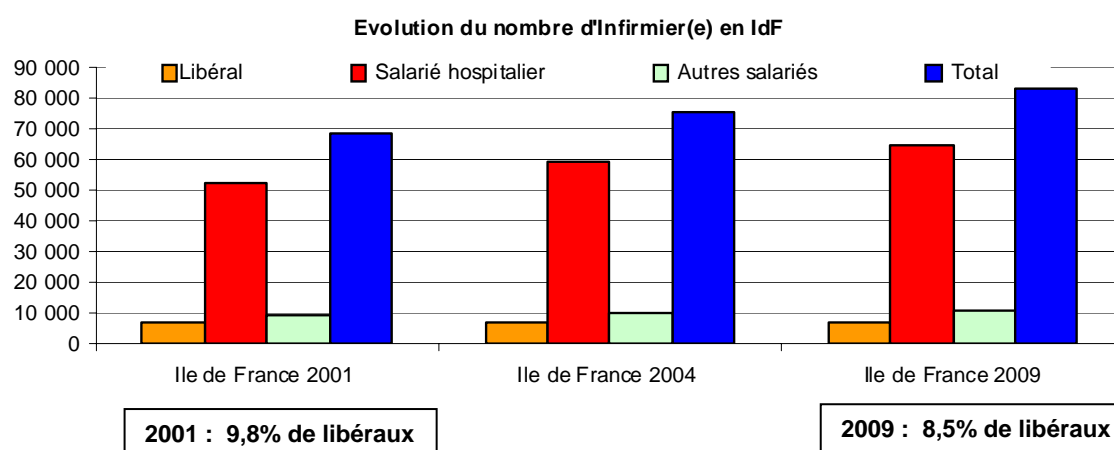
(MRS) d'Ile-de-France a proposé de délimiter les territoires déficitaires en infirmiers basés sur le découpage en zones de recours aux médecins généralistes.<sup>54</sup>

L'analyse de l'évolution 2001 - 2009 des infirmier(e)s montre

- un vieillissement des infirmier(e)s avec un âge moyen de 45 ans (30% > à 50 ans)
- une progression globale de 20% du nombre d'infirmier(e)s en 9 ans
- une densité inférieure par rapport à la densité nationale (IdF 715 / France 803), pourtant l'Ile-de-France forme un nombre important d'infirmier(e)s par rapport à sa population
- un secteur libéral représentant 8,5% des professionnels, un poids diminuant de 13%
- des infirmier(e)s libéraux augmentant de 3,7% *versus* 23,6% et 14,7% pour les infirmier(e)s salariés hospitaliers et autres (PMI, scolaires...)
- Le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis constatent une diminution des infirmier(e)s

### Nombre d'infirmier(e)s entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Infirmiers (ères)	Libéral	Salarié hospitalier	Salariés autres *	Total
Ile-de-France 2001	6 803	52 561	9 513	68 877
Ile-de-France 2004	6 651	59 137	9 567	75 355
Ile-de-France 2009	7 058	64 961	10 912	82 931

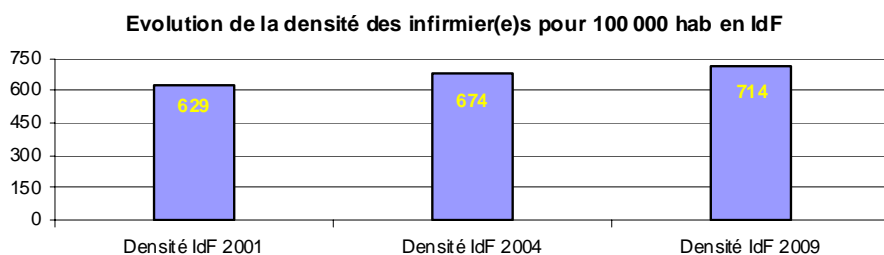


<sup>54</sup> Note MRS-RIF, Note méthodologique sur les difficultés liées au découpage en bassin de vie en IdF, 2006

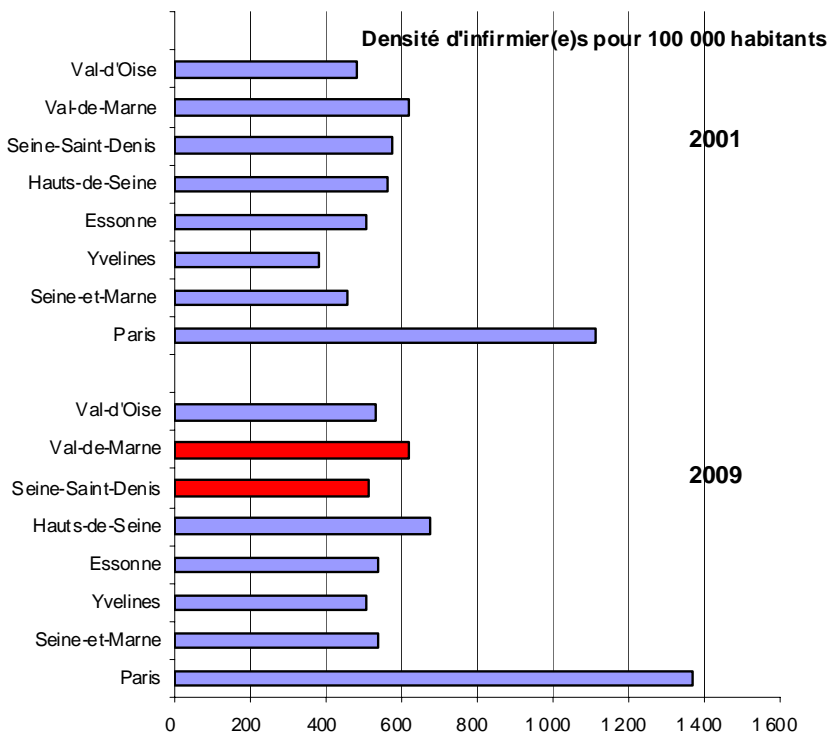
\* PMI, santé scolaire, secteur du travail, institutions (HAD, Ssiad...)

L'évolution 2009/2001 montre une progression globale des infirmier(e)s de + 20% touchant plus faiblement le secteur libéral + 3,7% que le secteur du salariat + 22,2%. Mais sur cette période, le secteur libéral régresse de 13% par rapport au salariat. En regard de ce constat, nous observons une stabilisation du taux de féminisation de 87,2% entre 2001-2009.

La densité globale des infirmières a progressé de 13,5% durant la dernière décennie

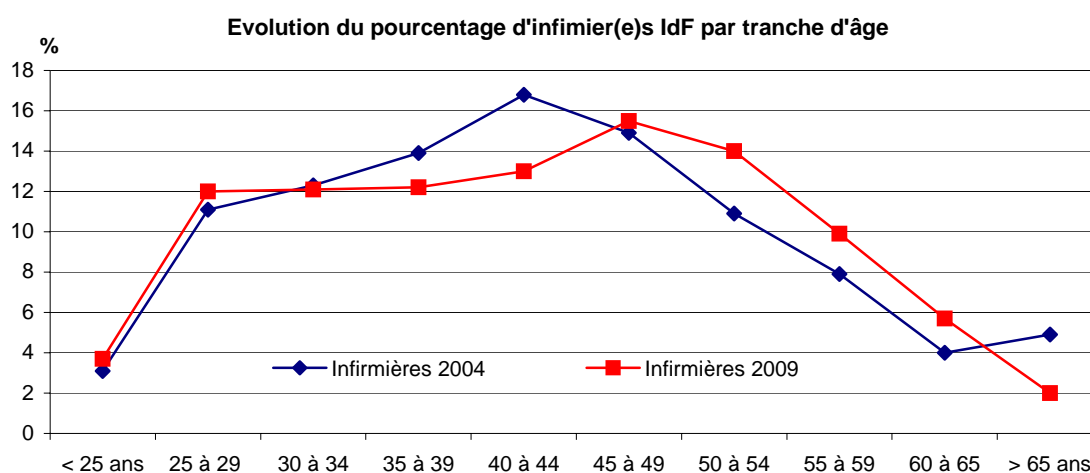


La plus forte diminution de la densité d'infirmier(e) est observée en Seine-Saint-Denis (-10,6%). Une étude de la Drees sur le personnel infirmier (2006) a montré que l'Ile-de-France forme un nombre important d'infirmier(e)s par rapport à sa population, mais la région a des difficultés de recrutement et une densité d'infirmier faible.





Nous observons un vieillissement des infirmier(e)s de 5 ans : âge moyen 45 ans



La présence et le professionnalisme des infirmier(e)s auprès des patients en ce qui concerne leur prise en charge et leur suivi de soins, au sein des services hospitaliers (soins de suite, unité de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou au domicile) sont des atouts qui doivent être valorisées. De même, le rôle essentiel des infirmiers qui assistent les personnes aux fonctions comportementales et cognitives altérées, par une aide discrète ou par la prise en charge d'une dépendance totale, doit être mieux reconnu. L'infirmier(e) doit être considéré comme un des interlocuteurs incontournables sur les questions de santé et de suivi des personnes âgées avec les résultats que l'on connaît en terme de performance, particulièrement en matière de soins pour cette population et au plus près des lieux de vie. Souvent, ils ont un rôle « d'articulation » entre le champ sanitaire et médico-social, qu'ils remplissent très généreusement et bénévolement. Ils permettent aussi de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou en différant leur entrée à l'hôpital (ou dans un établissement d'hébergement) et en raccourcissant certains séjours hospitaliers.

### 5. Les masseurs-kinésithérapeutes en IdF

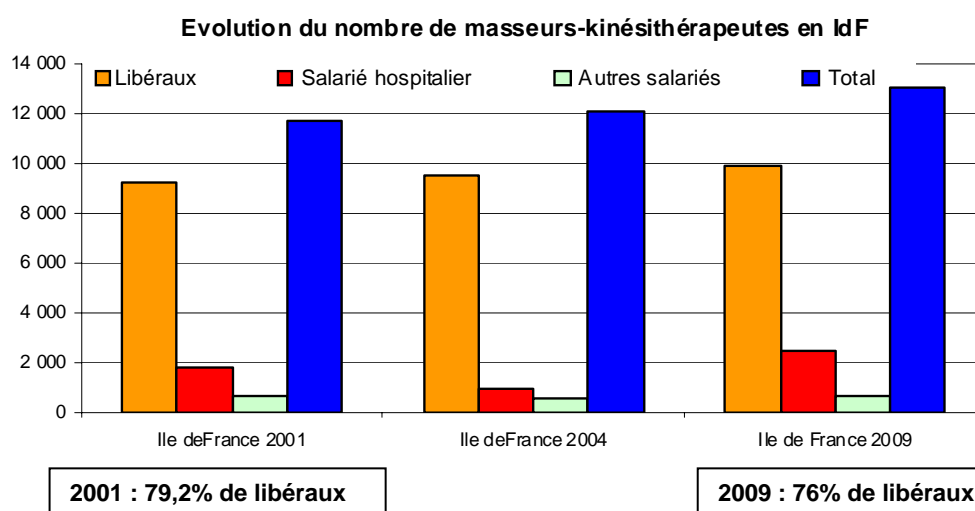
L'analyse de l'évolution 2001 - 2009 des masseurs-kinésithérapeutes montre

- un âge moyen stable de 43 ans
- une progression globale de 11% du nombre de masseurs-kinésithérapeutes
- un secteur libéral représentant 76% des professionnels, un poids diminuant de 3,8%
- une densité qui a progressé de 4,6% (IdF 112 / France 108)
- des professionnels libéraux augmentant de 7% *versus* 28% pour le salariat
- un taux de féminisation en augmentation de 6%

- Le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis constatent une diminution de professionnels

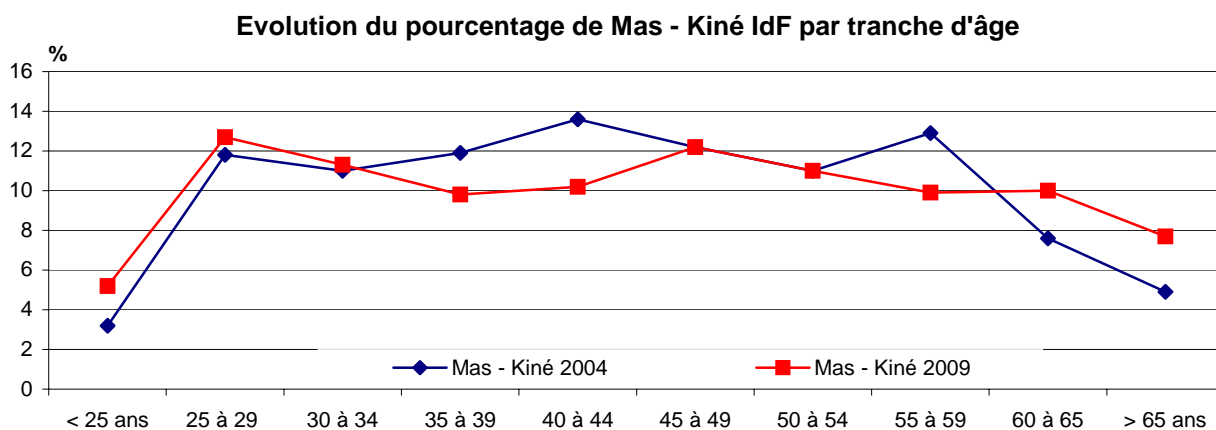
### Nombre de masseurs-kinésithérapeutes entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Masseurs kinésithérapeutes	Libéraux	Salariés hospitaliers	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	9 248	1 775	656	11 679
Ile-de-France 2004	9 481	960	576	12 017
Ile-de-France 2009	9 874	2 476	628	12 978

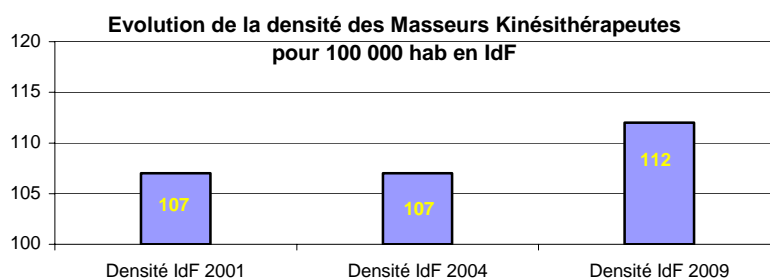


L'évolution 2009/2001 montre une progression globale des masseurs kinésithérapeutes de + 11% touchant plus faiblement le secteur libéral + 6,7% que le secteur du salariat + 27,7%. Mais sur cette période, le secteur libéral régresse de 4% par rapport au salariat. En regard de ce constat, nous observons une augmentation du taux de féminisation de 6,4% entre 2001-2009 (48,6% à 51,7%).

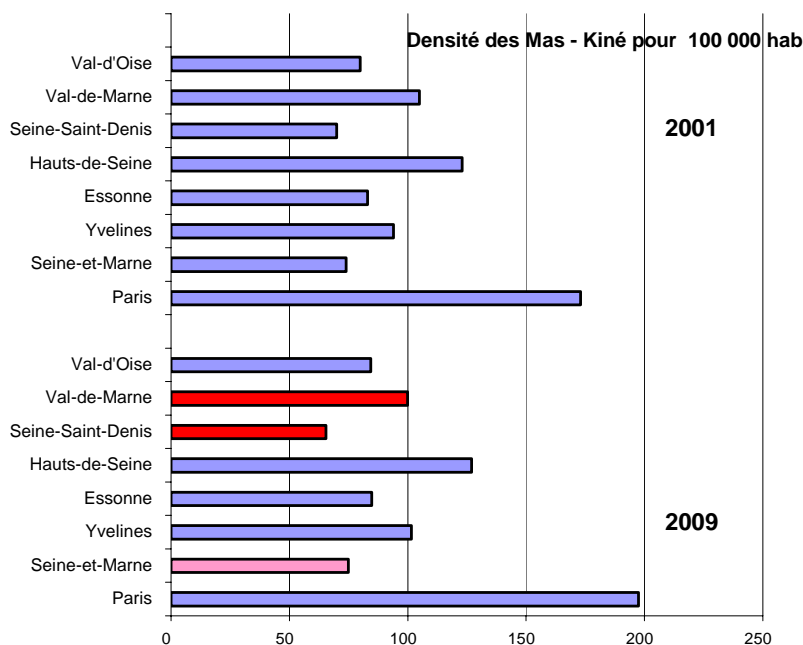
L'âge moyen des masseurs kinésithérapeute est stable depuis plusieurs années



La densité globale des masseurs-kinésithérapeutes a progressé de 4,6% depuis 2001.



La Seine-Saint-Denis est le département francilien le plus touché par la diminution de la densité globale de masseurs kinésithérapeutes (- 7,1%) en 9 ans. L'autre département constant cette baisse est le Val-de-Marne (- 4,7%).



Les masseurs-kinésithérapeutes, d'abord reconnus pour leurs actions de rééducation post-traumatique, doivent être présents sur l'ensemble du territoire car ils interviennent aussi par des actions de préventions notamment "postures à l'école", actions dispensées aux élèves, aux enseignants, aux professeurs d'éducation physique afin prévenir les rachialgies mais aussi en milieu professionnel afin de travailler avec les professionnels de l'ergonomie sur les troubles musculo-squeletiques.

## 6. Les orthophonistes en IdF

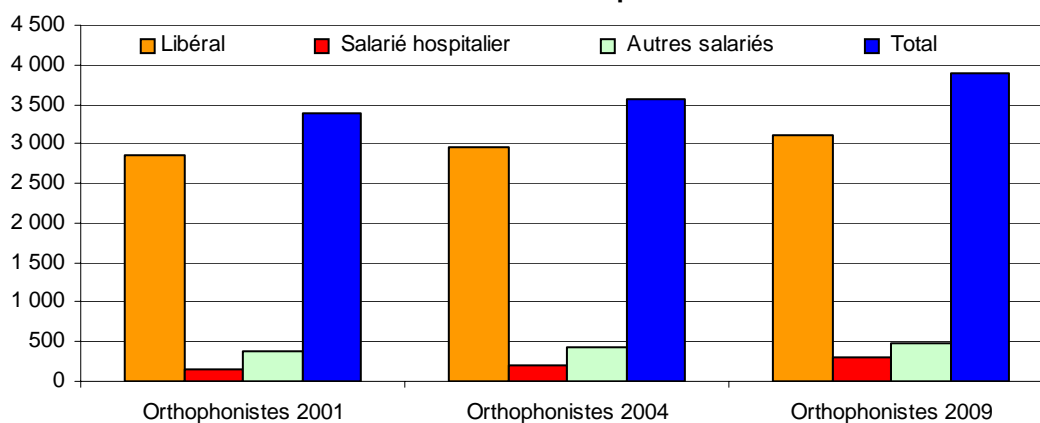
L'analyse de l'évolution 2001 - 2009 des orthophonistes montre

- un âge moyen stable de 43 ans
- une progression globale de 15% du nombre d'orthophonistes
- une densité qui a progressé de 9,6% (IdF 34 / France 30)
- un secteur libéral représentant 79,7% des professionnels, un poids diminuant de 5,6%
- des professionnels libéraux augmentant de 8% *versus* 51% pour le salariat
- La Seine-et-Marne constate une diminution de 9,5% de la densité globale

### Nombre d'orthophonistes entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Orthophonistes	Libéral	Salarié hospitalier	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	2 866	141	383	3 390
Ile-de-France 2004	2 948	196	421	3 565
Ile-de-France 2009	3 107	313	478	3 898

### Evolution du nombre d'Orthophonistes en IdF

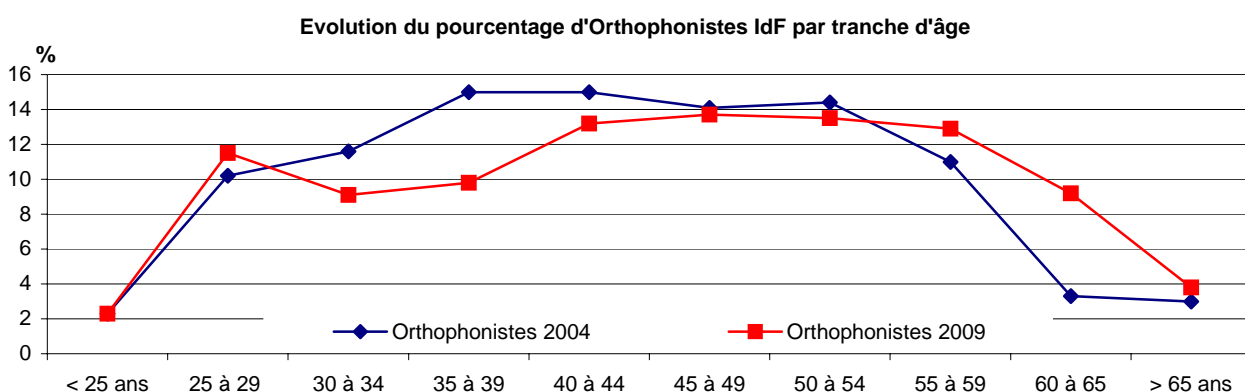


**2001 : 84,5% de libéraux**

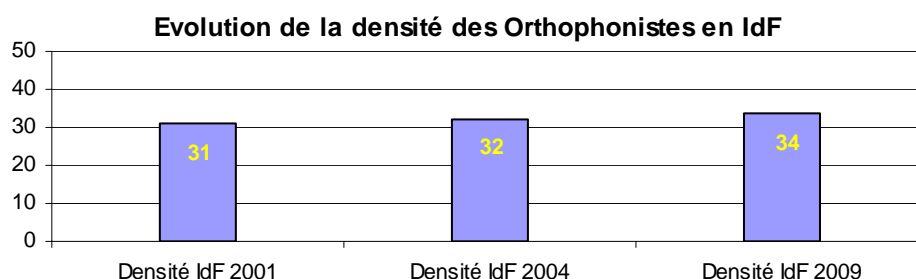
**2009 : 79,7% de libéraux**

L'évolution 2001/2009 montre une progression globale des orthophonistes de + 15% touchant plus faiblement le secteur libéral + 8,4% que le secteur du salariat + 51%. Mais sur cette période, le secteur libéral régresse de 5,7% par rapport au salariat. En regard de ce constat, nous observons une stabilisation du taux de féminisation à 97,3% entre 2001-2009.

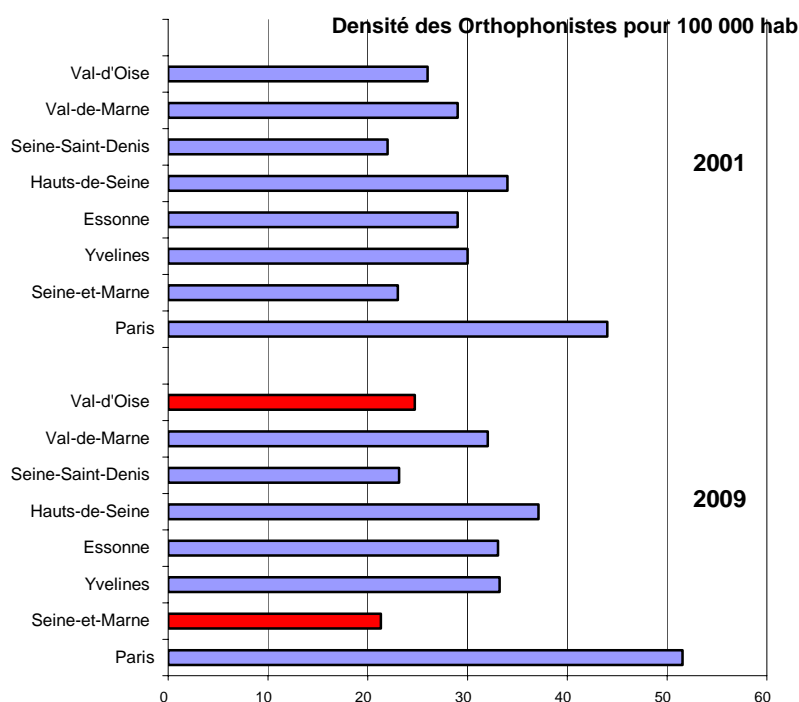
Si l'âge moyen des orthophonistes en IdF est stable, nous constatons une prolongation de leur activité à partir de 60 ans par rapport à 2001.



En une dizaine d'années, la densité globale des orthophonistes en IdF a augmenté de 9,6%.



La Seine-et-Marne observe une diminution de 9,5% de la densité globale des orthophonistes depuis 2001.



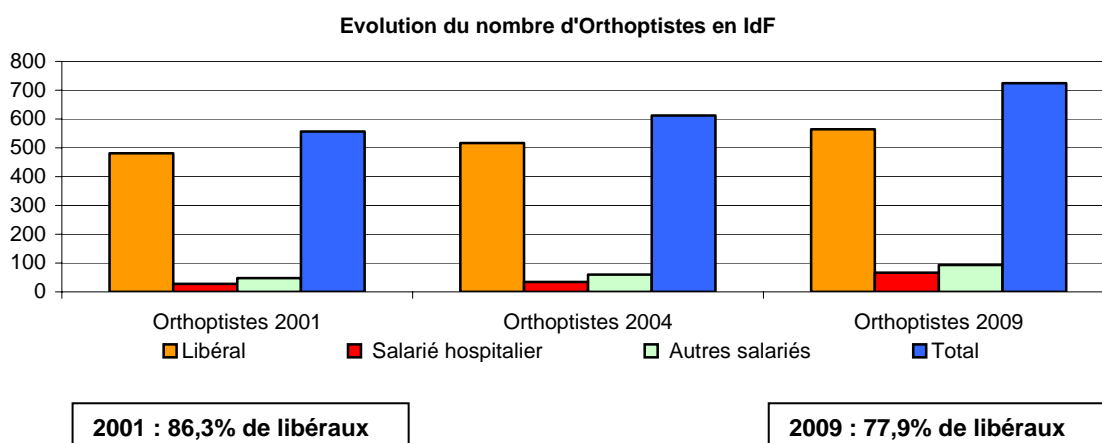
Au coté de la rééducation qu'il prodigue, l'orthophoniste travaille aussi à des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage (la lutte contre l'illettrisme) mais aussi sur la prévention des troubles du langage (trouble de l'apprentissage) avec de nombreux partenaires tels que les équipes de santé scolaire, de protection maternelle infantile et les réseaux d'aide. Il est donc nécessaire dans un zonage territorial d'évaluer la pérennité de ces professionnels tout comme les autres para-médicaux.

### 7. Les orthoptistes en IdF

L'analyse de l'évolution 2001/2009 des orthoptistes montre

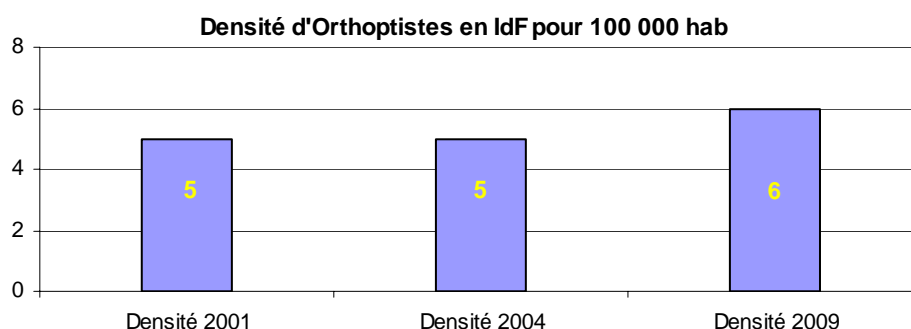
- un âge moyen stable de 40 ans
- une progression globale de 30% du nombre d'orthoptistes
- un secteur libéral représentant 77,9% des professionnels, un poids diminuant de 8,4%
- des professionnels libéraux augmentant de 17% *versus* 110% pour le salariat
- Le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines ont une densité stable depuis 9 ans

## Nombre d'orthoptistes entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

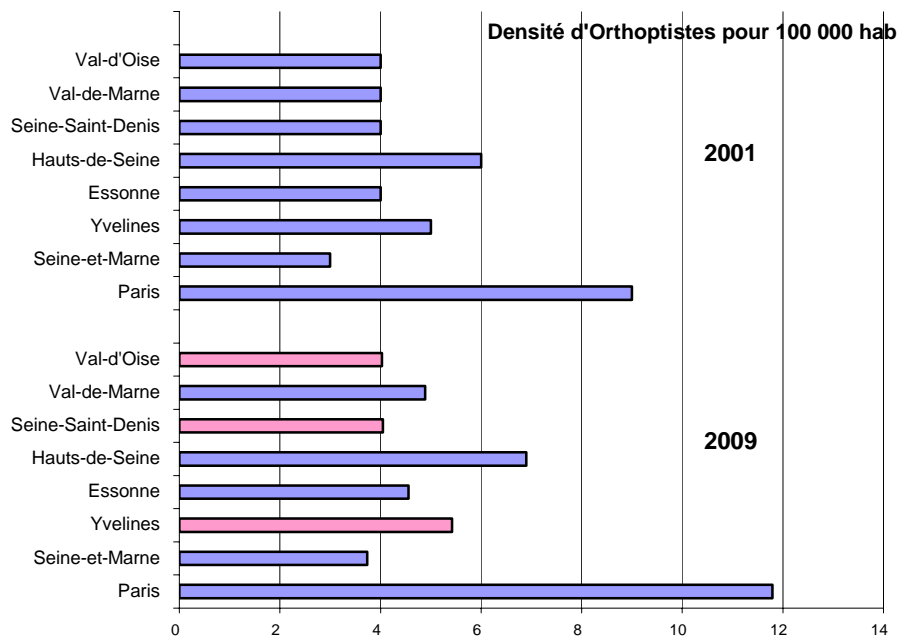


L'évolution 2009/2001 montre une progression globale des orthoptistes de + 30% intervenant à la fois sur le secteur libéral + 17,2% et sur le secteur du salariat + 110%. Comme pour d'autres branches professionnelles, le secteur libéral régresse de 9,7% par rapport au salariat. En regard de ce constat, nous observons une faible diminution du taux de féminisation à 1% entre 2001-2009 (97,1% à 90,7%). La densité globale des orthoptistes en IdF a légèrement progressé de + 2%.

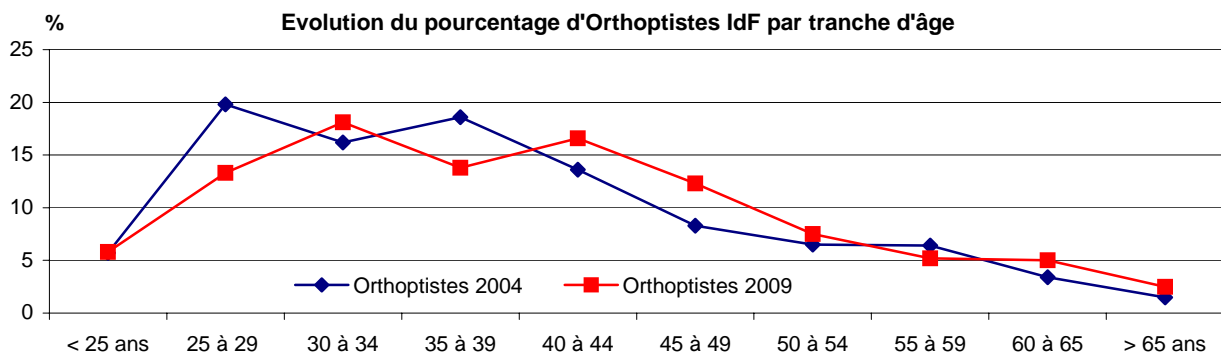
Orthoptistes	Libéral	Salarié hospitalier	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	481	28	48	557
Ile-de-France 2004	517	35	60	612
Ile-de-France 2009	564	67	93	724



Trois départements franciliens, Val-d'Oise, Seine-Saint-Denis et Yvelines, n'ont pas constaté d'augmentation de la densité globale d'orthoptistes depuis 9 ans.



L'âge moyen des orthoptistes franciliens est stable



L'orthoptiste est primordial pour contrôler la fonction visuelle à différents âges clés de la vie : chez l'enfant pour le développement de sa vision, chez l'adulte où la vision doit être en adéquation avec l'activité professionnelle, chez la personne âgée où les capacités visuelles diminuent avec ou sans la présence de pathologies. Il intervient aussi pour le dépistage dans le cadre des Protection Maternelle Infantile (PMI), de la médecine scolaire et universitaire, de la médecine du travail, médecine du sport. Sa présence doit aussi être valorisée d'autant qu'il participe à des campagnes nationales et régionales plus spécifiques autour de certaines pathologies (diabète, DMLA, glaucome...).

## 8. Les pédicures-podologues en IdF

L'analyse de l'évolution 2001/2009 des pédicures-podologues montre

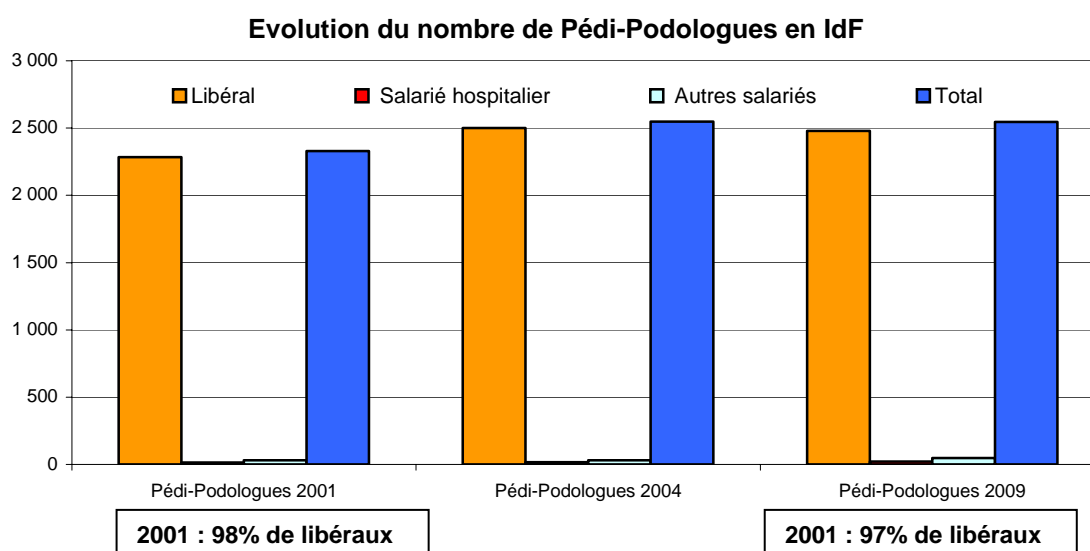
- un âge moyen stable de 41 ans
- une progression globale de 9% du nombre de pédicures-podologues



- un secteur libéral représentant 97,3% des professionnels, leur poids diminuant de 0,7%
- des professionnels libéraux augmentant de 8,5% *versus* 51% pour le salariat
- Le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis ont une densité stable depuis 9 ans
- La Seine-et-Marne et les Yvelines constatent une augmentation de professionnels

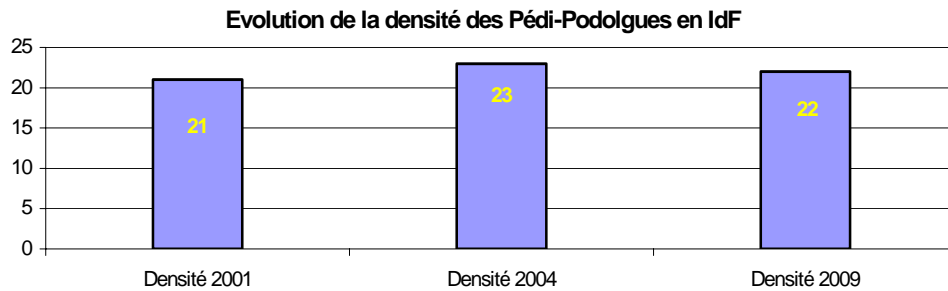
### Nombre de pédicures-podologues entre 2001 – 2009 selon le secteur d'activité

Pédicures-podologues	Libéral	Salarié hospitalier	Salariés autres	Total
Ile-de-France 2001	2 284	15	30	2 329
Ile-de-France 2004	2 501	16	32	2 549
Ile-de-France 2009	2 478	21	47	2 546

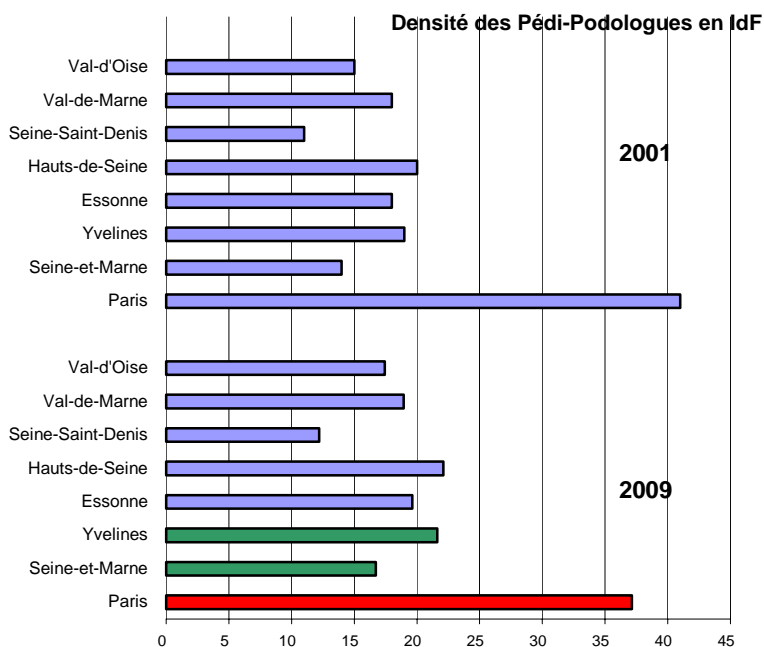


L'évolution 2001/2009 montre une progression globale des pédicures-podologues de + 9,3% intervenant à la fois sur le secteur libéral + 8,5% et sur le secteur du salariat + 51%. Le secteur libéral régresse de 1% par rapport au salariat. En regard de ce constat, nous observons une faible diminution du taux de féminisation à 6,4% entre 2001-2009 (73,4% à 68,7%).

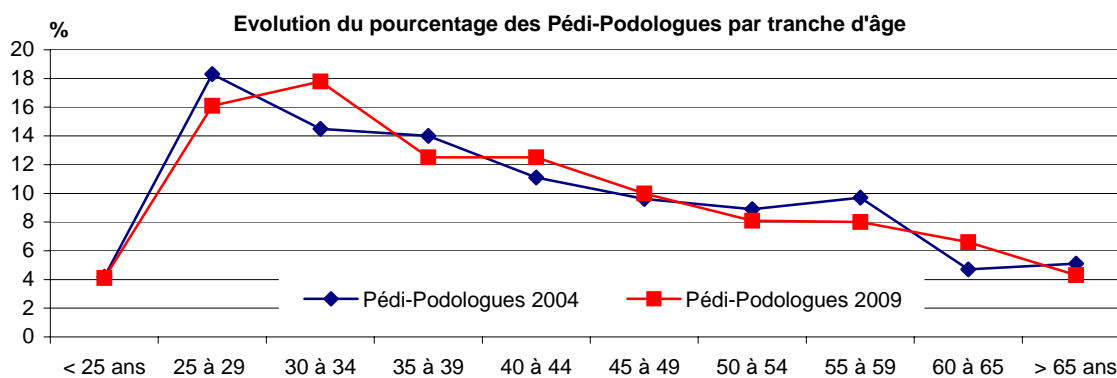
La densité globale des pédicures-podologues n'a pas progressé depuis 2001.



Le département de Paris est le seul département francilien où nous constatons une diminution de 10,8% des pédicures-podologues par rapport à 2001. Par contre la Seine-et-Marne et les Yvelines enregistrent la plus forte augmentation de leur densité respectivement (+ 21,4%) et (+ 15,8%).



L'âge moyen des pédicures-podologues est stable depuis 2004.



Le podologue joue un rôle de plus en plus important en gériatrie, en pédiatrie, dans la prévention des complications du pied diabétique et dans la prise en charge de troubles de la statique.

Au total, les professions de santé, hors médecins, augmentent de 17,3 % en 8 ans, passant de 110 303 professionnels en 2001 à 129 401 professionnels en 2009 en parallèle d'une augmentation globale de la problématique francilienne (+ 6,5 % de 1999 à 1987). Mais cette progression n'est pas linéaire selon le secteur d'activité, libéral ou salarié, celle-ci variant de + 1,5 % pour l'activité libérale à + 25,2 % pour l'activité salariée. Ainsi, **le nombre de professionnels libéraux de santé diminue de 13,4 % en 8 ans par rapport à l'ensemble du secteur de la santé francilien et celui des professionnels salariés de santé progressent de 6,6 %**. Il est donc nécessaire de développer un discours positif auprès des jeunes afin que ceux-ci retrouvent une attractivité pour exercer leur activité en profession libérale. Car le maillage territorial du secteur libéral est le garant d'un exercice de proximité, participant au maintien du lien social et à l'économie locale sur un territoire donné. Mais devant la problématique de la démographie médicale, il faut aussi se poser la question :

- du soutien à ce secteur économique de proximité,
- du transfert de tâches entre professionnels de santé, solution qui passe par l'acquisition de nouvelles compétences au travers des formations validantes.

#### **E. L'analyse de l'évolution des secteurs d'activité et des unités urbaines des professions de santé<sup>55</sup>**

**L'analyse du secteur d'activité des professions libérales de santé durant les huit dernières années montre une augmentation d'environ 34% de l'exercice en groupe**, c'est-à-dire en structure entrepreneuriale. Cette progression de l'activité en cabinet de groupe varie de 73% pour les sages femmes à 24% pour les infirmier(e)s.

D'autre part, l'analyse des professionnels selon l'unité urbaine montre une diminution moyenne de 6,8% de l'installation en agglomération parisienne des professionnels libéraux de santé depuis 8 ans, allant de - 3% pour les chirurgiens dentistes à - 10% pour les orthophonistes. **Ce constat de la baisse de l'installation des professionnels de santé en agglomération parisienne est lié au coût du foncier mais aussi à la difficulté de la réglementation sur les baux professionnels dans la**

---

<sup>55</sup> Drees Les professions de santé, série statistique n°33, n°131

**capitale.**<sup>56</sup> D'autre part, une réflexion doit être menée pour envisager la pérennité de certaines de ces TPE de proximité par rapport à la loi Handicap.<sup>57</sup>

## F. Les caractéristiques des professions libérales de santé en Ile-de-France<sup>58</sup>

Alors que l'Ile-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 6ème rang pour les médecins libéraux (18ème rang pour les généralistes libéraux et 2ème rang pour les spécialistes). L'analyse par département permet de cibler ceux confrontés aux plus faibles densités de médecins de ville, à savoir les généralistes de la Seine-Saint-Denis.

Les franciliens ont recours en moyenne à 4,6 fois par an à un médecin, à 1,3 fois à un chirurgien-dentiste et moins d'une fois par mois à un paramédical. **La majorité des consultations (75%) a lieu au cabinet du médecin et 6% à domicile. Les autres lieux sont l'hôpital (12%) et un centre de santé (6%).** Les consultations chez un spécialiste sont plus fréquentes pour les enfants (pédiatre) et parmi les jeunes femmes (gynécologues) tandis que les personnes âgées ont recours au médecin de famille, garant de la coordination de la prise en charge.<sup>59</sup> Cette partition de lieux de consultations montrent bien la nécessité du maintien de la pérennisation du maillage des professionnels libéraux de santé sur le territoire francilien.

### Nombre annuel moyen de recours aux professionnels de santé en Ile-de-France en 2002

	Hommes	Femmes	Ensemble
Médecins dont	3,6	5,5	4,6
Généralistes	2,1	2,8	2,5
Spécialistes	1,5	2,7	2,1
Chirurgiens dentistes	1,1	1,5	1,3
Paramédicaux	0,7	1	0,8

Source : enquête santé, Insee

#### a) Les omnipraticiens libéraux : les médecins de famille en IdF

- *Une densité plus faible que la moyenne nationale,*
- *Une plus forte féminisation et un âge moyen plus élevé,*
- *Un poids du secteur II plus élevé en Ile-de-France,*

<sup>56</sup> Le bail professionnel est actuellement régi par l'article 57 A de la loi du 23 décembre 1986 (issue de sa modification de la loi du 6 juillet 1989), et à Paris, dans les communes de la petite couronne, dans les grandes villes, il existe un lien entre le statut du bail professionnel et la législation extrêmement sévère de la police d'affectation des locaux (article L 631-7 du Code de la Construction et de l'Habitation).

<sup>57</sup> Loi pour l'Egalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dite « loi Handicap »

<sup>58</sup> Source : URCAM Ile-de-France, Répertoire ADELI

<sup>59</sup> C. Debout, L. Omalek Plus de recours aux médecins spécialistes en Île de France. Enquête santé Insee 2005  
Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans  
l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France 21/10/2010

- *Des honoraires, ou chiffre d'affaires, moyens inférieurs de 4% à la moyenne française malgré une part des compléments d'honoraires plus importante,*
- *Un mode d'exercice mixte plus répandu,*

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	9,0
Seine-et-Marne	7,9
Yvelines	8,4
Essonne	8,2
Hauts-de-Seine	8,0
Seine-Saint-Denis	7,0
Val-de-Marne	8,1
Val-d'Oise	7,9
Ile-de-France	8,7
France	9,9

L'Ile-de-France compte un peu plus de 10 000 omnipraticiens en exercice. Sa densité est inférieure de près de 10% à la moyenne nationale. Paris est le département qui a la densité la plus forte, à l'inverse, la Seine-Saint-Denis possède la densité la plus faible.

646 communes franciliennes n'ont pas d'omnipraticiens mais il s'agit de petits villages en périphérie de la région.

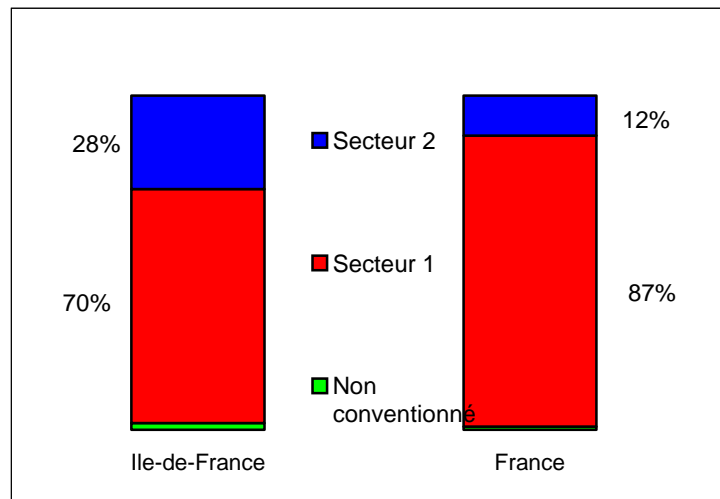
Parmi les omnipraticiens franciliens, 18% ont un mode d'exercice particulier (MEP) contre 12% en France, Paris étant le département avec la plus forte proportion de MEP (27%), le Val-de-Marne celui avec la plus faible proportion (11,7%).

Les omnipraticiens franciliens ont en moyenne 51,9 ans (50,7 ans en France) et les femmes sont davantage représentées (31,2% en Ile-de-France et 27,4% en France).

Si la densité d'omnipraticiens franciliens est plus faible que la moyenne nationale, la part du secteur 2 (regroupant les médecins conventionnés à honoraires libres) est quant à elle plus élevée en Ile-de-France. **Mais ce secteur conventionnel régresse fortement car depuis 1990 aucun nouveau omnipraticien ne peut s'installer en secteur 2.**

Département	Non conventionné	Secteur 1		Secteur 2
		Conventionné	Avec dépassement	Honoraires libres
Paris	6%	55%	0,4%	39%
Seine-et-Marne	0%	67%	0,0%	32%
Yvelines	2%	68%	0,0%	31%
Essonne	1%	75%	0,1%	24%
Hauts-de-Seine	3%	67%	0,2%	30%
Seine-St-Denis	0%	88%	0,0%	12%
Val-de-Marne	1%	80%	0,0%	19%
Val-d'Oise	0%	80%	0,3%	19%
<b>Ile-de-France</b>	<b>2%</b>	<b>70%</b>	<b>0,2%</b>	<b>28%</b>
France	1%	87%	0,0%	12%

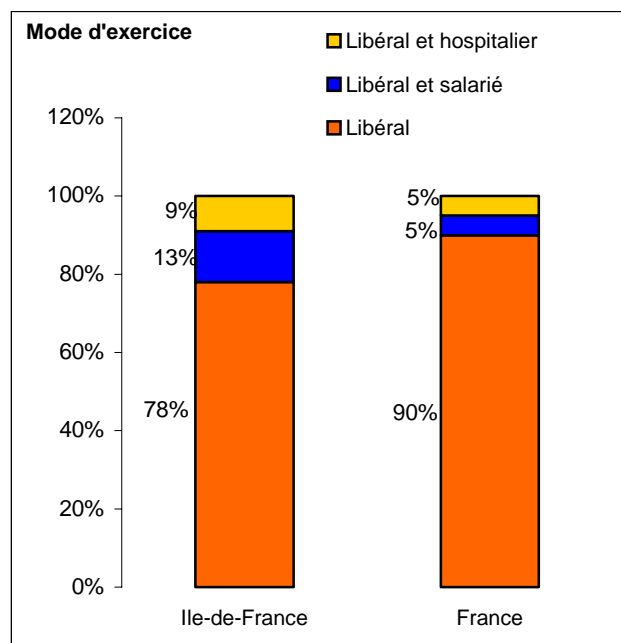
### Secteur d'activité



Le nombre de médecins généralistes en secteur 2 a diminué de 37% en IdF depuis la fermeture de ce secteur conventionnel variant de - 29% à Paris à - 44% dans le 77.

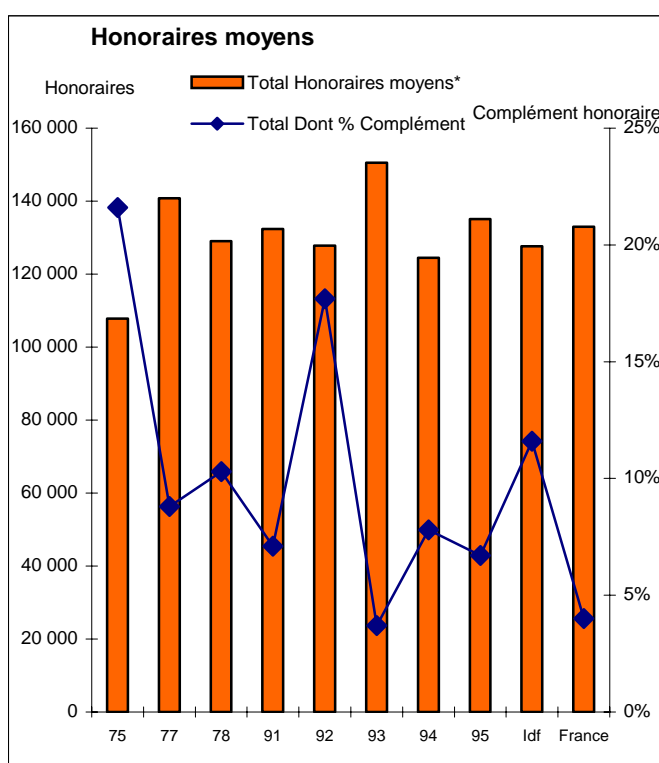
## Secteur d'exercice des médecins franciliens

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hospitalier
Paris	70%	17%	12%
Seine-et-Marne	87%	6%	7%
Yvelines	78%	12%	10%
Essonne	84%	10%	6%
Hauts-de-Seine	73%	17%	9%
Seine-St-Denis	82%	11%	6%
Val-de-Marne	77%	16%	6%
Val-d'Oise	82%	10%	8%
<b>Ile-de-France</b>	<b>78%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>
France	90%	5%	5%



Le médecin francilien a plus fréquemment un exercice mixte (libéral – salarié) par rapport à son confrère de province.

Département	Total	
	Honoraires moyens*	Dont % dépassement
Paris	107 768	22%
Seine-et-Marne	140 810	9%
Yvelines	129 005	10%
Essonne	132 366	7%
Hauts-de-Seine	127 833	18%
Seine-Saint-Denis	150 517	4%
Val-de-Marne	124 494	8%
Val-d'Oise	135 084	7%
<b>Ile-de-France</b>	<b>127 651</b>	<b>12%</b>
France	132 984	4%



\* par APE - SNIR 2007 : Honoraires (chiffre d'affaires) encaissés avant charges (environ 45 à 50%).

Le chiffre d'affaires ou les honoraires moyens sont inférieurs de 4% à la moyenne française malgré une part des dépassements plus importante. A Paris où le complément d'honoraire est supérieur aux autres départements, les omnipraticiens ont les revenus les plus bas. Cet écart est dû au coût financier de

l'activité dans la capitale. **Mais, nous constatons aussi dans les autres départements que le taux de complément d'honoraires ne permet pas au médecin de famille francilien une équivalence de son chiffre d'affaires par rapport à la province.**

**b) Les médecins libéraux spécialistes en IdF**

- *Une densité plus élevée que la moyenne nationale mais de fortes disparités,*
- *Une évolution des effectifs contrastée selon les spécialités,*
- *Une plus forte féminisation et un âge moyen plus élevé,*
- *Un poids du secteur II plus élevé en Ile-de-France,*
- *Des honoraires moyens inférieurs de 8% à la moyenne française malgré une part des compléments d'honoraires plus importante,*
- *Un mode d'exercice mixte plus répandu (libéral et salarié),*

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	24,9
Seine-et-Marne	6,6
Yvelines	9,6
Essonne	7,8
Hauts-de-Seine	11,3
Seine-Saint-Denis	6,5
Val-de-Marne	8,7
Val-d'Oise	7,2
<b>Ile-de-France</b>	<b>11,4</b>
France	8,8

La région francilienne compte plus de médecins spécialistes que d'omnipraticiens libéraux : ils représentent 56% du total des médecins en exercice.

Par ailleurs, la densité de spécialistes est plus élevée que la moyenne française. Cette forte densité en spécialistes cache de fortes disparités géographiques, notamment entre Paris (où les deux tiers des médecins sont des spécialistes) et la Seine-Saint-Denis (où moins de la moitié des médecins libéraux sont des spécialistes).

La répartition des spécialistes est fortement corrélée avec la géographie des établissements hospitaliers et le profil social des territoires mais aussi avec la structure urbaine. Près de 70% des 1 281 communes franciliennes ne recensent aucun médecin spécialiste. La majorité d'entre elles sont des communes de moins de 1 000 habitants et rares sont celles qui dépassent les 5 000 habitants. Seules deux communes de plus de 10 000 habitants ne recensent aucun médecin spécialiste : Morangis dans l'Essonne et Villetaneuse en Seine-Saint-Denis.

Si globalement le nombre de spécialistes a très légèrement augmenté depuis 2000, certaines spécialités médicales ont connu une diminution de leurs effectifs depuis 2000, alors que d'autres au contraire connaissaient une augmentation.



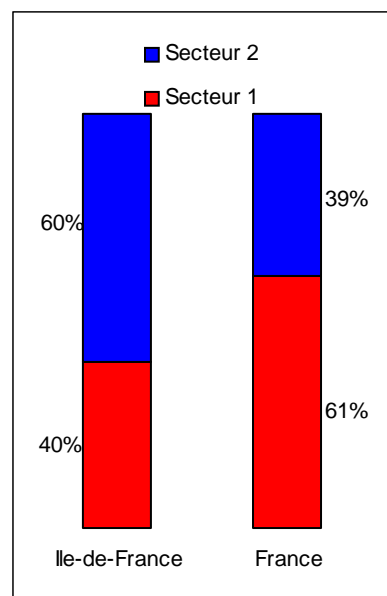
Les plus fortes diminutions touchent les spécialités suivantes :

- Psychiatres : - 2%
- Gynécologues : - 3%
- Ophtalmologues : - 4%
- Pédiatres : - 5%

Les spécialistes franciliens ont en moyenne 53,9 ans (52,3 ans en France) et les femmes sont davantage représentées (36% en Ile-de-France et 30% en France).

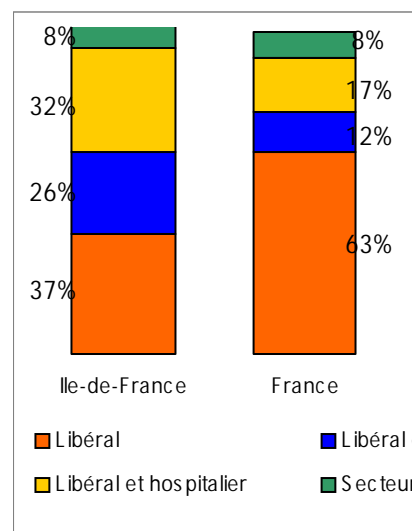
Département	Non conventionné	Secteur 1		Secteur 2
		Conventionnés	Avec dépassement	Honoraires libres
Paris	1%	27%	3%	68%
Seine-et-Marne	0%	42%	0%	58%
Yvelines	0%	39%	1%	60%
Essonne	0%	52%	0%	48%
Hauts-de-Seine	0%	36%	2%	62%
Seine-St-Denis	0%	60%	1%	40%
Val-de-Marne	0%	49%	0%	50%
Val-d'Oise	0%	49%	1%	50%
<b>Ile-de-France</b>	<b>1%</b>	<b>38%</b>	<b>2%</b>	<b>60%</b>
France	0%	60%	1%	39%

Secteur Conventionnel



Mode d'exercice

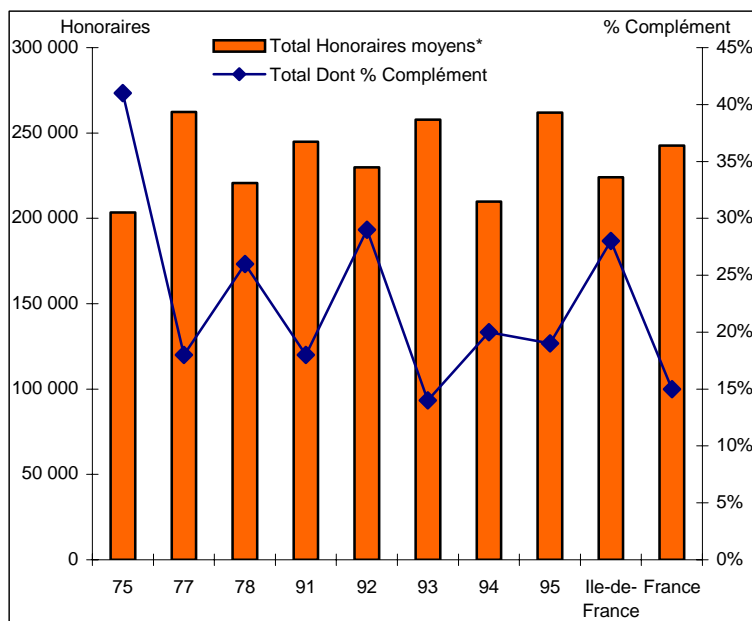
Département	Mode d'exercice			
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hospitalier	Secteur privé à l'hôpital
Paris	31%	29%	35%	5%
Seine-et-Marne	50%	9%	32%	9%
Yvelines	43%	24%	28%	3%
Essonne	59%	18%	19%	3%
Hauts-de-Seine	31%	29%	37%	3%
Seine-St-Denis	42%	23%	31%	4%
Val-de-Marne	36%	33%	27%	6%
Val-d'Oise	42%	22%	30%	5%
<b>Ile-de-France</b>	<b>37%</b>	<b>26%</b>	<b>32%</b>	<b>8%</b>
France	63%	12%	17%	8%



Les médecins spécialistes en Ile-de-France ont une part plus importante de leur activité professionnelle à l'hôpital ou en centre de santé *versus* les autres régions françaises. Mais cette population médicale, d'âge moyen élevé, ne sera pas compensée en totalité dans ces institutions lors de son départ à la retraite.

Les honoraires moyens sont inférieurs de 8% à la moyenne française malgré une part des compléments d'honoraires plus importante avec comme pour les médecins de famille une absence de signification entre le complément d'honoraires et le chiffre d'affaires.

Département	Total	
	Honoraires moyens*	Dont % dépassement
Paris	203 437	41%
Seine-et-Marne	262 230	18%
Yvelines	220 719	26%
Essonne	244 907	18%
Hauts-de-Seine	229 801	29%
Seine-Saint-Denis	257 891	14%
Val-de-Marne	209 782	20%
Val-d'Oise	261 931	19%
<b>Ile-de-France</b>	<b>224 064</b>	<b>28%</b>
France	242 661	15%



\* honoraires encaissés avant charges (environ 45 à 50%) et impôts, APE - SNIR 2007

**Comme pour les omnipraticiens, bien que les spécialistes soient plus nombreux en secteur 2, le taux de complément d'honoraires ne compense pas la différence de chiffre d'affaires avec leurs confrères de province.**

### c) Les Infirmier(e)s libérales en IdF

- *Une densité deux fois plus faible que la moyenne nationale,*
- *Une forte diminution des effectifs franciliens depuis 2000,*
- *Une profession fortement féminisée et de moyenne d'âge élevée,*
- *Des honoraires moyens légèrement supérieurs à la moyenne française,*

Alors que les effectifs d'infirmier(e)s libéraux augmentent de manière continue en France, ils ne cessent de décroître en Ile-de-France (-10% depuis 2000). Les problèmes de logement, de déplacement n'incitent pas les jeunes infirmières libérales à exercer un IdF. Nous observons que, même si la densité

est inférieure à la moyenne nationale, les départements dits ruraux tel que la Seine-et-Marne, la Val-d'Oise, voire l'Essonne, ont une densité plus favorable.

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	4,4
Seine-et-Marne	5,5
Yvelines	3,7
Essonne	4,4
Hauts-de-Seine	2,9
Seine-Saint-Denis	3,1
Val-de-Marne	3,6
Val-d'Oise	4,4
<b>Ile-de-France</b>	<b>4,0</b>
France	9,0

L'Ile-de-France compte près de 7 000 infirmiers libéraux en exercice.

La densité francilienne est inférieure de plus de deux fois à la moyenne française.

Au contraire des médecins, c'est au centre de la région qu'apparaissent les déficits les plus importants d'infirmières libérales.

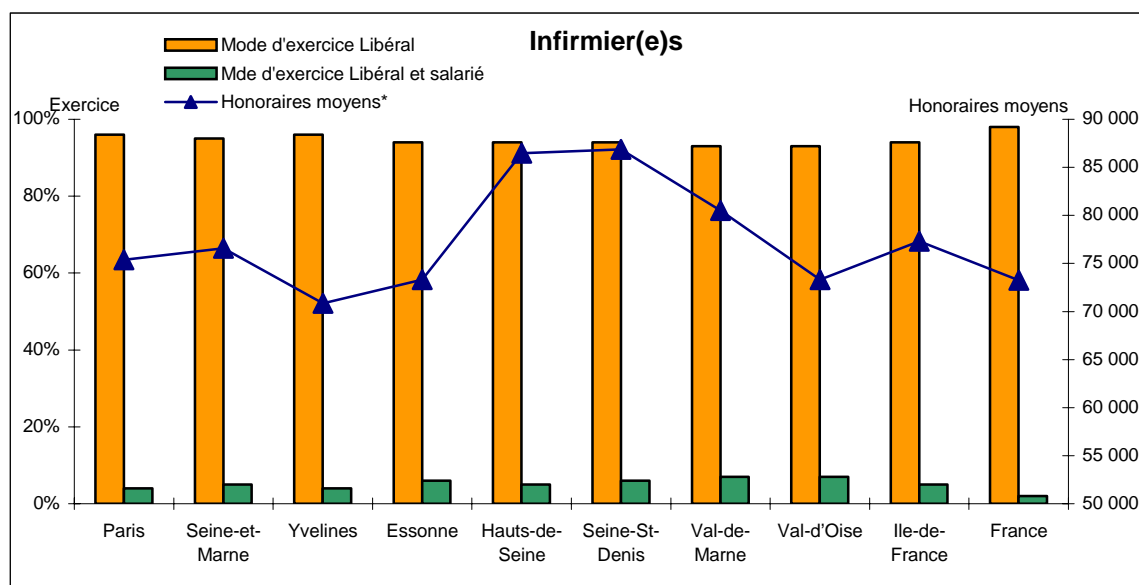
Les infirmiers et infirmières franciliens ont en moyenne 46,3 ans (44,8 ans en France) et les femmes sont largement représentées (82% en Ile-de-France, 84% en France).

Le mode d'exercice mixte (libéral et salarié) est un peu plus répandu que dans le reste de la France.

	Honoraires moyens*
Paris	75 380
Seine-et-Marne	76 583
Yvelines	70 852
Essonne	73 299
Hauts-de-Seine	86 456
Seine-Saint-Denis	86 883
Val-de-Marne	80 524
Val-d'Oise	73 323
<b>Ile-de-France</b>	<b>77 313</b>
France	73 233

\*par APE – SNIR 2007

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hospitalier
Paris	96%	4%	0,0%
Seine-et-Marne	95%	5%	0,4%
Yvelines	96%	4%	0,0%
Essonne	94%	6%	0,0%
Hauts-de-Seine	94%	5%	0,9%
Seine-Saint-Denis	94%	6%	0,0%
Val-de-Marne	93%	7%	0,0%
Val-d'Oise	93%	7%	0,2%
<b>Ile-de-France</b>	<b>94%</b>	<b>5%</b>	<b>0,2%</b>
France	98%	2%	0,2%



\* par APE - SNIR 2007 (chiffre d'affaire avant charges d'environ 40 - 43%)

#### d) Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux en IdF

- Une densité proche de la moyenne nationale,
- Une profession plus féminisée et de moyenne d'âge plus élevée qu'en France,
- Un mode d'exercice mixte un peu plus répandu que dans le reste de la France,
- Des honoraires moyens légèrement inférieurs à la moyenne française,

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	11,7
Seine-et-Marne	5,3
Yvelines	7,1
Essonne	6,2
Hauts-de-Seine	7,8
Seine-Saint-Denis	4,3
Val-de-Marne	6,6
Val-d'Oise	5,8
<b>Ile-de-France</b>	<b>7,2</b>
France	7,5

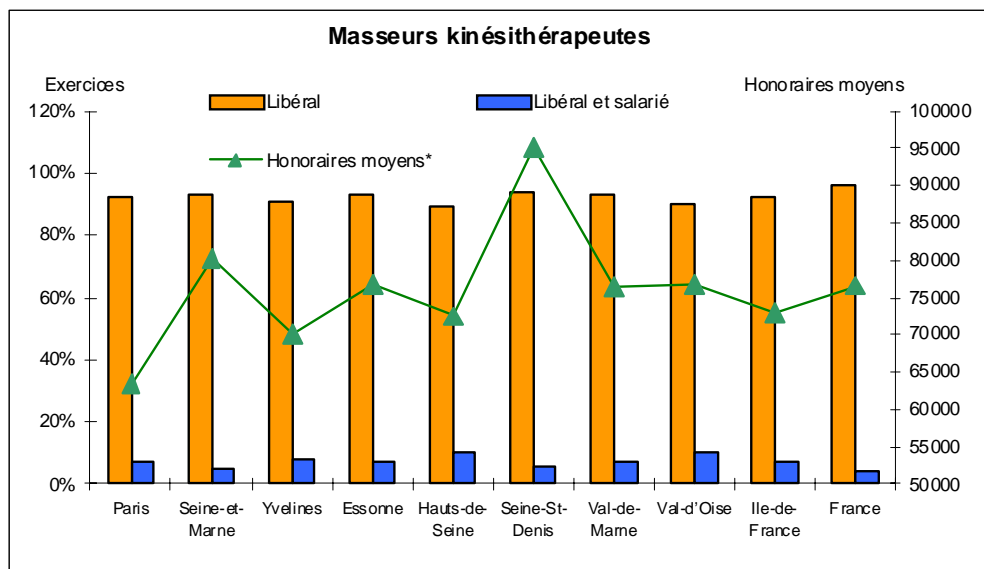
L'Ile-de-France compte un peu plus de 9 000 masseurs kinésithérapeutes libéraux en exercice.

La densité francilienne est très proche de la moyenne française. Toutefois les densités sont plus fortes dans les grands pôles urbains de la région, Paris en premier lieu (hormis dans certaines communes notamment de Seine-Saint-Denis).

Les masseurs kinésithérapeutes franciliens ont en moyenne 44 ans (42,5 ans en France) et la part des femmes est proche de celle de la France (41% en Ile-de-France, 39 % en France).

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hôpital
Paris	92%	7%	0,3%
Seine-et-Marne	93%	5%	2,3%
Yvelines	91%	8%	0,3%
Essonne	93%	7%	0,3%
Hauts-de-Seine	89%	10%	1,3%
Seine-Saint-Denis	94%	6%	0,2%
Val-de-Marne	93%	7%	0,1%
Val-d'Oise	90%	10%	4,5%
Ile-de-France	92%	7%	0,6%
France	96%	4%	0,7%

Départements	Honoraires moyens* €
Paris	63 446
Seine-et-Marne	80 326
Yvelines	70 240
Essonne	76 743
Hauts-de-Seine	72 506
Seine-Saint-Denis	95 197
Val-de-Marne	76 492
Val-d'Oise	76 754
Ile-de-France	73 073
France	76 624



\* par APE - SNIR 2007 (chiffre d'affaire avant charges d'environ 45 - 50%)

#### e) Les orthophonistes libéraux IdF

- Une densité proche de la moyenne nationale,
- Une profession très féminisée et de moyenne d'âge plus élevée qu'en France,
- Un mode d'exercice mixte plus répandu que dans le reste de la France,
- Des honoraires moyens légèrement inférieurs à la moyenne française,

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	2,8
Seine-et-Marne	1,8
Yvelines	2,6
Essonne	2,1
Hauts-de-Seine	2,5
Seine-Saint-Denis	1,5
Val-de-Marne	2,3
Val-d'Oise	2,0
Ile-de-France	2,3
France	2,1

L'Ile-de-France compte un plus de 3 000 orthophonistes libéraux en exercice.

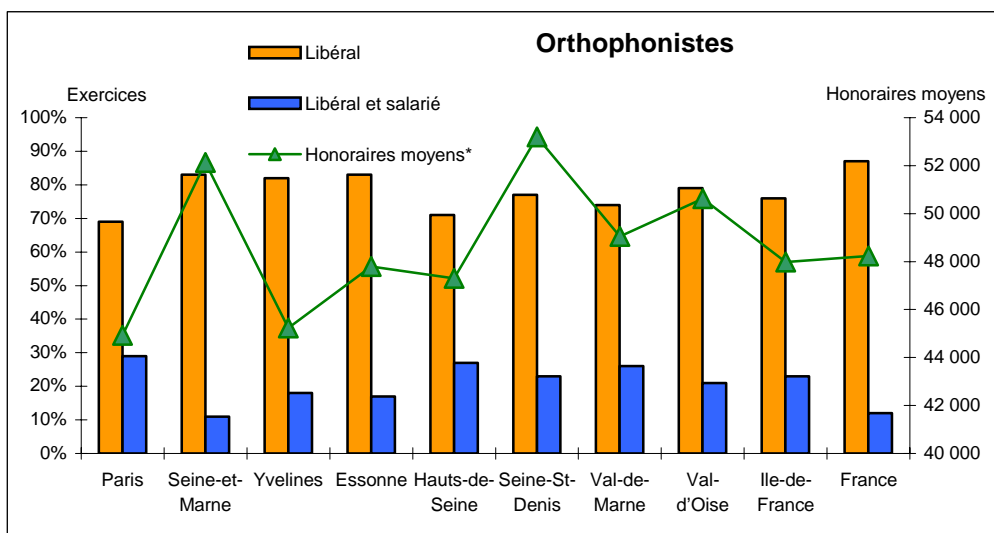
La densité francilienne est un peu plus élevée que la moyenne française (2,3 pour 10 000 habitants contre 2,1 en France).

Les orthophonistes franciliens ont en moyenne 44,2 ans (41,6 ans en France) et la proportion de femmes est très importante en Ile-de-France comme en France (>95%).

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié*	Libéral et hôpital
Paris	69%	29%	1,6%
Seine-et-Marne	83%	11%	6,2%
Yvelines	82%	18%	0,5%
Essonne	83%	17%	0,4%
Hauts-de-Seine	71%	27%	2,3%
Seine-Saint-Denis	77%	23%	0,0%
Val-de-Marne	74%	26%	0,0%
Val-d'Oise	79%	21%	0,4%
Ile-de-France	76%	23%	1,4%
France	87%	12%	1,3%

	Honoraires moyens* €
Paris	44 931
Seine-et-Marne	52 131
Yvelines	45 228
Essonne	47 789
Hauts-de-Seine	47 299
Seine-Saint-Denis	53 202
Val-de-Marne	49 043
Val-d'Oise	50 617
Ile-de-France	47 975
France	48 238

\* salarié centre de santé, CMP...



\* par APE - SNIR 2007 (chiffre d'affaire avant charges d'environ 45 - 50%)

#### f) Les orthoptistes libéraux en IdF

- Une densité proche de la moyenne nationale,
- Une profession très féminisée et de moyenne d'âge égale à la moyenne nationale,
- Un mode d'exercice mixte plus répandu que dans le reste de la France,
- Des honoraires moyens légèrement inférieurs à la moyenne française,

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	0,4
Seine-et-Marne	0,3
Yvelines	0,4
Essonne	0,4
Hauts-de-Seine	0,4
Seine-Saint-Denis	0,3
Val-de-Marne	0,3
Val-d'Oise	0,3
<b>Ile-de-France</b>	<b>0,4</b>
France	0,3

L'Ile-de-France compte un plus de 500 orthoptistes libéraux en exercice.

La densité francilienne est plus élevée que la moyenne française (0,4 pour 10 000 habitants contre 0,3 en France).

On observe une présence accrue dans les pôles urbains les plus importants. Les orthoptistes sont concentrés dans les villes les plus importantes de chaque département, et notamment celles qui compte une forte présence d'ophtalmologues.

Les orthoptistes franciliens ont en moyenne 40 ans (tout comme en France) et la proportion de femmes est très importante en Ile-de-France comme en France (> 90%).

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié *	Libéral et hôpital
Paris	76%	24%	0,0%
Seine-et-Marne	77%	10%	12,9%
Yvelines	80%	16%	3,9%
Essonne	74%	21%	4,7%
Hauts-de-Seine	65%	29%	5,5%
Seine-Saint-Denis	73%	27%	0,0%
Val-de-Marne	70%	30%	0,0%
Val-d'Oise	56%	36%	8,3%
<b>Ile-de-France</b>	<b>72%</b>	<b>24%</b>	<b>3,7%</b>
France	89%	10%	1,4%

\* salarié d'un ophtalmologiste ou dans un centre de santé

	Honoraires moyens* €
Paris	34 098
Seine-et-Marne	32 974
Yvelines	36 601
Essonne	36 791
Hauts-de-Seine	34 835
Seine-Saint-Denis	38 434
Val-de-Marne	36 729
Val-d'Oise	30 214
<b>Ile-de-France</b>	<b>34 993</b>
France	36 250

\* Honoraires moyens = chiffre d'affaires avant charges

### g) Les pédicures podologues libéraux en IdF

- *Une densité supérieure à la moyenne nationale,*
- *Une profession très féminisée et de moyenne d'âge proche de la moyenne nationale,*

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	4,
Seine-et-Marne	1,4
Yvelines	2,0
Essonne	1,8
Hauts-de-Seine	2,1
Seine-Saint-Denis	1,0
Val-de-Marne	1,7
Val-d'Oise	1,6
<b>Ile-de-France</b>	<b>2,1</b>
France	1,6

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hôpital
Paris	94%	6%	0,0%
Seine-et-Marne	94%	5%	1,4%
Yvelines	96%	4%	0,0%
Essonne	96%	4%	0,6%
Hauts-de-Seine	90%	10%	0,0%
Seine-Saint-Denis	90%	10%	0,0%
Val-de-Marne	94%	6%	0,0%
Val-d'Oise	97%	3%	0,0%
<b>Ile-de-France</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>0,2%</b>
France	98%	2%	0,2%

L'Ile-de-France compte un plus de 2 000 pédicures podologues libéraux en exercice et la densité francilienne est plus élevée que la moyenne française (2,1 pour 10 000 habitants contre 1,5 en France).



Les pédicures-podologues franciliens ont en moyenne 40,5 ans (40 ans en France) et la proportion de femmes est importante en Ile-de-France comme en France (>70%). Le mode d'exercice mixte est un peu plus répandu que dans le reste de la France.

#### **h) Les sages femmes libérales en IdF**

- *Une densité un peu inférieure à la moyenne nationale,*
- *Une profession très féminisée et de moyenne d'âge proche de la moyenne nationale,*
- *Un mode d'exercice mixte un peu plus répandu que dans le reste de la France,*

En Ile-de-France, on compte 100 sages femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, contre 120 au niveau national.

Les disparités entre départements sont importantes : alors que Paris compte 167 sages femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis en comptent respectivement 62 et 67.

Les sages femmes franciliennes ont en moyenne 42 ans, et la profession est très fortement féminisée (99%), tout comme dans le reste de la France.

Un peu plus de 10 % des sages femmes franciliennes ont un exercice mixte libéral et hospitalier (8% en France).

#### **i) Les chirurgiens dentistes libéraux en IdF**

- *Une densité supérieure à la moyenne nationale,*
- *Une plus forte féminisation et un âge moyen plus élevé,*
- *Une part de dépassements un peu plus importante qu'en France,*
- *Des honoraires moyens équivalents à la moyenne française,*
- *Un mode d'exercice mixte plus répandu,*

Département	Densité pour 10 000 hab.
Paris	11,7
Seine-et-Marne	4,7
Yvelines	6,1
Essonne	5,4
Hauts-de-Seine	7,4
Seine-Saint-Denis	3,7
Val-de-Marne	5,8
Val-d'Oise	4,5

L'Ile-de-France compte un peu moins de 8 000 chirurgiens dentistes libéraux en exercice, soit une densité pour 10 000 habitants de 6,6 (contre 5,9 au niveau national).

Les disparités entre département sont importantes, Paris et l'Ouest de la petite couronne étant les plus favorisés.

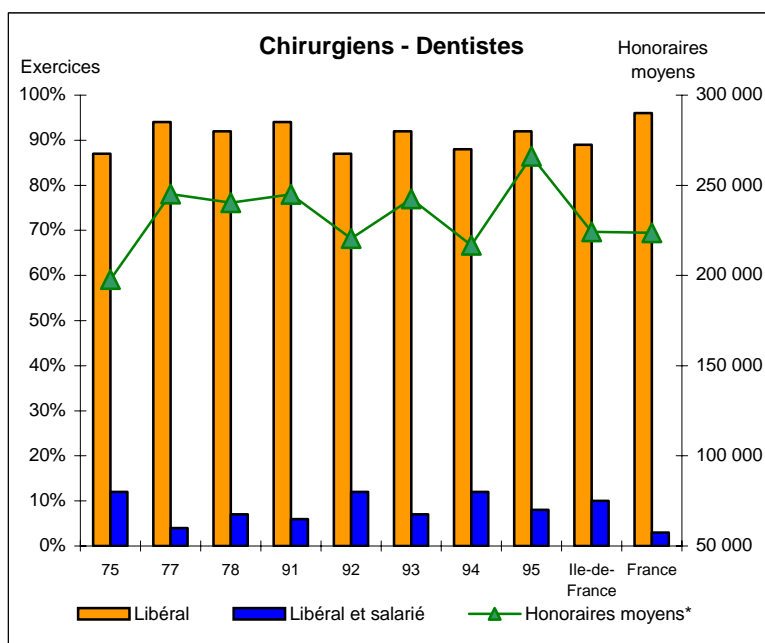
Ile-de-France	6,6
France	5,9

Les chirurgiens dentistes ont en moyenne 49 ans (47,8 ans en France) et les femmes sont davantage représentées (37,4% en Ile-de-France et 34% en France).

Département	Non conventionnés	Conventionnés	Conventionnés avec dépassement
Paris	4%	93%	3,4%
Seine-et-Marne	0%	100%	0,0%
Yvelines	2%	99%	0,8%
Essonne	0%	99%	1,1%
Hauts-de-Seine	4%	99%	0,9%
Seine-Saint-Denis	0%	100%	0,4%
Val-de-Marne	1%	99%	0,7%
Val-d'Oise	0%	100%	0,0%
<b>Ile-de-France</b>	<b>1%</b>	<b>97%</b>	<b>1,5%</b>
France	0%	99%	0,9%

Département	Mode d'exercice		
	Libéral	Libéral et salarié	Libéral et hospitalier
Paris	87%	12%	1%
Seine-et-Marne	94%	4%	2%
Yvelines	92%	7%	1%
Essonne	94%	6%	0%
Hauts-de-Seine	87%	12%	1%
Seine-St-Denis	92%	7%	0%
Val-de-Marne	88%	12%	0%
Val-d'Oise	92%	8%	0%
<b>Ile-de-France</b>	<b>89%</b>	<b>10%</b>	<b>1%</b>
France	96%	3%	1%

Département	Honoraires moyens*
Paris	197 730
Seine-et-Marne	245 177
Yvelines	240 290
Essonne	244 916
Hauts-de-Seine	220 504
Seine-Saint-Denis	242 539
Val-de-Marne	216 644
Val-d'Oise	266 065
<b>Ile-de-France</b>	<b>224 206</b>
France	223 647



\* total par APE - SNIR 2007 (chiffre d'affaire avant charges d'environ 60%)

## G. Le secteur dans la santé dans l'économie francilienne

Une autre dimension de ce secteur à prendre en compte est sa dimension économique comme le préconise la Commission Européenne.

La Commission des communautés européennes dans son Livre Vert souligne le poids économique du secteur de la santé, pris au sens large. Certains professionnels de la santé sont en même temps des employeurs qui gèrent leur propre cabinet ou centre médical, mais aussi qui « contribuent à consolider la croissance européenne et à stimuler l'innovation, le développement local, la formation et l'emploi, tout en participant à l'amélioration de l'accès aux soins ».<sup>60</sup>

**Le secteur de la santé doit être analysé et considéré comme un secteur productif participant à l'économie régionale.** L'apport du secteur de la santé dans l'économie de la région Ile de France doit être regardé à la fois dans :

- **le champ des créations d'entreprise,**
- **le champ de l'emploi,**
- **la valeur ajoutée pour la région,**
- **les productions indirectes : recherche et développement.**

L'activité du secteur ambulatoire est principalement réalisée par l'ensemble des entreprises de profession libérale de santé (médicales, dentaires, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, laboratoires d'analyses médicales, diététiciens, pharmacies).

Le champ économique des entreprises libérales de santé devrait permettre d'utiliser au mieux les sources statistiques classiques sur l'emploi, la production et la démographie d'entreprises, qui s'appuient le plus souvent sur le critère d'activité principale exercée (APE), sur celui de taille (en termes d'effectifs salariés) et sur celui d'indépendance financière (non appartenance à un groupe). L'unité économique considérée doit être l'entreprise, c'est-à-dire l'entité ayant une comptabilité propre, quelle que soit sa forme juridique. Ainsi, un médecin, un(e) orthophoniste travaillant seul, sont considérés comme des entreprises libérales de santé au même titre qu'une SCP ou autres structures regroupant un certain nombre de professionnels libéraux de santé. Cette définition, pour imparfaite qu'elle soit, est compatible avec les nomenclatures économiques françaises et européennes. Elle permet ainsi de mobiliser des sources statistiques et fiscales, non seulement pour compter ces

---

<sup>60</sup> Livre Vert relatif au personnel de santé en Europe. Bruxelles COM(208) 725/3  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

entreprises libérales de santé, mais aussi pour évaluer l'emploi qu'elles créent, leur chiffre d'affaires, leur valeur ajoutée, etc... au niveau régional.

**Ainsi, à coté de leur compétence professionnelle au service de l'humain, ces TPE de santé participent et contribuent à l'activité économique régionale.** Ce secteur y concourt par une valeur ajoutée moyenne de 111.000 € par entreprise en Ile-de-France alors qu'elle est de 112.000 € pour la France<sup>61</sup> et par d'autres critères :

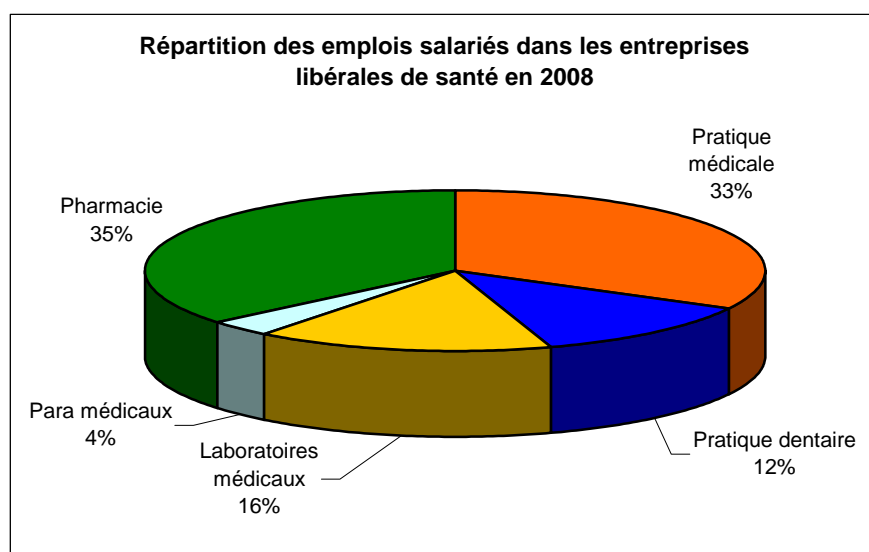
- Taxe professionnelle IdF: 1,13 Md € (hors pharmacie) dont 87 millions € pour les médecins et dentistes, 26 millions € pour les para-médicaux (hors les sages femmes exemptées),
- Valeur ajoutée médecin IdF en 2007 : 29,8 Md €,
- Valeur ajoutée paramédicaux IdF en 2007 : 943 millions €,
- Emplois salariés en IdF : 8% des emplois en Ile-de-France (+ 7,8% en 8 ans)

### Repérage économique des entreprises libérales de santé en Ile-de-France

	Densité entreprises <sup>o</sup>	Répartition des entreprises libérales *	Chiffre d'affaires moyen par entreprise* (milliers d'euros)	Valeur ajoutée moyenne par entreprise (milliers d'euros)
<b>Activités liées à la santé</b>				
1999	517	19,6 (%)	179	95
2007	558	18,2 (%)	230	111
<b>Pharmacie</b>				
1999	39	18,6 (%)	929	242
2007	38	17,4 (%)	1 369	296
<b>Pratique médicale</b>				
1999	222	21,2 (%)	131	100
2007	228	20,3 (%)	168	120
<b>Pratique dentaire</b>				
1999	69	21,4 (%)	164	104
2007	65	20,6 (%)	239	141
<b>Auxiliaires médicaux</b>				
1997	171	17,7 (%)	49	35
2007	215	15,2 (%)	60	39
<b>Laboratoires médicaux</b>				
2007	5	19,5 (%)	1 679	938

Source : DGI - INSEE - DGCIS, bases de données fiscales des régimes du bénéfice réel (BIC-RN, BIC-RSI, BNDCDC) et des régimes "micro"

<sup>61</sup> (Source Ministère de l'Economie, de Finances et de l'Industrie)



L'évolution démographique des professions libérales de santé et la forte féminisation des futurs professionnels amènent le secteur professionnel à adapter les formes juridiques de ces entreprises de proximité.

Créer des structures de santé libérales, dans un cadre pluridisciplinaire, permettrait de conserver ces emplois de proximité. Il faut donc soutenir des initiatives œuvrant dans ce sens. La santé est bien une activité économique participant à la richesse d'une région et donc à son aménagement du territoire.

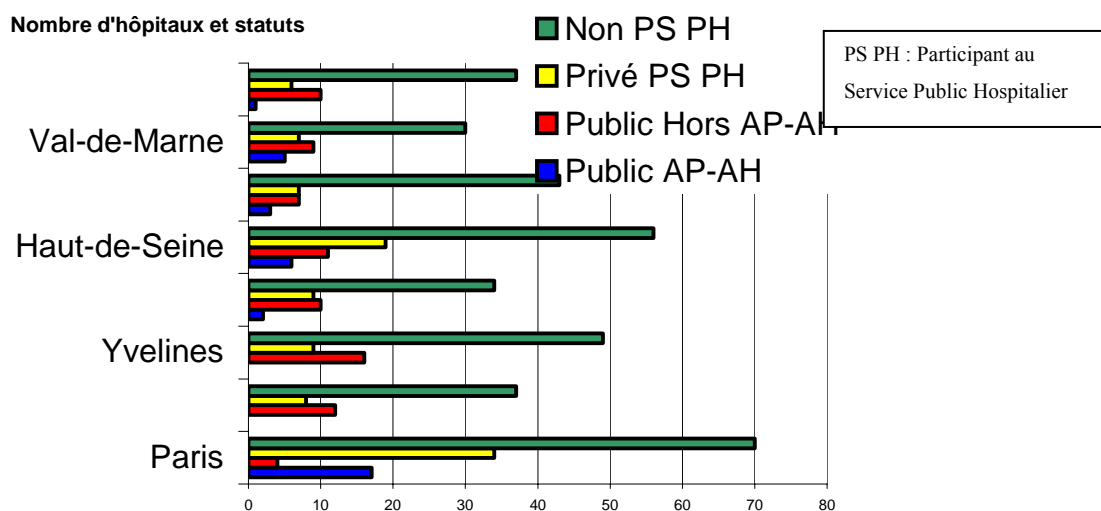
Une vision globale du secteur de la santé intègre, non seulement sa fonction primordiale qui est la prévention des maladies et le fait de dispenser des soins, mais également ses multiples effets dans le système économique et social : le secteur de la santé fournit des emplois à forte composante technologique et haut niveau de formation, il enduit par ses achats de consommation des activités économiques, il participe à l'amélioration de la qualité de vie.

## H. Les établissements hospitaliers

Le secteur hospitalier comprend 547 établissements dont 20% ont une entité juridique publique. Parmi les établissements publics 58,5% sont localisés à Paris et première couronne. 20% des établissements ont une maternité dont 56% sont à Paris / 1<sup>ère</sup> couronne.

Les structures d'accueil hospitalières sont concentrées sur Paris et la Petite couronne, lieu de forte densité de population, et donc regroupées sur le centre de la région. Par contre, l'offre de soins de suite et de réadaptation liée au vieillissement de la population, est souvent située en périphérie et doit encore se développer.

Dans une optique d'aménageurs et d'urbanistes, l'accessibilité aux structures hospitalières doit être utilisable par toutes populations à tout moment, mais il ressort de l'analyse des données que les trois âges les plus fréquemment concernés par les hospitalisations sont : les premiers mois de la vie, les âges de la procréation pour la femme et les âges les plus élevés (> 65 ans).



L'évolution de l'offre de soins hospitalière en Ile-de-France est marquée par :

- Une diminution des capacités de court séjour et des établissements

- en chirurgie (la chirurgie ambulatoire représente 38% des interventions)
  - 290 établissements en 1996 pour 25 300 lits
  - 187 établissements en 2008 pour 20 000 lits
- en obstétrique
  - 151 établissements en 1996 pour 5 464 lits (*163 000 accouchements*)
  - 104 établissements en 2008 pour 4 700 lits (*183 000 accouchements*)
- Une augmentation des capacités de soins de suite et réadaptation
  - 133 établissements en 1996 pour 13 300 lits
  - 203 établissements en 2008 pour 19 000 lits
- Une stabilité des capacités de psychiatrie : 13 700 lits et places
- Une activité en augmentation
  - Nombre d'interventions chirurgicales 820 000 à 960 000
  - Nombre d'accouchements 163 000 à 183 000
  - Nombre d'urgences accueillies 2 650 000 à 3 270 000
  - Nombre de séjours en médecine 1 600 000 à 1 800 000
  - Nombre de séances de dialyse + 48%
  - Nombre de séances de chimiothérapie + 28%
- Une augmentation des équipements lourds
  - Scanners 113 à 199
  - IRM 36 à 133
  - Caméras à scintillation 70 à 87
  - TEP (tomographies à émission de particules) 2 à 21
  - Accélérateur de particules 39 à 67
- Peu d'évolutions quantitatives à prévoir d'ici à 2025

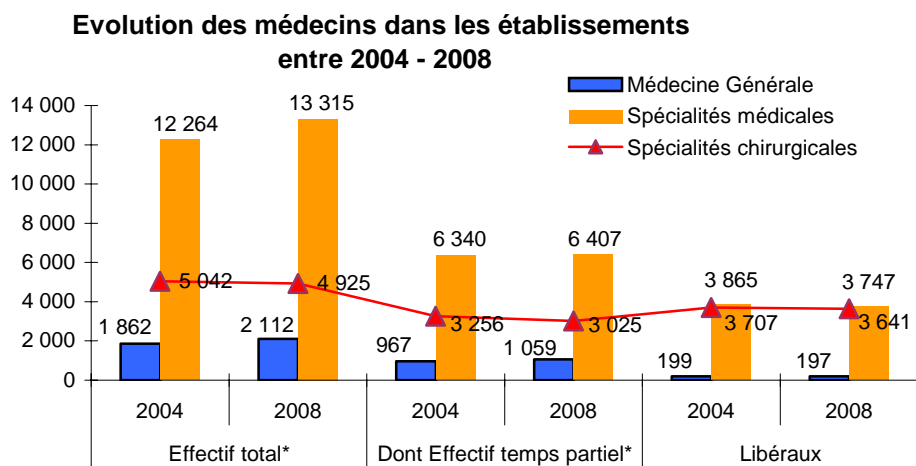
- les soins de productivité seront annihilés par le vieillissement de la population

D'ici à 2025, il y a peu d'évolutions quantitatives à prévoir car les soins de productivité seront annihilés par le vieillissement de la population.

En 2008, la statistique annuelle des entreprises de santé (SAE) recensait plus de 27 400 professionnels médicaux, soit 17 300 équivalents temps plein.

Entre 2004 et 2008, l'effectif total des personnels médicaux dans les établissements hospitaliers a augmenté de 4,3%, associant à la fois une diminution de 2,6% de l'effectif à temps partiel et de 2,6% de l'effectif des médecins libéraux. Durant cette période, l'ensemble des effectifs salariés de spécialités médicales, y compris la médecine libérale, augmentent significativement. A contrario, les

effectifs salariés de spécialités chirurgicales, hors la gynécologie-obstétrique (+ 7,9%), marquent une nette diminution (- 2,3%). De même, l'effectif des médecins libéraux non exclusifs exerçant à l'hôpital a diminué de 4,5% par rapport à l'effectif des libéraux exclusifs (+ 1,6%). Cette progression des salariés médicaux dans les établissements de santé confirme la tendance constatée, actuellement, de ces professionnels pour ce type d'exercice. Ces données montrent bien la nécessité du lien de coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier, alors que le secteur libéral n'attire plus les jeunes professionnels.

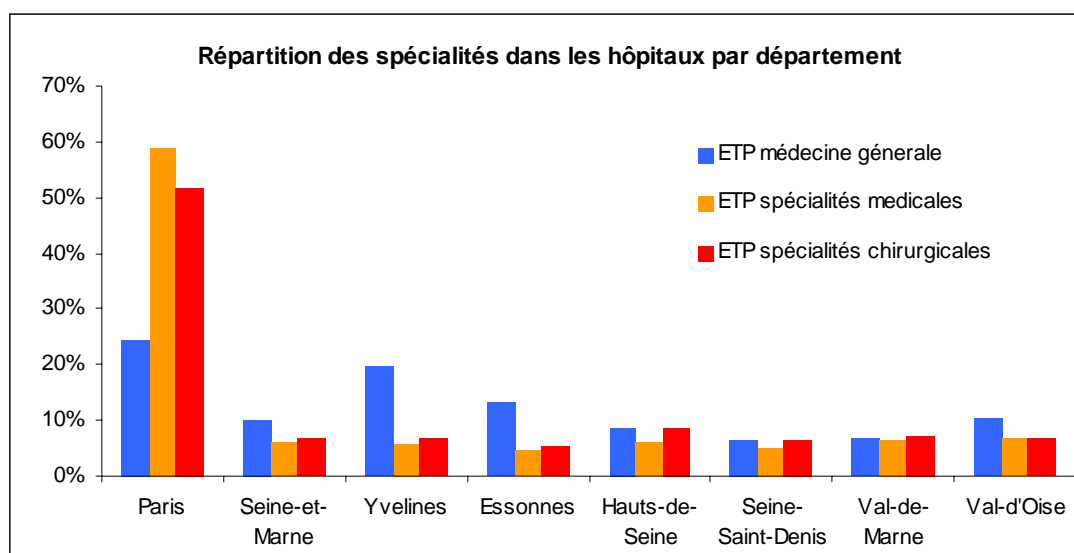


Ile-de-France	Evolution Effectif total * 2008/2004	Part des libéraux non exclusifs 2008	Evolution des libéraux non exclusifs 2008/2004
Médecine Générale	13,4%	5%	- 5,6%
Spécialités médicales	8,5%	18,2%	- 13,3%
- dont anesth. réanimateurs	5,8%	2,7%	- 17%
Spécialités chirurgicales	- 2,3%	54%	- 1,8%
- dont Gynéco.-obstét.	7,9%	34%	- 1,9%
Psychiatres	2,1%	12,4%	- 11%
Total	5,6%	22,5%	- 4,5%

Source SAE 2008, \* des salariés

Département par département, les effectifs des médecins spécialistes hospitaliers sont concentrés sur Paris, alors que les effectifs en spécialité de médecine générale semblent mieux répartis dans les établissements hospitaliers sur le territoire francilien.





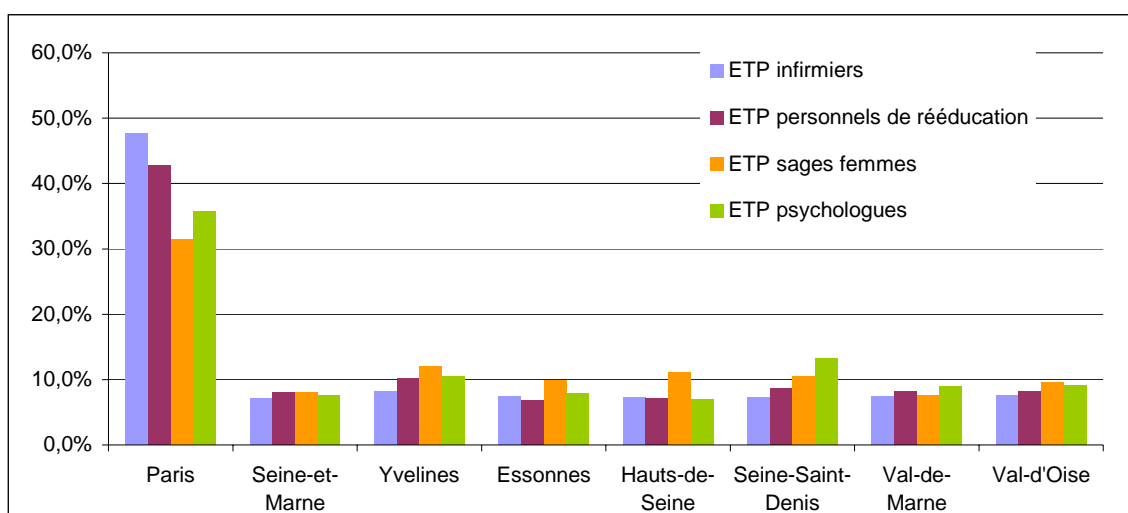
Source : SAE 2008

Actuellement, parmi les médecins exerçant à l'hôpital, 22 % sont des médecins libéraux ayant un contrat de praticien attaché, et cette population médicale commence à partir à la retraite. Ces départs seront-ils compensés par les jeunes qui choisissent de préférence le salariat mais le poste de praticien attaché n'est possible quand fonction du nombre de vacations ouverts ?

Les établissements hospitaliers d'Ile-de-France emploient, en 2008, 136 000 personnels dédiés aux soins, soit 127 100 équivalents temps plein (SAE 2007). En quatre ans, les établissements ont eu une politique de recrutement de l'ensemble des personnels soignants, seul les agents de service hospitalier\* (ASH) ont connu une diminution de leur effectif.

Ile-de-France	Effectif total	Dont Effectif temps partiel	Evolution 2008/2004
Sages femmes	2 468	849	16%
Pers. encadrement du pers. soignant	6 166	361	23%
Infirmiers spécialisés	4 766	1 108	7,6%
Infirmiers non spécialisés	49 624	9 665	3,9%
Aides soignants	46 287	5 934	4,2%
ASH	18 475	1 805	- 7,5%
Psychologues	3 446	1 691	14,4%
Personnels de rééducation	5 559	2 073	4,4%
<b>Total Services de Soins</b>	<b>136 791</b>	<b>23 486</b>	<b>2,3%</b>

\* Agents de service hospitalier regroupent brancardiers, aides maternelles, familles d'accueil, prépose radio...



La loi HPST a confié à l'agence régionale de santé (ARS) la mission de coordonner l'ensemble des établissements publics / privés. L'ARS IdF regroupant ainsi l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP) proposera des groupements de coopération hospitalière et favorisera des interconnexions ville/hôpital.

### I. Le secteur de la santé au travail

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a mis la prévention comme une priorité de santé publique incluant la santé au travail. Cette loi a inscrit des objectifs quantifiés spécifiques concernant le champ de la santé au travail tels que le risque routier, les risques péri-articulaires, les expositions aux bruits, aux agents cancérigènes et d'autres facteurs de risques.

Sur le plan régional, la démographie des professionnels de santé œuvrer dans le champ de la santé au travail doit être adaptée à la fois en fonction du type d'emploi et de sa distribution infra-régionale. Avec une moyenne de 3 professionnels pour 10 000 salariés actifs, la région Ile-de-France n'est pas une région sur dotée en médecins du travail (valeur France métropolitaine 3,1 ; Alsace 4 *versus* Picardie 2,4). Au cours des dix dernières années (1998-2007), la densité de médecins spécialistes en médecine du travail a augmenté faiblement en métropole de 4,2%, mais avec une grande disparité régionale, + 36,1% en Champagne-Ardenne à - 45,6% en Corse, et pour l'Ile-de-France un solde positif de +19,6%.<sup>62</sup> Les trois quarts des spécialistes en médecine du travail exercent dans les services de santé au travail inter-entreprises, par contre environ un cinquième des médecins généralistes compétents en médecine du travail ont une activité principale en cabinet libéral de médecin de famille. Le vieillissement de ces

<sup>62</sup> Source : Section Synthèse et conjoncture de l'emploi, Insee – Exploitation Fnors

professionnels et le faible taux de renouvellement professionnel risque d'entraîner un fort déséquilibre dans la démographie de ce secteur sanitaire.

L'environnement professionnel génère des contraintes et des effets sur l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Comme pour les autres secteurs de la santé, la santé au travail doit également prendre en considération le vieillissement des professionnels médicaux de ce secteur, les transformations des postes d'activités professionnelles, et le transfert de compétences, dans le cadre d'une formation continue certifiée, à d'autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeutes, orthoptistes...) afin de combler le déficit des médecins de travail. Des réflexions doivent être menées avec le secteur de la santé au travail pour proposer des profils de carrières de professionnels libéraux de santé des formations qualifiantes en santé au travail pour de futurs exercices mixtes (libéral – salarié). **La Région n'a pas capacité et compétence à intervenir dans le champ de la santé au travail mais peut intervenir pour développer des actions de prévention par des professionnels formés pour ce type d'interventions.**

#### **J. Le secteur de la santé scolaire**

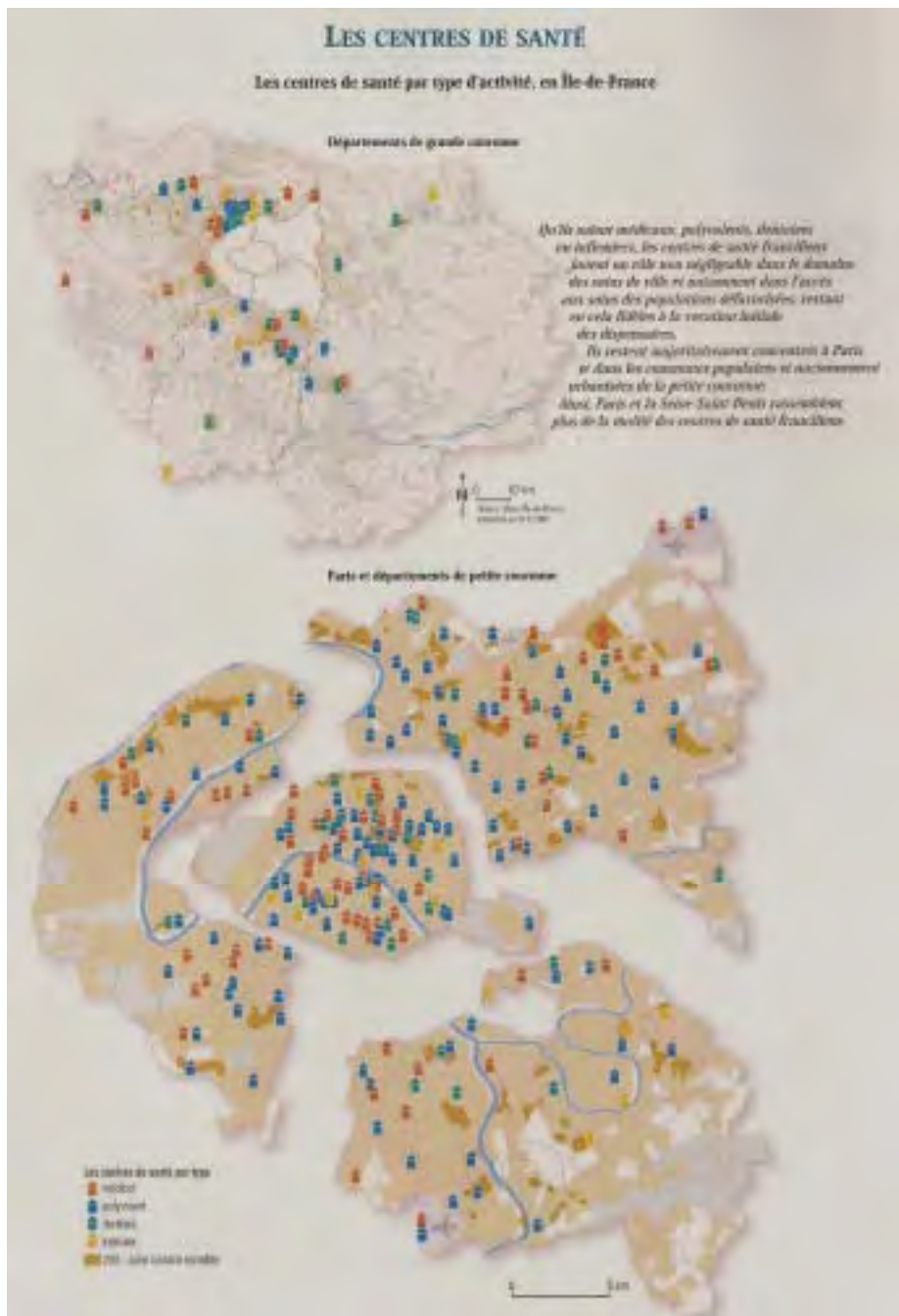
Comme pour la santé au travail, la région n'a pas compétence pour intervenir sur la démographie des professions de santé qui exercent en milieu scolaire. Par contre elle peut par des actions de communication promouvoir les métiers de la santé de ce secteur et participer, comme elle le fait déjà, aux actions d'éducation pour la santé et à la prévention.

#### **K. Les centres de santé**

La loi de décembre 1999 précise que les centres de santé « assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Depuis « l'accord national » de 2002, les centres de santé sont dans le système de soins entre le secteur ambulatoire et la médecine hospitalière, avec une obligation de contribuer à la permanence des soins.<sup>63</sup> Cet accord entre les centres et l'assurance maladie permet, par des conventions, le financement d'actions de prévention et autorise la pratique d'actes « hors nomenclature », notamment dans le secteur dentaire tarifé librement.

---

<sup>63</sup> Journal officiel du 19 avril 2003



Nous observons comme pour les structures hospitalières, que les centres de santé sont concentrés sur le centre de la région.

**Le nombre de centres de santé franciliens a diminué de 9% en dix ans (340 à 309 centres) affectant dans 53% des cas des centres infirmiers.** La majorité des professions de santé exerçant dans les centres de santé sont des professionnels libéraux de santé (médecins, odontologistes). Le vieillissement de ces praticiens libéraux risque d'entraîner un déséquilibre de fonctionnement de ces centres du fait du non renouvellement des départs.

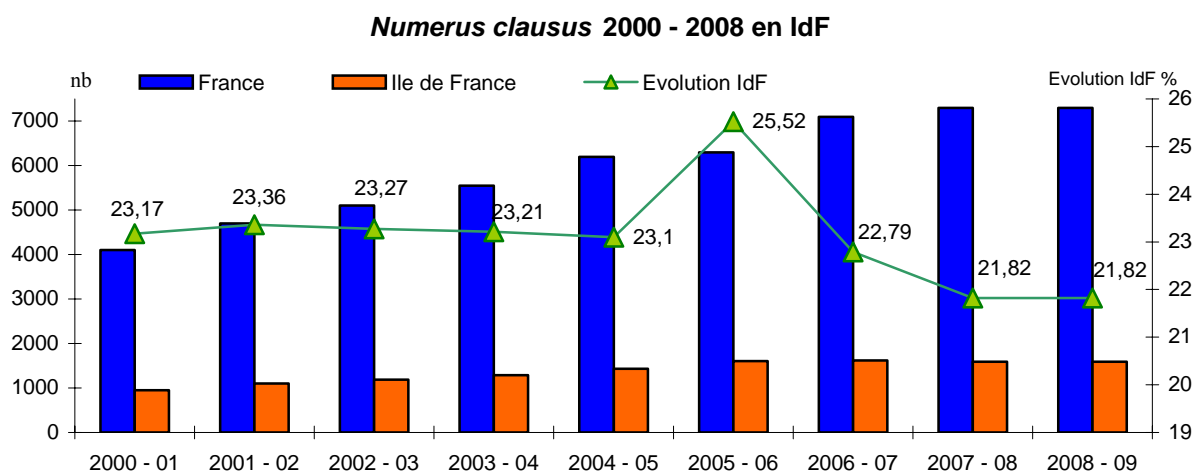
Actuellement, sans pour autant remettre en cause l'intérêt et l'utilité des centres de santé, l'évaluation financière en fonction de leur activité et de leurs ressources humaines fait débat. Une étude des centres

de santé de Paris atteste « qu'il existe un fort pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME, on remarque cependant que le pourcentage de patients appartenant à des catégories professionnelles moyennes, voire aisées est loin d'être négligeable et peut être estimé à 50% ...le pourcentage de patients titulaires d'une complémentaire (74,2%) tend à confirmer cette grande diversité sociale... ». <sup>64</sup> D'autre part, cette étude montre que « indépendamment des éléments qui constituent le handicap financier structurel des centres de santé, le déficit financier souvent constaté n'est pas une fatalité... ».

## L. La formation médicale, paramédicale et sanitaire

### 1. La formation médicale

L'évolution du *numerus clausus* en Ile-de-France progresse de 67% depuis dix ans *versus* 78% en France entière. Nous observons une légère diminution de l'évolution du *numerus clausus* IdF par rapport à la France.

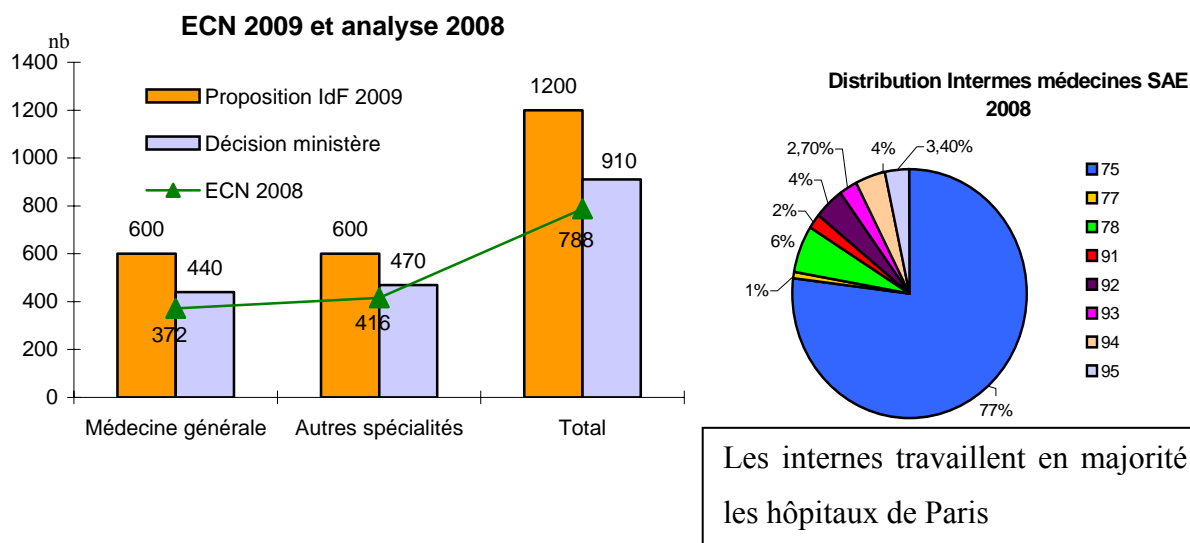


Hausse de 1,4% des étudiants admis à s'inscrire en deuxième années de médecine en 2009 (2,8% en 2008, 1,4% en 2007) au bénéfice des facultés des zones les moins pourvues en médecins sauf l'Ile-de-France – 2,6% (1 551 étudiants).

En 2004, l'université met en place l'épreuve classante nationale (ENC) en médecine faisant suite à l'internat de spécialité. C'est le classement à cet ENC qui permet aux étudiants de choisir leur région d'origine ou non pour leur formation en spécialité ou en spécialité de médecine générale. En effet, l'ECN détermine par le classement les possibilités d'accès à la formation de telle ou telle filière par une procédure de choix des postes une fois les résultats publiés. Il existe neuf filières: spécialités chirurgicales, spécialités médicales, anesthésie-réanimation, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, biologie,

<sup>64</sup> La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne. Etude commandée par la Ville de Paris et la Cpm de Paris, RBC 2010

santé publique, médecine du travail et médecine générale. **En 2009, 2 853 postes de spécialités ont été ouverts et pourvus à 98% et 3 333 postes de médecine générale ont été ouverts et pourvus à 82%.** La répartition des postes par discipline et par centre hospitalier universitaire est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé. En IdF, les postes pour l'année universitaires 2009 – 2010 ont évolué de + 135 par rapport à 2008 – 2009, soit 910 postes dont 48% pour la médecine générale (+ 18% par rapport à 2008).<sup>65</sup>



Les demandes de la région ont été suivies en partie pour certaines spécialités telles que la médecine générale, la pédiatrie, la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation chirurgicale et la médecine du travail. Selon l'étude de la Drees, certaines régions françaises aujourd'hui bien dotées en médecins comme l'Ile-de-France risquent d'accentuer leur déficit (- 26%) face aux besoins d'une population vieillissante.<sup>66</sup> Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse selon laquelle 55% des postes ouverts aux ECN sont des postes en médecine générale. Ainsi, la baisse des effectifs à l'horizon 2030 serait plus marquée pour les spécialistes (médecine du travail, ophtalmologie, dermatologie...). « Ces résultats régionaux mettent en évidence le danger qu'il y aurait à focaliser l'attention sur l'actuelle répartition des médecins sur le territoire national. Ils font apparaître la nécessité d'anticiper longtemps à l'avance » commente la Drass. Dans le cadre de cette réflexion, la féminisation des futurs médecins se confirme tant au niveau national qu'au niveau régional. Elles sont 62 % du total des étudiants affectés aux ECN en France entière et 68 % en Ile-de-France soit 6 points de plus. Par ailleurs, en 2007, parmi les 1 154 étudiants franciliens, 512 sont donc partis, volontairement ou contraints d'Ile-

<sup>65</sup> Drees n° 720, 2010

<sup>66</sup> Etude et Résultats n°679, Drees 2009

de-France.<sup>67</sup> Environ un tiers de ces départs est volontaire et un peu plus des deux tiers contraints. 70% des départs volontaires sont concentrés sur la médecine générale. De 2005 à 2007, on enregistre une hausse de 80 % de départs volontaires en médecine générale. Ainsi, bien que la région soit attractive, d'autres régions le sont aussi, notamment, pour leur meilleure qualité de vie.

Il conviendrait qu'une information / formation structurée soit proposée aux jeunes professionnels lors de leur internat ou clinicat afin de préparer leur futur exercice et leur installation, c'est-à-dire devenir aussi un chef d'entreprise. Etant donnée cette absence de préparation à l'exercice libéral lors de la fin du cursus de la formation initiale, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) a mis en place par Internet un outil de données territoriales ([carto@santé](mailto:carto@santé)) pour aider les professionnels libéraux de santé dans leur projet d'installation. En fonction du projet d'installation (ou reprise d'une activité libérale de santé), le professionnel accède à des données sur l'environnement socio-économique de la zone définie, sur l'environnement sanitaire et sur la consommation de soins. Au côté des données socio-sanitaires de la population d'un territoire, les jeunes médecins **doivent aussi recevoir une aide à la création/reprise d'une entreprise libérale de santé au cours de cycle d'information/formation**. Pour palier ce déficit, le secteur des professions libérales a mis en place depuis plus de 10 ans un véritable guichet unique, l'ORIFF-PL IdF<sup>68</sup> au sein d'une Maison des professions libérales, qui est une structure d'aide et d'accompagnement à l'installation permettant une coopération entre les différents acteurs du champ sanitaire (CPAM) et du champ entrepreneurial (URSSAF). **Cette action d'aide et de formation à la création d'une entreprise est inscrite dans la loi pour l'initiative économique (loi Dutreil), bien que le décret d'application ne soit jamais sorti.**<sup>69</sup>

## 2. La formation des infirmier(e)s

L'analyse globale de l'enquête Cereq par la Dress<sup>70</sup> montre que le choix de la formation a conduit 16% des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État (IDE) de la génération 98, à quitter leur région d'origine pour poursuivre leurs études. Sept ans après l'obtention du diplôme, près de 8 % des IDE qui étaient allé(e)s se former ailleurs sont retourné(e)s dans leur région d'origine, soit au moment de leur entrée dans la

---

<sup>67</sup> On considère qu'il y a départ volontaire, lorsque les étudiants partent en province alors que leur rang de classement leur permettrait de rester en Ile-de-France et départ contraint, lorsque les étudiants partent en province parce que leur rang de classement ne leur permet pas de rester en Ile-de-France pour obtenir la discipline souhaitée.

<sup>68</sup> Politique en faveur des professions libérales : mise en place d'offices régionaux d'information, de formation et des formalités des professions libérales (ORIFF-PL) proposé par le Secrétariat d'État aux PME, au commerce et à l'artisanat, Décembre 1997.

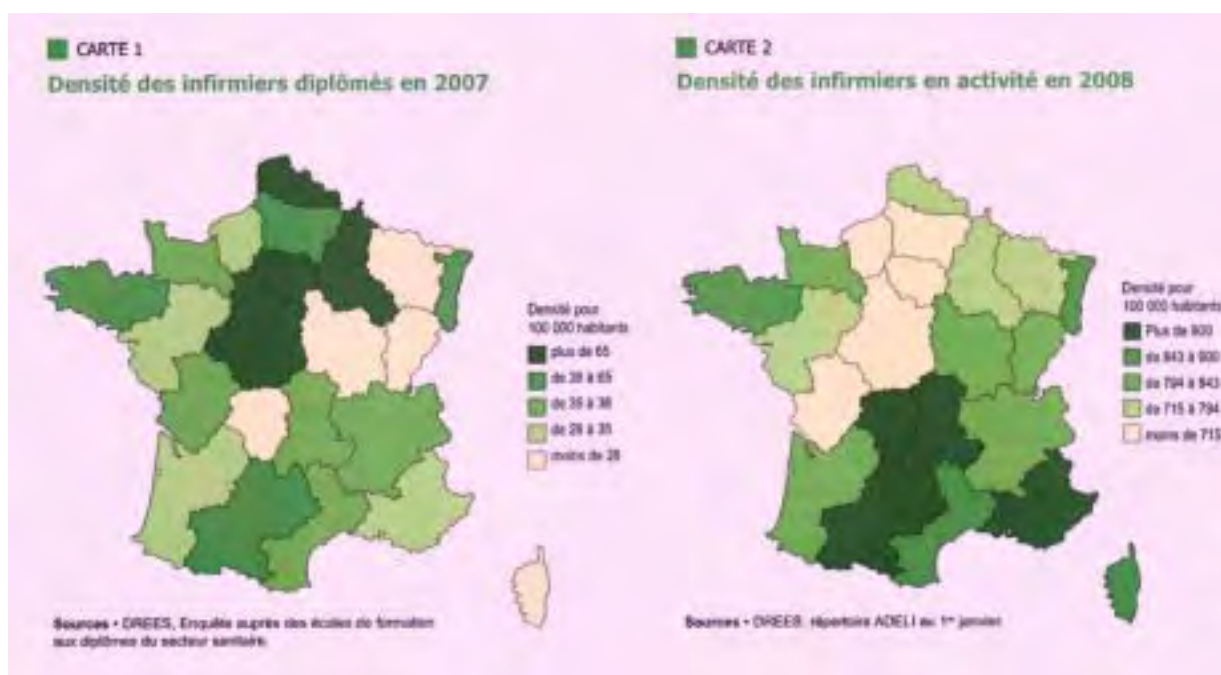
<sup>69</sup> Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Art. L. 953-5, Article L. 961-10.

<sup>70</sup> Drees Etudes et résultats n° 671, 2008

vie active (4 %), soit plus tard au cours de leurs premières années de vie professionnelle (3 %). Ils sont 7 % à avoir quitté leur région pour se former et à s'être installés dans cette région de formation pour y rester durablement.

Les motivations des mobilités interrégionales sont multiples, tant à l'entrée qu'à la sortie de formation, ou en cours de carrière. Elles tiennent en particulier à l'offre plus ou moins importante de formation dans la région d'origine et aux possibilités d'insertion professionnelle plus ou moins ouvertes selon les régions. Les écarts de situation entre régions, selon que l'on regarde la densité régionale de diplômés une année donnée ou la densité de professionnels en activité, mettent en évidence que certaines régions forment un nombre élevé d'infirmier(e)s par rapport à leur part du marché du travail national de ces professionnels. C'est le cas notamment de la région Centre, **mais aussi de l'Ile-de-France**, Champagne-Ardenne et Nord-Pas-de-Calais :

- Ile-de-France : densité des infirmières diplômées en 2007 : plus de 65 / 100 000 hab.
- Ile-de-France : densité des infirmières en activité en 2008 : moins de 715 / 100 000 hab.



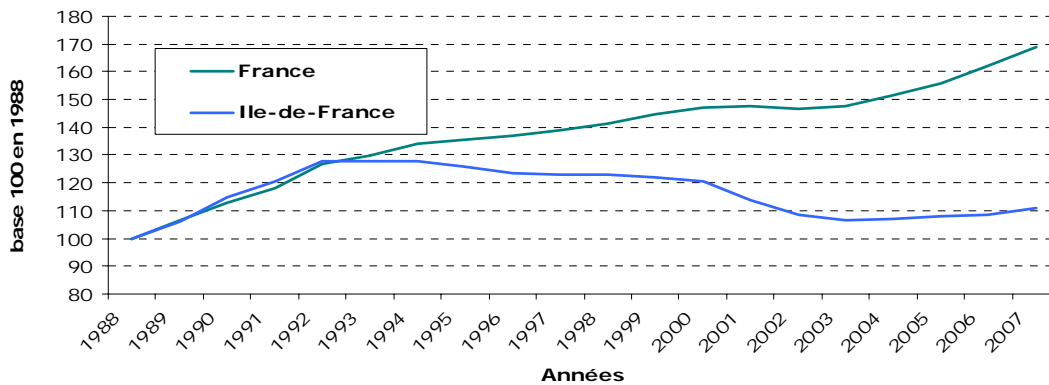
Les zones géographiques régionales, qui ont attiré les infirmières entre 2001 et 2004, sont la façade atlantique et le sud de la métropole, par contre en Ile-de-France 18,3 % des infirmières de la génération 2001 (nouveaux arrivants ou non) y travaillent en 2001 versus 17,5 % dans ce cas en 2004, soit une diminution de - 4,4% entre les deux périodes.<sup>71</sup>

Ceci peut signifier que ces régions ne retiennent qu'une partie de leurs diplômés qui trouvent des débouchés ailleurs, ou que cet effort de formation est consenti dans l'espoir de fixer ces

<sup>71</sup> Céreq, Exploitation Drees - enquête Génération 2001

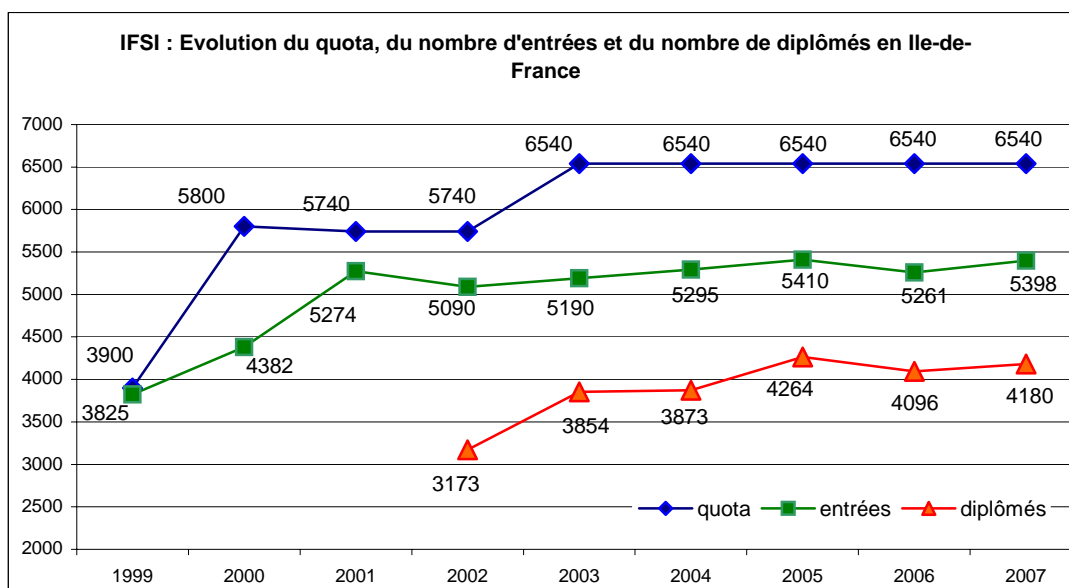


professionnels, afin qu'ils compensent les départs en retraite, actuels et annoncés, ou qu'ils contribuent à relever une densité considérée comme faible localement au regard des besoins. Si depuis 15 ans, nous observons une progression globale d'infirmier(e)s, l'Ile-de-France n'arrive pas à fixer ces professionnels.



Les différentes mesures adoptées n'ont pas suffi à augmenter le nombre d'infirmier(e)s actifs à la mesure de la croissance des besoins, qui est constante : les évolutions biomédicales, technologiques et démographiques expliquent cette croissance, qui perdurera dans les prochaines années. Il est indispensable d'inciter et d'encourager les jeunes à entamer les études d'infirmière, en mettant ce métier à l'honneur. Sur le plan international, on observe une généralisation de la formation infirmière au niveau supérieur, voire universitaire (LMD). La difficulté à recruter des infirmier(e)s est moindre là où la formation se situe à un niveau supérieur, la rémunération étant évidemment liée à ce niveau. Le Processus de Bologne tend à harmoniser les niveaux et filières de formation.

Les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) en Ile-de-France ont des difficultés à établir un équilibre entre le besoin de professionnels et le nombre de diplômés.



Le constat repose sur trois points :

- Pourquoi les jeunes franciliens ne sont-ils pas attirés par ces professions ?
- Pourquoi 20 % des élèves ne terminent-ils pas leur formation ?
- Pourquoi abandonnent-ils l'exercice professionnel ?

Comme pour les autres professionnels de santé, la reconnaissance sociale à l'égard de la profession infirmière est ambivalente :

- une fonction de service souvent assimilée à une fonction d'exécution,
- les infirmiers sont souvent noyés dans le vocable impersonnel de « personnel soignant »,
- l'aura favorable de la profession auprès de la population ne contribue pas à l'attractivité de la profession infirmière,
- les valeurs sous-jacentes à cette profession ne sont pas valorisées dans le contexte culturel actuel qui reconnaît principalement les valeurs financières,
- un métier de femme, où le niveau de connaissances et de compétences souvent occulté sous l'image d'une vocation, comme pour les autres métiers très féminisés tel que les orthoptistes et les orthophonistes.

Par ailleurs, les infirmier(e)s ont la possibilité d'évoluer dans des cadres d'exercice très variés et de choisir entre un exercice libéral en cabinet ou un exercice salarié dans différents établissements de santé comme les hôpitaux publics ou privés, les cliniques. Elles peuvent également s'orienter vers l'hospitalisation et les soins à domicile, les soins de suites et de réadaptation, vers les maisons de retraite médicalisées ou travailler dans d'autres structures. Au sein de ces structures, elles peuvent exercer différentes spécialités.

### La formation spécialisée

Pour avoir accès à une formation spécialisée, les infirmières diplômé(e)s d'État (IDE) doivent au préalable avoir quelques années d'expérience en tant qu'infirmières en soins généraux. Les spécialisations et évolutions de carrière possibles sont :

- infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État (IADE)  
2 ans de formation après 2 ans d'exercice professionnel d'infirmière
- infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'État (IBODE)  
1 an et 6 mois de formation après 2 ans d'exercice professionnel d'infirmière
- infirmier(e) en puériculture diplômé(e) d'État  
1 an de formation sans exigence par rapport à l'expérience professionnelle
- cadre de santé (management ou formation)  
1 an de formation après 4 ans d'exercice professionnel d'infirmière

En automne 2005, soit sept ans après leur entrée sur le marché du travail, parmi les infirmier(e)s de la génération 98, 92 % sont salariés dont 6 % d'infirmier(e)s spécialisé(e)s.

En Ile-de-France, un peu plus de 9 % des infirmier(e)s font une spécialisation.

En Ile-de-France, un peu plus de 9 % des infirmier(e)s font une spécialisation. Mais les formations qui concernent les infirmier(e)s puériculteur(trice)s, les infirmier(e)s anesthésistes et les infirmier(e)s de bloc opératoire ne peuvent s'adresser qu'aux professionnels de santé diplômés d'Etat (IDE) qui ont déjà derrière eux une ancienneté professionnelle. En conséquence, ces personnes sollicitent la prise en charge de la formation et le maintien de leur rémunération brute (pendant environ un an).

Les établissements de santé, confrontés par ailleurs à une obligation de réduire leurs coûts de fonctionnement, ont eu tendance à limiter, voire à supprimer ces prises en charge, ce qui s'est traduit par une réduction du nombre de personnes formées et même par la fermeture de certains instituts de formation (ex. : écoles de formation d'infirmier(e) de bloc opératoire).

	Infirmier(e)s DE	Inf. Bloc opé.	Infirmier(e)s Puéricultrices	Inf. Anesth
<b>Nombre de centres de formation</b>				
IdF 2005	67	4	6	3
IdF 2008	63	2	6	4
<b>Flux d'entrée en 1ère année</b>				
IdF 2005	5 309	66	238	119

IdF 2008	5 286	58	111	139
<b>Nombre total d'inscrits</b>				
IdF 2005	15 491	130	255	250
IdF 2008	15 423	98	262	340
<b>Nombre de diplômés</b>				
IdF 2005	4 309	92	193	117
IdF 2008	3 997	40	223	124

À l'issue de la formation, l'intégration dans le monde du travail peut s'effectuer par le recours à différents moyens, par ailleurs très variables selon le type de diplôme obtenu. 27% des infirmier(e)s nouveaux arrivants ont accédé à un premier emploi par le biais de leur établissement de formation, mais il est vrai que ce dernier est souvent situé au sein d'un hôpital, futur employeur potentiel. D'autant plus que, dans certains cas, les étudiants peuvent avoir signé un engagement avec une structure hospitalière qui les rémunère pendant leurs études et les a pré-recrutés. Pour 61,3 % des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État nouveaux arrivants, le premier poste occupé est un emploi dans le secteur public. Cette proportion reflète le poids de l'hôpital public dans l'exercice de la profession d'infirmier.

Par ailleurs, le métier d'infirmier(e) fait l'objet d'une réglementation spécifique. Ainsi, l'activité libérale n'est légalement possible qu'au terme de trois années après la fin de la formation. En effet, jusqu'à décembre 2004, l'exercice libéral était, pour les infirmier(e)s, conditionné à trois ans d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé mais compte-tenu de certaines contraintes démographiques, cette durée a été réduite à deux ans dans plusieurs départements à partir de janvier 2005. Cette première expérience peut toutefois s'acquérir aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Sept ans après leur sortie de formation, près de 8 % des infirmier(e)s diplômés en 1998 exercent une activité libérale. En 2005, les infirmiers libéraux représentent 13,9 % de l'ensemble des infirmiers en activité en France (Source ADELI). Cette proportion ayant crû depuis pour atteindre 14,6 % en 2008.

Comme pour le reste des professionnels de santé, les orientations sociologiques de cette profession doivent être prises en compte afin que la région puisse apporter son soutien sur certaines composantes socio-économiques pour valoriser et pour pérenniser ce métier.

L'aspect sociologique<sup>72</sup> : les nouveaux infirmiers diplômés d'État nouveaux arrivants.

<sup>72</sup> Cereq, exploitation Drees – enquêtes Génération 2001 et Génération 98

- le profil des origines sociales des infirmiers nouveaux arrivants a par ailleurs évolué entre les générations 98 et 2001. Ainsi, la part des fils ou filles de cadres est passée de 14,7% pour les diplômés de 1998 à 23% pour ceux de 2001. À l'inverse, la part des enfants d'ouvriers a diminué entre les deux générations, passant de 14,8% à 12,5%,
- trois ans après la fin des études, les titulaires nouveaux arrivants d'un diplôme dans le domaine de la santé ou du social (infirmiers ou non) sont relativement peu nombreux à habiter encore chez leurs parents (10,7% pour les infirmiers nouveaux arrivants),
- les trois quarts des infirmiers nouveaux arrivants (75,1%) sont en couple,
- au bout de trois ans, 20,9 % des infirmier(e)s, âge moyen de 23,6 ans, ont un enfant *versus* 16,7% chez les autres diplômés de la santé ou du social,
- la région de travail a également un effet non négligeable sur les rémunérations : les infirmières employés en Ile-de-France sont mieux rémunérés que ceux travaillant en province (+ 8%).

L'Ile-de-France avec 80% de diplômés restant y exercer, contribue à former des diplômés pour les autres régions : 23% des infirmier(e)s de Bretagne, 17% de ceux des pays de la Loire ont été formés en IdF.<sup>73</sup> **Il semble nécessaire d'améliorer les conditions de vie des étudiants et de les accompagner sur le plan social et après le début de leur carrière. Mais aussi de construire un projet de communication attractif et positif des métiers de la santé** avec des profils de carrière en fonction des qualifications obtenues afin de renforcer l'attractivité de la profession et la fidélisation en Ile-de-France.

### 3. La formation des autres métiers de la santé

Les autres métiers de la santé ont un rôle dans l'organisation des soins. Ce sont des métiers qui sont placés en relation avec les professions de santé dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie, ou en relation avec les professions dont leur activité dépend : les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques. Le corps des aides-soignants comprend les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture qui exercent les fonctions qui correspondent aux qualifications conférées par leurs diplômes. Ils collaborent notamment à la distribution des soins infirmiers et exercent sous la responsabilité de l'infirmier ou de la puéricultrice. D'autres professions disposent d'un décret

---

<sup>73</sup> Les étudiants de soins infirmiers en 2004. Drees n° 458, 2006

d'exercice codifié comportant une liste d'actes, tel que les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

	Aides-soignants	Aux. de puéric.	Ergothérapeutes	Manip. E.R.M.	Psychomotriciens	Techn. en analyse bioméd.
<b>Nombre de centres de formation</b>						
ldF 2005	81	36	2	3	2	1
ldF 2008	89	51	2	3	2	1
<b>Flux d'entree en 1ère année à la rentrée</b>						
ldF 2005	2 299	962	96	123	220	42
ldF 2008	2 517	1 416	103	149	265	40
<b>Nombre total d'inscrits</b>						
ldF 2005	2 625	1 153	286	341	670	114
ldF 2008	3 542	1 982	355	415	908	118
<b>Nombre de diplômés</b>						
ldF 2005	2 971	1 080	97	88	174	35
ldF 2008	2 502	1 214	92	128	186	25

Tous ces métiers de la santé doivent être présentés aux jeunes comme des métiers adjacents à d'autres activités de soins ou comme de véritables collaborateurs du professionnel de santé tel que le manipulateur en électroradiologie ou le cyto-technicien d'un laboratoire.

### **M. Les initiatives pro-actives des professionnels libéraux**

Les professions libérales de santé ne restant pas inactives face au problème de la démographie de leur secteur professionnel recherchent des solutions.

**Sur un modèle coopératif, l'Opérateur Coopératif des Maisons de Santé (OCMS)** souhaite créer des maisons de santé sur un modèle innovant qui éviterait une financiarisation trop poussée (malgré les besoins financiers importants que nécessite un projet d'envergure). Pour cela, l'OCMS choisit un modèle coopératif dans lequel les professionnels de santé sont majoritaires et détiennent au minimum 51% du capital social de l'opérateur, ce qui constitue une garantie de la prééminence du projet médical sur l'exercice comptable. Les professionnels de santé en question peuvent exercer dans des maisons de santé et donc investir dans leur outil de travail ou bien être de simples investisseurs impliqués dans la non-financiarisation de la santé. Le reste de l'actionnariat de l'opérateur est composé des managers et d'un actionnaire minoritaire, si possible, à caractère coopératif. Les professionnels de santé sont

*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Île-de-France 21/10/2010*

souvent freinés dans leur projet de regroupement par manque de temps et ne sont pas des gestionnaires. C'est pourquoi l'opérateur prend en charge l'ingénierie du projet et accompagne les professionnels dans la définition, la formalisation du projet de santé et la gestion de leur maison de santé.

Une triple offre :

- la conception avec la constitution de l'équipe de la maison de santé, l'animation du groupe pour l'élaboration du projet de santé et du projet professionnel, le diagnostic territorial, les négociations avec les acteurs locaux (pouvoirs publics, ARS, autres professionnels de santé...), la recherche de l'immobilier et les études architecturales, l'estimation des coûts et la stratégie de financement ;
- la réalisation de la formalisation du projet de santé et du projet professionnel (construction, création des structures juridiques, obtention des financements, création des procédures administratives) ;
- la gestion du déploiement du projet de santé (éducation thérapeutique, prévention, coordination...) et le suivi de la qualité des soins (mutualisation des outils de gestion pour une baisse des coûts, maintenance des locaux).

La majorité des maisons de santé généralistes serait composée d'une vingtaine de professionnels de santé chacune (généralistes, infirmier(e)s, masseurs-kinésithérapeutes...) et de spécialistes vacataires, mais aussi de maisons de santé thématiques concernant une pathologie ou un type de population. Les professionnels de santé sont libéraux et non pas salariés dans les maisons de santé. Les maisons de santé sont donc un des moyens de maintenir une médecine de proximité et d'améliorer la continuité des soins dans une redéfinition de l'offre de soins.

Définies par la Loi du 19 décembre 2007, elles « assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Ces structures doivent assurer aux patients une pérennité et une qualité de l'offre de soins locales. Elles proposent une prise en charge globale, une coordination des soins et mettent en œuvre la prévention et l'éducation sanitaire. En plus de la collaboration interne entre médecins et paramédicaux, elles activent une collaboration externe avec le tissu local existant.

**L'association Regroupement Implantation Redéploiement Ile-de-France (RIR)**, constituée en 2005 à l'initiative de médecins libéraux impliqués dans la vie institutionnelle de la santé francilienne, a engagé, avec le soutien du FAQSV puis du FIQCS Ile-de-France et du Ministère de la Ville ainsi que celui de nombreux partenaires comme l'Association des Maires d'Ile-de-France et la quasi-totalité des

institutions sanitaires et sociales d'Ile-de-France,<sup>74</sup> une sensibilisation des élus locaux et des professionnels de santé aux dangers qui menacent la démographie médicale et paramédicale dans notre région. Le défi est maintenant évident pour la plupart des décideurs : c'est dans un très proche avenir toute l'organisation des soins qui est exposée à la pénurie de professionnels de santé libéraux qui ont un rôle majeur en dispensant actuellement 95% des soins ambulatoires.

Contrairement aux idées reçues il y a encore peu, **le tissu urbain cache des zones de désertification imminente qui ne vont que s'étendre dans les cinq à dix prochaines années alors que la demande de soins, elle, ne fait que croître légitimement avec les progrès du niveau de vie et l'augmentation de la longévité des patients.**

Le diagnostic partagé avec les professionnels de santé sur l'offre de soins des villes de plus de 10 000 habitants tel que proposé par RIR Ile-de-France permet aux élus volontaires de disposer d'un état des lieux précis de l'évolution de la démographie médicale dans leur commune. Il constitue ainsi un préalable indispensable à tout projet local d'aménagement du territoire en matière d'offre de soins de premier recours dans les zones urbaines denses de notre région.

Largement plébiscité par les jeunes praticiens qui y voient la possibilité d'un exercice répondant aux impératifs professionnels et personnels d'un exercice moderne, le regroupement des professionnels de santé en cabinets de groupes pluridisciplinaires est une solution permettant d'envisager l'avenir de l'offre de soins mais reste un mode d'organisation encore très peu répandu sur le territoire francilien.

Les études de faisabilité menées par RIR Ile-de-France démontrent que la mise en œuvre des projets de regroupement comporte de nombreux écueils dans une entreprise lourde pour des professionnels de santé peu rompus aux problématiques financières, architecturales, gestionnaires, réglementaires, sanitaires<sup>75</sup> et organisationnelles qu'il faudrait maîtriser.

De plus, l'appel à une prestation de services externalisée est souvent présenté comme une source d'économie budgétaire et d'efficacité : recentrage sur un cœur de métier, réponse à une insuffisance structurelle due notamment à une technicité croissante de certaines tâches, diminution des coûts fixes, réduction des délais, meilleure satisfaction des usagers, allègement de la contrainte budgétaire, partage des responsabilités, souplesse, subsidiarité, etc... Mais cette externalisation ne va pas toutefois sans

---

<sup>74</sup> Le Comité de Pilotage de RIR Ile-de-France comprend : L'Association des Maires de l'Île-de-France (AMIF), l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France (URML IDF), l'Union nationale des professions libérales d'Ile-de-France (UNAPL IDF), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF), le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris (CDOM), le Conseil Économique et Social de la Région Île-de-France (CESR IDF), le Conseil Régional d'Île-de-France, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France (DRASSIF), l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Île-de-France (IAURIF), la Mutualité Sociale Agricole d'Île-de-France (MSA IDF), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Île-de-France (URCAMIF)

<sup>75</sup> Référentiel mise en place par des médecins libéraux (Association des médecins pour la sécurité sanitaire, AMPS) avec un certificateur (AFAQ), JO 13 juillet 2003, art. L.115-28 du code de la consommation.



difficultés : problème de l'évaluation des coûts complexe, facteur de risques : défaillance du prestataire, problèmes de sécurité, dépendance.

Aujourd'hui, plus de 80 villes franciliennes ont bénéficié d'un diagnostic d'offre de soins et plusieurs projets de « Maisons de santé pluridisciplinaires » à des stades variés de développement sont actuellement accompagnés par l'Association.

En 2010, deux projets concrets ont vu le jour

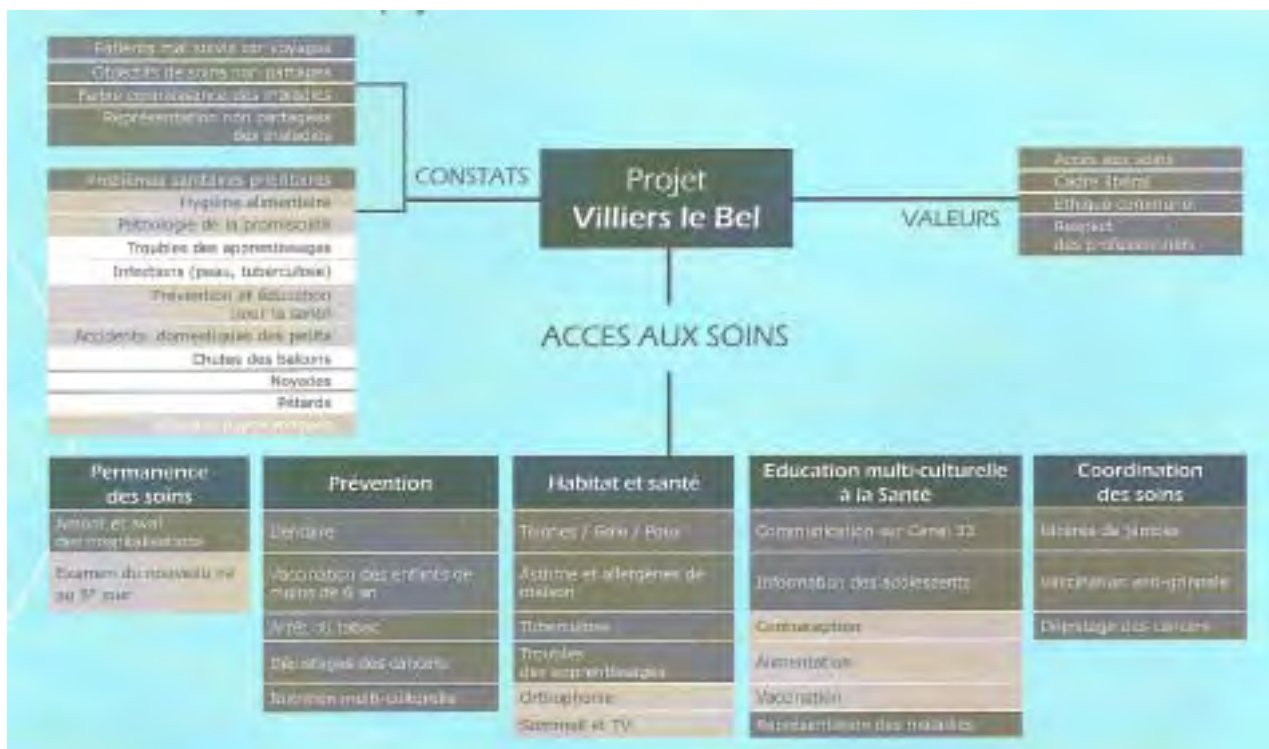
- à Villiers-le-Bel (Val d'Oise)
- à Grigny (Essonne)

A Villiers-le-Bel, ville jeune du Val d'Oise comptant près de 30 000 habitants, nettement défavorisés sur le plan socio-économique par rapport au département et à la région, la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) « Val de France » est située en périmètre ZUS, en centre ville, et a ouvert ses portes le 15 mai 2010 après des travaux d'aménagement.

Le projet a reçu une subvention d'investissement initial de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU) dans le cadre du plan de rénovation du quartier du Puit de la Marlière tandis que l'immobilier est porté par une SCI qui a réalisé l'acquisition du site et financé le reste de l'opération, réalisant un exemple rare de partenariat Public/Privé dans ce domaine.

Cette MSP intègrera une offre de soins de premiers recours avec 17 professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et spécialistes, infirmier(e)s, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychologues, orthophonistes et chirurgiens dentistes) tous accessibles aux personnes handicapées. Ces professionnels de santé issus de la ville en majorité mais aussi rejoints par des nouveaux praticiens extérieurs sont unis par un projet médical fort en adéquation avec les besoins de santé de la population de Villiers le Bel perçus par les professionnels et démontrés par les travaux de l'Atelier Santé Ville local.

### Le Projet Médical de Villiers le Bel



La MSP « Saint-Exupéry », située en plein cœur de Grigny II, quartier en cours de rénovation profonde, accueille les Grignois depuis le 3<sup>ème</sup> trimestre 2010. Ce sont 15 professionnels de santé libéraux qui exerceront sur ce site de 430 m<sup>2</sup> loué au groupe des professionnels de santé par la société HLM. Cette construction a nécessité 500 000 € de subventions d'aménagement répartis entre la Région Ile-de-France, le FIQCS Ile-de-France et la Préfecture de l'Essonne afin de permettre au groupe de professionnels de santé d'accueillir les patients dans les conditions de sécurité et de confort standard dans les cabinets modernes et en particulier, permettant l'accès aux personnes handicapées à toutes les ressources de soins. La participation au groupe de médecins, maîtres de stages, accueillant des internes en médecine générale et d'infirmières ayant une compétence acquise en matière de procédures qualité et évaluation fera de la MSP « Saint-Exupéry » un site pilote en matière d'évolution des pratiques en médecine libérale (coordination entre professionnels, transferts de tâches, organisation des soins...) qui sera le critère marquant du projet médical que la Commission Médicale d'Établissement déjà créée est en train d'élaborer.

D'autres projets sont actuellement à l'étude à Garges-lès-Gonesse (Val d'Oise), Drancy (Seine-Saint-Denis), Choisy le Roi (Val de Marne) ou encore dans le Nord du 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris mais des leçons peuvent d'ores et déjà être tirées de ces expériences pratiques d'un nouveau genre dans les zones urbaines denses assez largement défavorisées.

D'une manière générale, ces projets restent très difficiles à mener en Ile-de-France et imposent le plus souvent la présence d'une structure intermédiaire catalysant ces regroupements, rôle que s'est fixé RIR Ile-de-France depuis 2005 car :

- Peu de surfaces sont disponibles et correspondent aux besoins, à savoir 500 à 1 000 m<sup>2</sup> en rez-de-chaussée, accessibles aux handicapés et judicieusement positionnés en ville.
- Les prix franciliens de l'immobilier : les prix de vente des locaux neufs proposés à l'achat, ne permettent pas d'atteindre un équilibre économique des activités de soins regroupés de premiers recours (aux tarifs conventionnés stricts). Concernant les projets de réaménagement dans l'ancien, si les coûts d'acquisition sont souvent plus abordables, les coûts de mise en conformité et de réaménagement viennent impacter fortement la réalisation des projets de regroupements (jamais inférieurs à 1 000 €/m<sup>2</sup> pour les qualités d'aménagement phonique nécessaires pour l'exercice médical). Dans les deux cas, le financement des opérations immobilières par la simple activité de soins conventionnés stricts ne permet pas l'équilibre et il est nécessaire de prévoir un investissement important d'amorçage pour l'ensemble de ces projets.
- L'absence de fonds franciliens actuellement identifiés pour aider à l'aménagement en soins de premier recours de la région. Un partenariat ARS / Région d'investissement pour rééquilibrer les désavantages dont souffre la région Ile-de-France devrait être mis en place pour éviter une désertification de larges zones franciliennes.
- Les aménageurs sociaux constatent qu'il faut sensibiliser à la menace de pénurie médicale et paramédicale dont le rôle néfaste pour l'attractivité des territoires n'est plus à démontrer.
- La migration culturelle et générationnelle des professionnels de santé est difficile à conduire : même s'ils sont convaincus du caractère opérationnel des regroupements, les professionnels de santé hésitent à franchir le cap et à s'investir dans de grosses structures car ils craignent de se retrouver solidaires des sortants et faute de renouvellement de ne pouvoir faire face aux loyers. Ils sont disposés à s'engager lorsqu'on leur propose une solution qui sur le plan financier ne les engage qu'individuellement et sur le plan opérationnel leur demande peu d'efforts.

Finalement, le succès de ces projets expérimentaux a reposé sur une volonté commune des professionnels de santé des villes alliées à des élus locaux volontaires.

Pour tous ces projets, il est nécessaire de faire évoluer la législation sur les structures d'exercices afin de permettre à ces nouvelles entités interprofessionnelles de fonctionner. D'où la nécessité de modifier juridiquement des entités entrepreneuriales telles que la Société civile de moyen (SCM) ou de réfléchir et de proposer d'autres formes juridiques non capitalistiques permettant, dans une structure

*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010 106/126

pluridisciplinaire et interprofessionnelle, à chaque professionnel libéral d'exercer indépendamment son métier.

L'intérêt dans cette période charnière de la mutation de l'exercice libéral de santé est double :

- Premièrement un certain nombre de futurs professionnels libéraux de santé souhaitent travailler en inter-professionnalité entre eux et avec des professionnels du médico-social au sein de la même plate forme de santé,
- Deuxièmement, les professionnels libéraux de santé souhaitent aussi se décharger du poids administratif qui monopolise une partie croissante de leur exercice quotidien, soit en créant des emplois au sein de l'entreprise, soit en externalisant cette charge.

Plusieurs pistes doivent être explorées pour cette coopération public/privé :

- Ouvrir la structure Scop<sup>♦</sup>, qui est une entreprise collective de salariés, en Scop de professions libérales ;
- Regrouper des entreprises individuelles de santé dans une même structure immobilière afin de constituer un groupement d'employeurs (GE). Le code du travail prévoit que plusieurs personnes physiques ou morales peuvent se regrouper pour créer ensemble un groupement d'employeurs sous forme d'association loi 1901, à but non lucratif, dont l'objet est de recruter des salariés et de mettre ces derniers à disposition des membres du groupement. D'ailleurs, les groupements d'employeurs peuvent réunir des entreprises qui ne sont pas dans les mêmes secteurs d'activité, mais qui ont des besoins de compétences identiques, souhaitant développer un projet interdisciplinaire de coopération. Au-delà de la définition juridique, le groupement d'employeurs est une entreprise dont le champ d'action est son bassin d'emploi, et dont le métier est la gestion de compétences partagées ;
- Créer une Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC, JO 17 juillet 2001)<sup>76</sup>, forme d'entreprise privée et d'intérêt public qui permet d'associer professionnels, collectivités territoriales ou tout autre partenaire, qui veulent agir ensemble dans un même projet de développement local. La Scic, tout en exerçant son activité dans le secteur de l'économie marchande, se distingue clairement d'une société commerciale classique par ses finalités d'utilité sociale pour le territoire sur lequel elle souhaite s'implanter. Elle est soumise à agrément préfectoral délivré pour 5 ans (renouvelable). La Scic associe une multiplicité de

---

♦ La Scop (Société coopérative de production) est une société commerciale qui vit et se développe dans le secteur concurrentiel avec les mêmes contraintes de gestions et de rentabilité que toute entreprise.

<sup>76</sup> Les Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif sont des sociétés anonymes ou des sociétés à responsabilité limitée à capital variable régies par le code du commerce. Elles ont pour objectif la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale (loi 47-1775 du 10/09/47)

partenaires (multi-sociétariat) : toute personne physique ou morale, de droit privé ou de droit public, qui contribue à l'activité. Les collectivités territoriales peuvent accorder des subventions à la Scic dans les limites habituelles des règlements européens.

### **Pourquoi proposer de nouvelles entités juridiques ou adapter celles qui existent ?**

La santé n'est pas dans un système commercial. La majorité des professionnels travaillent avec des tarifs encadrés pour leur activité. Ils ne peuvent pas amortir sur leurs actes l'augmentation des coûts de fonctionnement de la structure (secrétariat, normes sécuritaires, élimination des déchets de soins...). En 2009, les professionnels de santé ont vu leur charge d'activité augmentée en moyenne de 3% (de 2,6% pour une orthophoniste à 4,4% pour un médecin généraliste).<sup>77</sup>

Il est donc nécessaire de proposer des pistes de financements pérennes afin que ces structures de santé pluridisciplinaires et de proximité puissent fonctionner à long terme.

La première évaluation des maisons de santé pluridisciplinaires a été menée en Franche-Comté et en Bourgogne. L'étude confirme que ces structures permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et activité professionnelle, mais aussi une coopération effective entre les professionnels, médecins-paramédicaux.<sup>78</sup> Les infirmiers avec certaines spécialités comme la gériatrie, les soins communautaires, ou les soins palliatifs, l'oncologie,...doivent être encouragés et soutenus, compte tenu de l'évolution du champ sanitaire. Les collaborations interdisciplinaires sont de nature à améliorer la qualité des soins. Mais l'Ile-de-France a d'autres caractéristiques structurelles que ces régions telles que le coût du foncier, un tissu péri-urbain très dense sans oublier les zones rurales aux marches franciliennes.

D'autre part, l'absence de concertation avec ce secteur professionnel sur des projets de rénovation urbaine (PRU) ne facilitent pas les restructurations entrepreneuriales et donc leur développement ou un regroupement, alors que la mise aux normes du cabinet de santé (pour le rendre accessible aux personnes handicapées) est prévue par la loi du 11 février 2005. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, tout nouveau cabinet de santé ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet de santé, doit répondre à ces exigences. En ce qui concerne les délais de mise en conformité, il est prévu qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, tous les cabinets de santé existants doivent être aux normes d'accessibilité aux personnes handicapées.

---

<sup>77</sup> Statistiques Conférence des ARAPL (association régionale agréée des professions libérales)

<sup>78</sup> Questions d'économie de la santé, Irdes n°147, 2009

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'obligation d'être aux normes s'impose aux établissements créés par changement de destination pour accueillir une profession libérale, c'est-à-dire la création d'un cabinet individuel ou d'un cabinet de santé avec une habitation dans des locaux à usage d'habitation existants. Une autorisation d'ouverture d'un établissement recevant du public est nécessaire. Cette autorisation sera délivrée après le contrôle par une commission départementale de sécurité et d'accessibilité du respect des règles de l'accessibilité aux personnes handicapées (L. 111-8-3 et R.111-19913 CCH).

Les professionnels libéraux de santé, conscients du risque de disparité d'offre de soins, ont une démarche pro-active pour palier la diminution démographique des professionnels afin de recentrer l'activité sur les soins mais aussi sur la prévention telle que le dépistage des troubles de l'apprentissage chez les enfants<sup>79</sup> et sur l'éducation pour la santé. L'accroissement de compétence collective, nécessitant une diversité des profils des professionnels de santé, favorise à la fois l'efficacité d'une prise en charge sanitaire et l'organisation professionnelle, afin de valoriser les futurs contrats locaux de santé.

## II. LES MESURES DE SOUTIEN ET D'INCITATION

**Comme toutes les entreprises, les professions libérales de santé peuvent bénéficier d'aide à la création d'entreprise.** La plupart de ces aides sont à envisager avant l'immatriculation et sont limitées aux premières années de l'entreprise. L'absence d'informations et de formations, organisée, en amont sur la notion entrepreneuriale de la profession libérale de santé entraîne une méconnaissance du soutien à la création/reprise d'une activité de santé par les jeunes. La mise en place du guide d'installation en profession libérale<sup>80</sup>, permet aux jeunes professionnels de connaître en fonction du territoire économique (ZUS, ZRU, ZFU, ZRR autres ...) les aides dont ils peuvent bénéficier.

Le dernier rapport de l'Observatoire national<sup>81</sup> des zones urbaines sensibles remarque une sous représentation des professions de santé en Zus, très prononcée chez les infirmières (sous représentation marquée chez les salariés infirmiers), mais montre clairement que la densité de cabinet en proximité et en bordure des Zus permet de compenser partiellement ces écarts. Les écarts les plus prononcés sont observés chez les orthophonistes, suivi des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes. De

---

<sup>79</sup> Sommelet D. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Octobre 2006

<sup>80</sup> [www.formapl.org](http://www.formapl.org), [inst@Lsant](mailto:inst@Lsant) sur [www.urcam.assurance-maladie.fr](http://www.urcam.assurance-maladie.fr)

<sup>81</sup> Observatoire national des zones urbaines sensibles, Rapport 2009

l'avis des auteurs de ce rapport « un nombre significatif de professionnels est installé en bordure des Zus, rendant par-là même les estimations de professionnels de santé dans le périmètre strict des Zus délicates, voire éventuellement peu pertinentes. Les effectifs de professionnels en Zus sont approximativement multipliés par deux lorsqu'on inclut les professionnels exerçant à moins de 150 m d'une Zus ».

En vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes, une définition des zones déficitaires est précisée par l'article L162-47 du code de la sécurité sociale et par la circulaire DHOS/03DSS/UNCAM n°2005-63 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques:

- le territoire de référence (communes, communautés de communes, bassins de vie...) ne doit pas être inférieur à 1 500 habitants,
- la densité médicale doit être inférieure de 30% à la moyenne nationale (0,7 médecin généraliste pour 1 000 habitants),
- l'activité médicale de médecine de la zone doit être supérieure de 30 à 50% à la moyenne nationale.
- La part de la population de plus de 75 ans, supérieure d'au moins de 10% par rapport à la moyenne nationale,
- Le délai d'accès au médecin généraliste supérieur à 20mn.

Des aides fiscales et financières sont proposées aux porteurs de projets de création d'une activité libérale ou de reprise d'une activité existante :

#### **Les exonérations fiscales**

- Exonération de la taxe professionnelle par délibération des collectivités territoriales ou EPCI à fiscalité propre en ZRR et dans les communes de moins de 2 000 habitants (art 114 de la loi DTR)
- Exonération de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an sur la rémunération perçue au titre de la permanence de soins exercée dans une zone définie par l'article L 162-47 du code de la sécurité sociale,
- Exonération de l'impôt sur le revenu pour les nouvelles installations en zone de revitalisation rurale (ZRR) et zone franche urbaine (ZFU),
- Exonération des cotisations patronales (URSSAF - Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en ZRR).

### **Les aides financières des collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser la création ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

Le décret en Conseil d'Etat (n° 2005-1724 du 30/12/2005) détermine la nature et les conditions d'attribution de ces aides.

Les investissements immobiliers réalisés par les communes destinées à l'installation des professions de santé sont éligibles au fonds de compensation pour la TVA (art 108 loi DTR, art L1511-8 du code général des collectivités territoriales).

### **Les aides de l'assurance maladie**

Les aides proposées sont consultables sur le site de l'Urcam IdF

- Médecins Généralistes : Avenant 20 à la convention nationale
- Aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité, consultations + visites (C+V), du médecin en zone déficitaire
- 16 zones déficitaires dans la région (arrêté MRS de 2005) comprenant 102 communes (3,03 % de la population)
- 1er bilan : au 31/12/2008, 201 généralistes exercent en zone déficitaire

- Sur 3 ans, les effectifs sont restés stables avec 21 départs et 21 installations

Pour les infirmiers libéraux : Avenant n°1 à la convention nationale : Mécanisme de régulation de l'offre de soins infirmiers dans les zones "très sous dotées" : mise en place d'une incitation et d'un maintien à l'exercice libéral à travers les contrats santé solidarité,

- Dans les zones « sur dotées » : accès restreint au conventionnement,
- Les SSIAD sont également soumis au principe de régulation démographique,
- 2 zones "très sous dotées" et 18 zones "sur dotées" (arrêté MRS du 29 avril 2009)

### **Les aides financières aux étudiants en médecine**

Des textes relatifs à l'aménagement du territoire, comme l'article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux et le décret n° 2005-1728 du 30/12/2005 précisent les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales peuvent aider les étudiants :

- Indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale (stage en zone déficitaire...);



- Indemnité d'étude et de projet professionnel (sous réserve d'exercer comme médecin généraliste au moins 5 ans en zone déficitaire)<sup>82</sup>.

### **Les autres mesures**

Le décret en Conseil d'Etat n° 2005-481 du 17/05/2005 autorise la création de cabinets secondaires. Dans l'intérêt de la population, le Cnom a modifié l'Article 85<sup>83</sup> afin de permettre à un médecin d'exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

- lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins,
- lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en oeuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

**D'autre part, la loi en faveur des petites et moyennes entreprises de 02/08/2005** autorise le collaborateur libéral. Toutes ces mesures, toutes ces aides sont peu connues des étudiants ou des jeunes médecins remplaçants. Il est donc nécessaire de mieux faire connaître, le plus en amont possible, les dispositifs d'aides existant. Il est aussi nécessaire de proposer ces dispositifs aux autres professionnels libéraux de santé qui sont aussi sous tension à l'installation.

Pour le secteur de santé ambulatoire, la démographie des professions de santé sur un territoire est liée à la reprise d'une activité libérale de santé existante ou à une création. La reprise d'une activité de santé comme pour toute transmission d'entreprise relève d'une démarche spécifique avec d'une part un droit de présentation (valeur vénale de la clientèle) et d'autre part le prix de cession des autres éléments corporels (droit au bail, matériel...). Afin de favoriser la reprise/ transmission, la loi du 30/12/2005 a mis en place de nouveaux dispositifs d'exonération en matière de cession d'activité professionnelle pour permettre une dynamique de recherche d'un successeur pour le cédant.

L'organisme représentatif du secteur des professions libérales a mis en place en région, depuis 10 ans, une structure technique, type guichet unique, d'aide à la création/transmission d'une activité libérale. Malheureusement cette structure n'a jamais eu le soutien que ce soit de la collectivité régionale ou des ministères de tutelle. Pourtant ce guichet peut apporter en coordonnant les différents acteurs une information et une formation pour les futurs professionnels libéraux de santé, d'autant que dans la loi du

---

<sup>82</sup> La Seine-et-Marne alloue 1 000 €/mois pendant les 3 dernières années d'étude

<sup>83</sup> Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1 du code de la santé publique  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Île-de-France* 21/10/2010

02/08/2005, l'article 2 précise la nécessité d'une formation à la création d'une entreprise de profession libérale.<sup>84</sup>

Plusieurs intervenants ou décideurs agissent pour favoriser un maillage satisfaisant des professionnels libéraux de santé sur un territoire : soit l'Etat par l'intermédiaire du Ministère de la santé et par celui des finances, soit l'assurance maladie par les accords conventionnels. Si actuellement, l'ensemble des mesures d'incitations, essentiellement financières, n'a pas donné tous les résultats escomptés, c'est bien que l'enjeu n'est pas uniquement le paramètre financier. L'autre paramètre qui n'est que partiellement pris en compte par les décideurs est l'enjeu entrepreneurial.

Différents rapports souhaitent que des mesures coercitives pour l'installation des jeunes soient instaurées afin de palier le déficit de professionnels (bien que ceux-ci ne soient pas responsables de cette évolution et de cette disparité démographique). La proposition de cette mesure, mesure politique et nationale, fait actuellement débat. Mais, notre système de santé ne permet pas, comme dans d'autres pays européens, d'avoir une gestion régionale de l'installation des professionnels libéraux de santé tel les Länder allemands ou les provinces espagnoles.<sup>85</sup> Actuellement en Grande-Bretagne, National Health System (NHS) met en place un système de santé qui ne sera plus piloté par l'Etat d'ici trois ans, mais par les médecins eux-mêmes dans un nouveau cadre décentralisé. Contrairement à la France, le gouvernement britannique a décidé de miser sur le développement des spécialités de proximité (jusqu'alors cantonnées à l'hôpital), et sur les médecins généralistes, considérant qu'ils sont les mieux placés pour savoir de quoi leurs patients ont besoin. D'autre part, la conclusion du document du Sénat ne fournit pas de solution miracle. « Aucun des dispositifs mis en place pour améliorer la répartition géographique n'a permis de résoudre la totalité des problèmes. Du reste, plusieurs pays envisagent de modifier le leur ».

Cette réflexion sur l'installation reste rattachée uniquement sur l'aspect professionnel or, la dimension entrepreneuriale doit également être prise en compte. C'est bien dans ce champ entrepreneurial que la Région et les départements peuvent agir de concert. Par contre, il est nécessaire de proposer des mesures positives en amont de l'installation, telle que la démarche mise en place pour les internes en médecine par le département de Seine-et-Marne.<sup>81</sup>

---

<sup>84</sup> Article 1 ; Art. L. 953-5. - Les actions d'accompagnement, d'information et de conseil dispensées aux créateurs ou repreneurs d'entreprises artisanales, commerciales ou **libérales**, exerçant ou non une activité, entrent dans le champ de la formation professionnelle continue au sens de l'article L. 900-2.

Article 2 ; l'article L. 961-10 du code du travail est complété par trois alinéas ainsi rédigés : Le fonds interprofessionnel de formation des professions libérales immatriculées auprès des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale et le fonds d'assurance-formation des professions médicales sont également tenus de réserver un pourcentage de la collecte au financement des actions précitées dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent.

<sup>85</sup> Les Documents de travail du Sénat, Série Législation comparée, La Démographie médicale, n° LC 185 Mai 2008

### III. L'AGENCE REGIONALE DE SANTE (ARS)

C'est le nouvel interlocuteur unique placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, qui se substitue aux 7 structures aujourd'hui en place Arhif, Drassif et Ddass, Urcamif, Grsp, Mrs, Cramif (volet «sanitaire»).

L'agence régionale de santé (ARS) a deux grandes missions :

- le pilotage de la politique de santé publique en Ile-de-France par la mise en œuvre de la politique de santé publique : prévention, éducation pour la santé,...etc.
- la régulation de l'offre de santé en Ile-de-France portant sur les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social avec un axe territorial : la répartition des professionnels, et un axe économique : la maîtrise financière.

L'ARS IdF aura, en tant qu'interlocuteur régional unique, une intervention prépondérante dans l'organisation des professionnels de santé sur le territoire<sup>86</sup> mais aussi des professionnels du secteur médico-social en promouvant une meilleure coordination entre le secteur hospitalier et le médico-social. Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions de l'agence régionale de santé (ARS) dans ses domaines de compétences, dans le respect des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).<sup>87</sup> Le projet comprend un programme pluriannuel de gestion du risque, dont le décret d'application a également été publié au Journal officiel, qui prévoit "des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion". Le projet régional de santé est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale apporteront leur contribution au sein de deux commissions de coordination des politiques publiques de santé. Ces commissions sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au

---

<sup>86</sup> Art. L. 1431-2 de la Loi HPST du 21 juillet 2009

<sup>87</sup> Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

travail et de la protection maternelle et infantile et dans les domaines de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Elles comporteront des délégations territoriales dans tous les départements, afin de constituer un relais de proximité pour les politiques menées par l'agence, en lien étroit avec les acteurs territoriaux. L'ARS devra s'associer les collectivités territoriales afin de gérer l'efficacité du secteur médico-social régional, d'autant que dans la loi HPST, la Région est membre du Conseil de surveillance de l'ARS. L'ARS pourra être un partenaire pertinent de la Région pour apprécier, de façon pragmatique les réalités territoriales et les besoins en professions de santé. Mais l'efficacité de l'offre de soins par rapport aux besoins des populations passe par l'articulation entre l'ARS – les Départements - la Région et les Professionnels dans la prospective de l'aménagement du territoire.

#### **IV. LES PROPOSITIONS**

L'aménagement du territoire est une priorité du Conseil régional pour le maintien d'un tissu économique fort. Dans ce cadre, le secteur de la santé a un rôle particulier à jouer afin à la fois de lutter contre les inégalités territoriales de santé et de renforcer l'attractivité économique des territoires. C'est d'ailleurs un défi pour l'Europe qui veut « promouvoir un haut niveau de santé pour toute l'Union européenne ». <sup>88</sup>

La réduction des inégalités de santé est donc un enjeu pour la Région : enjeu démographique, économique et de santé publique.

Le secteur de la santé joue aussi un rôle important dans l'investissement local, dans la qualité de vie, et contribue de plus en plus au processus de développement économique. Il est donc nécessaire que les activités de santé d'un territoire, activités de proximité, soient pérennes et se développent de façon adaptée.

L'approche territoriale de l'offre de soins passe à la fois par l'analyse des services offerts à la population et par son évolution dans le cadre du développement de l'urbanisme. Ainsi, la prospective des professionnels de santé devra s'articuler de façon concertée entre l'aménagement du territoire francilien et la dynamique organisationnelle de ces professionnels afin d'adapter l'offre sanitaire à la population pour la promotion de la santé. <sup>89</sup> Cette démarche concerne à la fois les mesures mises en

---

<sup>88</sup> Livre Blanc. Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE – 2008-2013. COM (2007)

<sup>89</sup> Promotion de la santé défini par la Charte d'Ottawa (éducation pour la santé, prévention, soins curatifs)  
*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans  
l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

place au niveau national et celles prises au niveau de la Région et des Départements. Les paramètres sur lesquels la Région peut agir dans le cadre de ses compétences sont :

- l'identification et la promotion du secteur de la santé,
  - connaissance de la démographie des professions de santé,
  - information et promotion des métiers de la santé,
  - promotion de l'exercice en région francilienne (données démographiques...)
- les actions du soutien à l'activité des professions du secteur sanitaire,
  - développer l'attractivité pour les spécialités fragiles,
  - éveiller l'intérêt en faveur des zones déficitaires (bourse, indemnité déplacement/logement, recrutement local),
  - informer et former les futurs professionnels à l'exercice en ambulatoire,
- l'aide technique et logistique à la transmission / création des entreprises,
  - accompagner et soutenir la création de structures de santé,
  - identifier les problèmes tels que les risques liés à l'isolement du professionnel, l'insécurité (notamment lors des gardes), et plus généralement tout ce qui concerne l'attractivité du territoire (possibilité de scolarisation des enfants, accès aux services,...),
  - intégrer le secteur de la santé dans l'aménagement du territoire (SDRIF, SCOT, PLU)
- le partenariat avec l'ARS,
  - élaborer une base de données concertée du secteur de la santé,
  - analyser le territoire de santé

Les actions de la région devraient s'inscrire et s'articuler autour deux axes :

- soit des actions immédiates face au constat d'un déficit en offre de soins,
- soit des actions prospectives face au risque prévisible du déficit à terme de certains professionnels spécifiques, dans des zones géographiques identifiées.

La territorialisation de l'organisation de l'offre de santé, qui préoccupe à la fois les élus, les professionnels et la population, devra permettre à l'institution régionale de considérer le secteur de la santé dans un cadre global pour aboutir à des **contrats locaux de santé**. Il convient donc de ne pas dissocier les actions consacrées aux professionnels médicaux de celles pour les para-médicaux, pas plus qu'il ne faut dissocier celles spécifiques du secteur public par rapport à celles pour le secteur ambulatoire libéral ou associatif.

**Une base de données fiable sur ce champ professionnel, concertée et agrégée par l'ensemble des acteurs** permettra une meilleure approche prospective de la demande de l'offre de santé pensée à partir des besoins et des attentes des populations d'un territoire, notamment pour les soins de premiers recours. Il s'agit de rompre avec un cloisonnement des données car les acteurs (professionnels de santé, collectivités territoriales...) ont besoin d'informations pertinentes pour le pilotage d'une politique d'offre sanitaire. D'où la nécessité de mettre en place une veille territoriale (réalisation d'un diagnostic, suivi d'indicateurs sur l'offre et la demande de soins...) en relation étroite avec les professionnels de santé.

**Pour temporiser la crise démographique des professionnels de santé en IdF**, la Région devrait promouvoir et soutenir les communications-informations sur les professions et les métiers de la santé auprès des jeunes dans une démarche valorisante. Cette valorisation doit présenter les possibilités d'évolution de carrière. Il est indispensable de repenser les modalités d'intervention en santé afin de mieux appréhender l'évolution des métiers. La Loi, à travers le Code de Santé Publique définit la qualification de chaque profession de santé et toute évolution de son rôle passe par un changement de la loi. Toute transformation des compétences des non-médicaux entraîne un transfert de responsabilité et de rémunération. La mise en place de ces capacités dans l'évolution des métiers de la santé doit permettre une organisation pluridisciplinaire indispensable.

**L'attractivité du secteur de la santé pour les jeunes est indispensable pour garder les étudiants et les jeunes professionnels en Ile-de-France.** Il est nécessaire de :

- Développer en concertation avec les professionnels concernés l'information sur le schéma des formations sanitaires et sociales tant pour le secteur salarié que libéral,
- Informer et améliorer la connaissance sur les métiers de la santé, leurs diversités d'exercice et les possibilités d'évolution professionnelle,
- Améliorer les conditions de travail : responsabilités et salaires car les compétences et les missions sont appelées à évoluer (coopération entre professionnels, développement de nouvelles pratiques...),
- Penser les conditions d'exercice adaptées (garde d'enfants, horaires atypiques...) à une féminisation croissante des professionnels de santé avec des grossesses plus tardives.

**En Région Ile-de-France, la pénurie d'infirmier(e)s constitue un problème majeur.** Les raisons primordiales concernent :

- le recrutement dans les instituts de formation : en dépit de l'augmentation des quotas, ceux-ci ne sont pas toujours atteints et ce malgré l'apport d'étudiants venant de province ;
- le nombre de personnes qui vont jusqu'au terme du cursus de formation diminue (ce qui peut amener à revoir les cycles de formations) ;
- le maintien, en Région Ile-de-France, des professionnels formés n'est plus assuré pour des raisons de coût et de qualité de vie (logement, transports...) notamment.

Afin de favoriser l'attractivité des professions para-médicales / sages-femmes et se situer en concordance avec l'Europe, un processus de concertation entre le Gouvernement et ces professions sur l'intégration au cycle de formation universitaire (licence-master-doctorat, LMD), est ouvert à la suite du rapport de l'IGAS en proposant d'engager les modalités et les conditions d'application de la réforme LMD.<sup>90</sup> Ce rapport rappelle à plusieurs reprises la volonté de mettre en œuvre cette réforme afin de revaloriser les métiers para-médicaux et renforcer les nouvelles réformes de coopération entre professionnels de santé.

**Les actions régionales devront être menées à ces différents stades et devront constituer une politique de prévention de la démographie des acteurs de la santé.**

<b>DES ACTIONS DE SOUTIEN A L'ACTIVITE DES PROFESSIONS DU SECTEUR SANITAIRE</b>
---

**Le Conseil régional doit participer à la problématique de l'accompagnement des professionnels de santé au sein de son territoire mais aussi construire un dispositif de soutien, qui concernerait** aussi bien les étudiants que les professionnels de santé installés. Si la Région considère les professionnels de santé du secteur ambulatoire comme des entreprises, il est donc nécessaire de renforcer leur pérennité et leur attractivité. De plus, la Commission européenne dans son Livre Vert<sup>91</sup> propose d'intervenir pour soutenir les Etats membres face à leurs évolutions démographiques afin d'offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels de la santé et accroître leur motivation.

---

<sup>90</sup> Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales IGAS, IGAENR, 2008

<sup>91</sup> COM, Bruxelles, 10.12.2008, Livre Vert relatif au personnel de santé en Europe

**Au travers de partenariats institutionnels, la Région doit soutenir et promouvoir une structure et un lieu d'accueil.** Cette notion de « guichet unique d'accompagnement » a été définie par la directive européenne<sup>92</sup>. En Région Ile-de-France, comme dans d'autres régions, des points d'accueil (ORIFF-PL) au sein de Maisons de Profession libérale ont été mis en place par les professionnels libéraux depuis plusieurs années.<sup>93</sup> Cette structure a plusieurs champs d'applications :

1. l'accueil et l'information, en amont de l'installation afin d'informer les étudiants, accueillir les porteurs de projets, dispenser l'information à la création et accompagner lors de l'installation, et orienter vers les organismes institutionnels...
2. les études, les évaluations et les analyses : évaluation des besoins dans le cadre de l'aménagement et du développement du territoire (ORS, IAU..).

Les partenariats institutionnels entre le milieu socio-économique et l'ensemble des institutions et organismes de la région (Cpam, Urssaf, Ordres, URPS, ARS, MSA et RSI,...) doivent permettre à la Région de soutenir cette action.

L'intérêt de soutenir un lieu d'accueil / d'échanges pour les jeunes professionnels de santé et de mettre à leur disposition l'ensemble des ressources documentaires apparaît constructif pour répondre aux besoins et attentes des professionnels (créateurs ou installés), pour permettre la mobilisation d'un secteur économique. Ce dispositif d'offres de services collectifs favorise le développement des échanges entre les professions de santé et les acteurs politiques et économiques locaux.

**Des incitations à l'attention des professions de la santé** doivent être proposées :

- Valoriser l'installation dans un cabinet de groupe ou en maison médicale pluridisciplinaire et interprofessionnelle, sans détruire les exercices déjà présents sur le terrain,
- Attribuer des aides par les collectivités locales, comme des indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants (et ceux du 3ème cycle quand ils effectuent des stages), pour favoriser une connaissance du métier et ainsi permettre une future association ou reprise des activités de santé existantes dans les zones en déficit d'offre de santé,

---

<sup>92</sup> Directive 2006/123/ du Parlement européen et du Conseil du 12/12/2006 (JO du 27) relative aux services dans le marché intérieur

<sup>93</sup> Circulaire du Secrétariat d'Etat aux PME, au commerce et à l'artisanat, Décembre 1997.



- Promouvoir et attribuer des indemnités d'études et de projet professionnel contre l'engagement d'exercer durant une période contractualisée dans la zone territoriale en déficit (en général 5 ans).

L'incitation financière devait rendre plus attractives les zones sous équipées. Or, l'expérience dans plusieurs pays européens, a montré les limites de cette action, empêchant une prise en charge à long terme préjudiciable aux populations et augmentant encore les inégalités<sup>94</sup>. **Ce constat montre que l'aspect financier n'est pas le seul vecteur décisionnel.** Cette situation pose le problème, pour les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie, de savoir si le principe de la liberté d'installation, sans aucune limite, peut être maintenu au risque de pérenniser les tensions actuelles. La discussion reste ouverte soit pour une restriction à la liberté d'installation qui pourrait prendre diverses formes : financières (suppression ou diminution des remboursements) ou légales et réglementaires (autorisation juridique d'installation) soit pour des mesures incitatives (comme l'expérience de la Seine-et-Marne).<sup>95</sup>

**Connaître les déterminants du choix de l'installation (création ou reprise) dans une démarche prospective.** Les choix se sont souvent basés sur les seuls critères du champ sanitaire et de la logique professionnelle. Or, il s'avère qu'actuellement les professionnels de santé sont plus guidés pour leur installation par des raisons d'ordre personnel (cadre de vie, vie de famille, proximité avec la famille, travail du conjoint, scolarisation des enfants...)<sup>96</sup> que par des motivations professionnelles (étude de marché économique ou de revenus potentiels).

#### L'AIDE TECHNIQUE ET LOGISTIQUE A LA TRANSMISSION / CREATION DES ENTREPRISES

**Pour une meilleure organisation de l'offre de santé pensée à partir des besoins et des attentes d'une population,** grâce à ses relais et ses structures, la Région peut améliorer la création / transmission des structures de santé.

Ainsi, l'Agence Régionale de Développement de Paris Ile-de-France devra :

<sup>94</sup> IRDES, Yves Bourgueil, publication et rapport 1998 ; Biblio 1635, juin 2006.

<sup>95</sup> La Seine-et-Marne alloue 1 000 €/mois pendant les 3 dernières années d'internat, l'évaluation à 6 mois montre que le département a eu une dizaine de réponses positives.

<sup>96</sup> 20% des internes et 70% des jeunes médecins ont des enfants : Enquête BVA et CNOM, 2007, Attentes, projets et motivation des médecins face à leur exercice professionnel,

20% du temps professionnels est administratif : Question d'économie de la santé. Irdes n°144, 2009,

Temps de travail du médecin libéral est de 3 500 h/hebdo *versus* 2 180 h/hebd médecin hospitalier *versus* 2 130 h/heb cadre dirigeant : Activité et emploi du temps des médecins libéraux. Etude et Recherches, Drees n° 98, 2010.

*Territorialité et offre de soins – Approche prospective des besoins en professionnels de santé dans l'aménagement du territoire de l'Ile-de-France* 21/10/2010

- contribuer à la création et au maintien de ce secteur économique,
- participer au développement de l'attractivité du secteur de la santé,
- accompagner les territoires franciliens touchés par cette mutation.

Dans les territoires en déficit, le Conseil régional devrait participer avec d'autres partenaires, et intervenir sur plusieurs plans notamment par le conseil au montage de projets, par la mise à disposition d'outils (études démographiques, guide méthodologique...), par le financement de l'ingénierie préalable. L'aide régionale s'appliquerait plus spécifiquement à la réflexion préalable et à l'animation du réseau des acteurs de santé dans le cadre du dispositif d'ingénierie d'un territoire.

● **Soutenir la mise en place de maisons de santé ou pôles de santé** qui est une voie plébiscitée et déjà suggérée par les professionnels de l'IdF en 2003.<sup>97</sup> Ces projets de structures de santé, doivent inciter à l'exercice groupé et à la pluridisciplinarité :

- en maintenant les professionnels de santé en exercice,
- en favorisant l'installation de nouveaux professionnels de santé,
- en assurant auprès de la population la permanence et la continuité des soins (gardes).

Ces entités entrepreneuriales, pour être pluridisciplinaires, doivent pouvoir en fonction de leur statut juridique (SCM, SCIC, groupement de coopération sanitaire...) permettre **une activité médico-sociale**, notamment dans le cadre des ateliers santé / ville, au côté de l'activité médicale, prise en charge et déléguée par une collectivité territoriale. Ce partenariat public/privé permettrait une prise en charge globale sur un site professionnel de proximité de l'ensemble des événements du champ sanitaire, y compris la santé au travail. Ce partenariat s'inscrit dans le fonctionnement des contrats locaux de santé. Les cabinets de groupe existants doivent aussi pouvoir bénéficier de ce partenariat. Il y a donc nécessité d'une réflexion **pour ajuster ou développer une structure juridique permettant un fonctionnement inter-professionnel et pluri-institutionnel**<sup>98</sup>.

---

<sup>97</sup> Les médecins libéraux en Ile de France, Cah. Socio. Démo. Méd., n° 4, 2003.

<sup>98</sup> Pluri-institutionnel : c'est-à-dire pouvoir déléguer, sur un site d'entité juridique privé, des professionnels d'institutions telles que le médico-social ou la santé au travail, chargés de missions précises. D'où la nécessité de modifier la législation pour créer une telle structure permettant cette délégation d'un professionnel du médico-social, de la santé au travail, voire d'un traducteur dans certains quartiers, pris en charge par le conseil général, la mairie ou la région. Une expérience d'interprétariat a été mise en place en Alsace, mais le projet a du faire face à certaines limites, à des difficultés financières et de gestion administrative et logistique.

**La Région peut encourager et soutenir les projets de la télémédecine** afin de favoriser les échanges d'avis entre professionnels de santé et permettre des assistances à distance.

• **Impliquer le secteur de la santé, dans la concertation et les projets des instances de décision économique régionale et d'aménagement du territoire.**

On peut regretter qu'un certain nombre de projets impliquant le secteur de la santé, ne soient pas repris dans le SDRIF (art. L141-1 du Code de l'Urbanisme) alors que ce dernier « détermine également la localisation préférentielle des extensions urbaines, ainsi que des activités industrielles, artisanales, agricoles, forestières et touristiques ». Le secteur de la santé doit être pris en compte dans les changements qui affecteront la Région d'ici 2030 afin de pérenniser et d'encourager l'activité de ce secteur en fonction des besoins des populations.

La Région doit donc intégrer dans son schéma directeur, les activités de santé afin que les professionnels de santé, en entreprise individuelle, en associations ou en société, puissent être toujours présents en fonction des besoins. Dans le schéma régional de développement économique,<sup>99</sup> la Région doit définir et promouvoir une stratégie de soutien à la transmission et la reprise des entreprises libérales de santé comme elle le fait pour les autres secteurs économiques. De même, les professions de santé doivent être sollicitées lors de la mise en place d'un schéma de cohérence territoriale (SCOT) ou d'autres documents d'urbanisme (PLU, Carte communale, PLH, PDU).

Par ailleurs, le professionnel libéral de santé, dans le cadre d'un projet de structure interprofessionnelle, doit pouvoir accéder au dispositif de prime d'aménagement du territoire (PAT) d'une part pour les créations, extensions ou reprises d'entreprises libérales de santé dans les zones d'aides à finalité régionale (AFR) et d'autre part pour les programmes de développement-innovation tel que les TIC (télémédecine, télésanté, équipement en haut débit) pouvant faciliter le maintien des professionnels de santé dans les zones plus isolées.

Ces petites entreprises de proximité, en participant à l'économie locale, doivent bénéficier des opérations de restructuration, comme tous secteurs économiques territoriaux, afin d'accompagner les investissements de mise aux normes (sécurité sanitaire, hygiène, accessibilité, rénovation et agencement / agrandissement des locaux professionnels).

---

<sup>99</sup> SRDE IdF, Les fiches action et la procédure de concertation, 2006.

- Anticiper les restructurations des locaux en fonction de la loi pour l'égalité des droits et des chances :

la loi du 11 février 2005,<sup>100</sup> prévoit une mise en accessibilité du cadre bâti existant d'ici 10 ans et risque de mettre en difficulté un grand nombre de professionnels libéraux dans notre région. Avant le 1er janvier 2015, l'ensemble des établissements recevant du public (ERP) de 5<sup>ème</sup> catégorie devra être accessible à tous, quel que soit le type de handicap – physique, sensoriel, mental psychique et cognitif. La loi Handicap rend par ailleurs obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation neufs, privés ou publics, et des locaux d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux.

Il est recommandé aux structures d'accueil d'évaluer les aménagements à prévoir au plus tard pour le 1er janvier 2015, surtout si celles-ci doivent être transmises en milieu urbain, sinon nous risquons de constater une diminution des cabinets de santé de proximité. Selon les intérêts des activités sur les territoires d'Ile-de-France, l'offre de santé majoritairement libérale, devrait pouvoir bénéficier du soutien de la région IdF, de l'ARS, de l'ANRU, dans la mise en place circonscrite et ciblée, d'un programme de diagnostic d'accessibilité des sites en lien avec les directions départementales de la cohésion sociale, les communes, dans l'objectif d'établir une mise en accessibilité respectant la législation, prenant en compte « les atténuations » et « les dérogations » aujourd'hui possibles. Les aides régionales en financements à ce programme de diagnostic des ERP catégorie 5 pourraient, dans les intentions et objectifs, être assimilables dans le contenu précisant « le soutien aux dépenses de travaux et d'équipements... ».

- **Encourager le secteur de la santé qui englobe un ensemble d'activités susceptibles de favoriser le développement économique** non seulement en aire métropolitaine mais aussi dans les régions périphériques. Ces services de santé constituent un maillon important de l'économie d'une région. On peut donc parler d'une fonction créatrice d'emplois entraînant un apport financier dans l'économie locale, ce qui stimule la croissance économique. La santé est un investissement pour nos sociétés, aussi bien économique que social ; elle participe au bien-être, à la qualité de la vie et à l'attractivité des territoires.

---

<sup>100</sup> Loi pour l'Égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dite « loi Handicap »

**Analyser et définir le territoire de santé** : les territoires de santé de premiers recours et de proximité doivent correspondre aux bassins de vie avec des frontières tenant compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives. Une zone géographique comptant un faible nombre de médecins mais habitée essentiellement par une population assez jeune et mobile ne peut être à priori assimilée à une zone déficitaire. Il apparaît donc souhaitable que la densification médicale d'une région ou d'un territoire soit définie sur la base de critères de santé. **La nécessité d'avoir des analyses pertinentes pour permettre des actions adéquates et prendre en compte le niveau infra-régional impose la production d'indicateurs structurels, d'indicateurs d'urbanisation, de mobilité des personnes, d'accessibilité aux services et de données infra-communales, mis à la disposition des professionnels de santé pour l'élaboration d'un projet de santé.**

Il faut être vigilant aux frontières des territoires administratifs et des espaces de vie qui ne sont pas les mêmes. Un territoire comprend au moins une ville pôle et un ensemble de collectivités de type rural ou péri-urbain. Il constitue un environnement regroupant plusieurs bassins économiques et bassins de vie. L'objectif de la démarche d'analyse territoriale, analyse micro-régionale, est d'apporter, de proposer des solutions ou des initiatives pour répondre aux attentes des besoins en santé et/ou médico-social d'une population donnée. Il est nécessaire avant toute action de connaître les caractéristiques de la population concernée vivant quotidiennement au sein du territoire, notamment les facteurs culturels, économiques et sociaux déterminant les conditions de vie. Ce territoire de santé doit être identifié avec plusieurs composantes tout en sachant les erreurs possibles comme le montre l'analyse de Y. L'Horty<sup>101</sup> illustrant les lacunes dans la définition des quartiers « prioritaires » par le Pacte de relance pour la ville.

Il est donc nécessaire de disposer de bases de données sanitaires/médico-sociales concertées pour élaborer un diagnostic des besoins de santé de la population d'un territoire. Ce réseau de données permettra d'adapter l'organisation de l'offre de santé. Cette dynamique de l'offre des professionnels par rapport aux besoins de santé s'articule dans l'aménagement du territoire.

<sup>101</sup> CEE, Document de travail n° 99, Les zones urbaines sensibles en Île-de-France : typologie des tensions territoriales 2008

**Réaliser un diagnostic précis de la situation locale et de son devenir** à partir d'un certain nombre de critères quantitatifs, à un niveau relativement large permettant d'avoir un premier regard sur la situation du territoire. Il faudra s'appuyer sur les critères et l'analyse élaborés par l'ARS pour la définition de ses territoires (nombre et localisation...). L'ARS propose, mais n'a pas encore définitivement tranché, plusieurs scénarios pour définir les territoires de santé, reposant soit sur une approche urbanistique, soit sur une logique de l'offre de santé :

- le scénario A reprend 18 des 22 territoires définis dans le SROS III (voir page 19), mais ce scénario semble ne pas correspondre au secteur médico-social ;
- le scénario B se construit sur les 8 départements franciliens ;
- le scénario C, scénario urbanistique, est construit avec Paris et la petite couronne divisée en 4 territoires selon 3 sous scénarios définis :
  - ✓ selon l'état de santé ;
  - ✓ selon le regroupement de territoires d'offre de santé ou ;
  - ✓ selon le calquage entre l'état de santé et l'offre de santé ;
- enfin le scénario D propose un territoire central unique, Paris et sa petite couronne.

L'analyse globale doit être toutefois complétée par une approche de terrain, notamment par la connaissance des professionnels de santé présents (leurs pratiques, leurs volontés, leur implication dans la permanence des soins...). Il est difficile de déterminer des critères précis et communs à tous les territoires permettant de caractériser le niveau de fragilité de l'offre de santé quel que soit le statut des intervenants. Mais le diagnostic doit considérer l'existence ou non de structures de soins et/ou médico-sociales sur le territoire : - établissement de santé (public et/ou privé) - établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD - maisons de retraite) - service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)... Ce diagnostic permettra de repérer les atouts ou les points de fragilité localisés en fonction des situations, les opportunités à saisir (en fonction des politiques plus globales mises en place) ou les initiatives locales et les situations d'urgence qui nécessitent une intervention rapide au regard de la demande.

**La région francilienne devrait mettre en place un partenariat ARS (Agence régionale de santé) – Région,** afin de lutter contre la pénurie de professionnels de santé annoncée et qui n'est pas inéluctable si des conditions favorables sont créées. Les élus devraient concevoir, au-delà des problèmes spécifiques de telle ou telle profession de santé, le cadre général et global du système de

santé en l'inscrivant dans une logique d'aménagement du territoire. Or, les aspirations des professionnels, le développement des formations, la productivité, la qualité des soins, le recours possible à l'immigration, l'encadrement réglementaire des professions sont autant de paramètres indispensables pour fonder le jugement et apprécier les déséquilibres potentiels dans l'offre et la demande au niveau territorial. D'où la nécessité d'envisager des solutions innovantes par une évaluation des actions a posteriori et d'anticiper l'avenir.

