

Alors que les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui, la « crise de la démographie médicale » retient l'attention publique. Deux raisons principales peuvent expliquer ce paradoxe. Tout d'abord la densité médicale amorce une décroissance qui devrait se prolonger pendant une dizaine d'années. La forte densité médicale actuelle masque ensuite des disparités criantes, entre les territoires et entre les différents métiers médicaux. En outre, ces perspectives s'annoncent dans un contexte qui voit s'affirmer la question des inégalités d'accès aux soins, en particulier dans leur dimension financière.

Avons-nous trop de médecins en France ?

Martine Burdillat, secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

La densité de médecins¹ augmente sensiblement depuis 20 ans, elle est passée de 266 à 340 médecins pour 100 000 habitants entre 1985 et 2008. Mais la situation qui s'annonce pour les dix prochaines années sera marquée par une diminution du nombre et de la densité de médecins (Figure 1).

UNE BAISSÉ DES EFFECTIFS MÉDICAUX PROGRAMMÉE DANS LES ANNÉES 1990

Elle résulte de la diminution du *numerus clausus*² engagée dans les années 1980 (Figure 2) et de la mise à la retraite anticipée du quart des médecins libéraux âgés entre 57 et 65 ans, sur la période allant de 1988 à 2003³.

Les décisions de rationnement des res-

sources médicales prises alors étaient justifiées par une situation qualifiée à l'époque de « pléthore médicale ». L'analyse largement partagée à l'époque soutenait que, pour parvenir à une maîtrise des dépenses et permettre le maintien des revenus des médecins, il était nécessaire de diminuer le nombre d'acteurs médicaux.

... QU'ON TENTE D'INFLÉCHIR DEPUIS LES ANNÉES 2000

Aujourd'hui, c'est la nécessité d'augmenter le *numerus clausus* qui s'impose. Il est

passé de 3 500 en 2000 à 7 400 en 2009 (Figure 2), mais, compte tenu de la durée de formation des médecins, il ne produira des effets qu'au terme de dix à douze ans. Les projections établies par la DREES prévoient que le nombre de médecins n'atteindra le nombre actuel qu'en 2030 (Figure 1). D'ici là, les effectifs de médecins diminueront, du fait du nombre important de cessations d'activité. Plus d'un médecin en activité sur trois est âgé de plus de 55 ans et l'âge moyen des médecins atteint presque 50 ans. La densité devrait également connaître une baisse, en raison du probable accroissement de la population pendant cette période [1].

1. La densité médicale est le nombre de médecins rapporté à la population.

2. Dans les études médicales en France, le *numerus clausus* est utilisé depuis 1972 pour définir le nombre d'étudiants admis en 2^e année.

3. Le MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) a été créé dans l'optique de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses.

Juin 2010

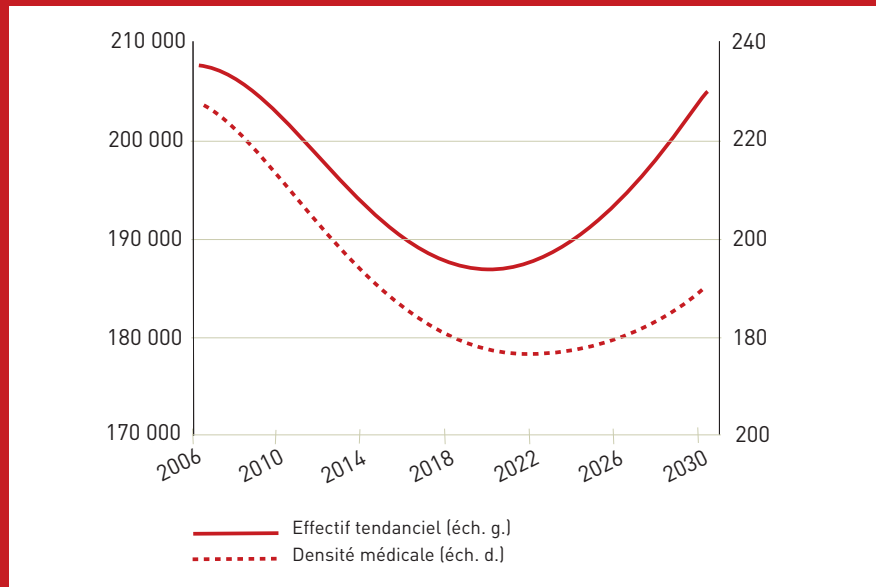


Figure 1. Effectif et densité de médecins en activité de 2006 à 2030.
 Sources : Fichier du Conseil national de l'ordre des médecins pour l'année 2006 (Traitement Drees), projection de population Insee et projection Drees [Attal-Toubert et Vanderschelden 2009].
 Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

UNE RÉPARTITION INÉGALE DES RESSOURCES MÉDICALES

La répartition inégale des médecins (Figure 3), en dépit de la démographie confortable actuelle, conduit à craindre que la diminution à venir des ressources médicales ne se traduise par des disparités accrues de répartition entre les territoires et entre les différents métiers, voire par des ruptures locales de l'offre de soins. Dans un contexte de libre choix de la spécialité, du lieu d'installation et de l'exercice, les comportements des professionnels de santé n'épousent pas spontanément les besoins de santé publique ou d'aménagement du territoire.

En l'absence d'un pilotage des flux, c'est la configuration des structures et des équipements hospitaliers qui a jusqu'alors déterminé les décisions d'installation. L'attractivité exercée par les équipements et les corrélations existant entre leur implantation et la localisation des effectifs a pu être mise en évidence [2]. Les structures hospitalières offrent en effet des postes salariés, des conditions collectives d'activité (équipes et plateaux techniques), et pour les médecins exerçant en secteur libéral, des opportunités d'activité mixte et un envi-

Toutefois, ces perspectives quantitatives ne permettent pas à elles seules de comprendre l'évolution du jugement porté sur la situation démographique qui est passé d'un diagnostic de « pléthore » à celui de « pénurie ». Différents points de vue et des arguments inédits sont développés et entrent désormais en ligne de compte pour apprécier les besoins en nombre de médecins... Le fait que diverses activités absorbent du temps médical, au détriment du temps directement consacré au patient rentre en particulier en ligne de compte. Cela provient du développement de la formation continue, de l'importance de la concertation au sein, ou entre les équipes soignantes, de l'activité qui entoure la gestion du dossier des patients... Mais surtout les faiblesses localisées de l'offre de soins et les inégalités d'accès aux soins qui en découlent attirent fortement l'attention sur les limites d'une approche trop globale de la démographie des personnels soignants. Un constat est aujourd'hui partagé : le volume des effectifs est une condition nécessaire mais insuffisante pour garantir l'accès aux soins, car il ne garantit pas, à lui seul, dans tous les territoires et pour

tous les domaines cliniques de prise en charge, la disponibilité des ressources soignantes.

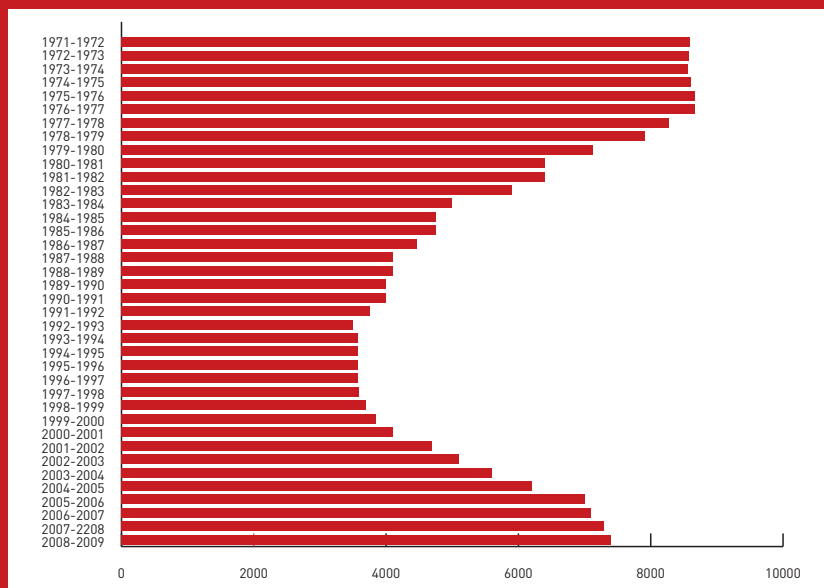


Figure 2. Évolution du numerus clausus depuis sa création en 1972.
 ONDPS, 9 février 2010. Source : [12].

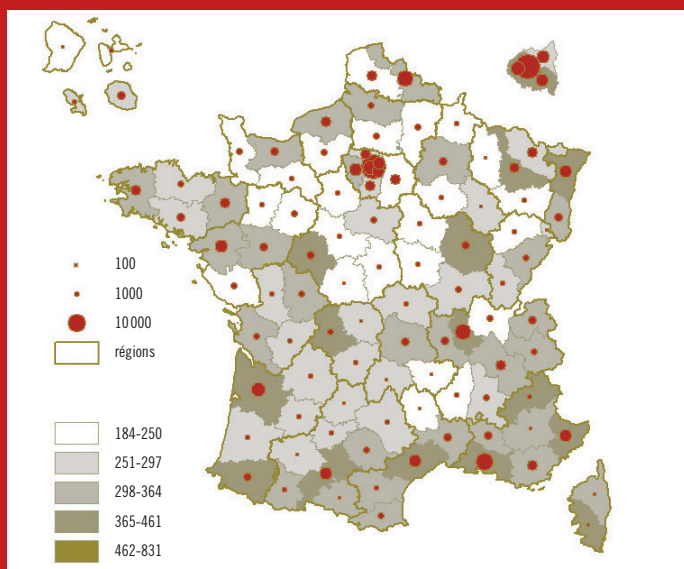


Figure 3. Effectifs (cercles rouges) et densité (de blanc à kaki foncé) de médecins par département au 1^{er} janvier 2008. Drees (Sicart, 2008).

ronnement soignant collectif (médical et médico-social) indispensable pour la plupart des prises en charge des patients.

L'EXEMPLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Cette inégalité de répartition touche non seulement le territoire, mais également les spécialités. La désaffection que rencontrent certains modes d'exercice exige l'adoption de mesures qui ne soient pas seulement quantitatives. L'exemple de la médecine générale permet de l'illustrer. Alors que l'on dénombre plus de 100 000 diplômés de médecine générale⁴, seuls un peu plus de la moitié d'entre eux se consacrent exclusivement à l'exercice de la médecine de premier recours, dite « de famille ». Les autres exercent une médecine plus spécialisée (appelée mode d'exercice particulier ou MEP⁵) [3]. Des passerelles universitaires permettent par ailleurs à des diplômés de médecine générale d'exercer une médecine spécialisée comme la médecine du sport, ou l'urgence. Grâce aux passerelles hospitalières, nombre de diplômés en médecine générale exercent également, en tant que salariés, en oncologie, psychia-

trie, néphrologie, gériatrie...

Les raisons pour lesquelles les diplômés de médecine générale n'exercent pas ce métier ou ne l'exercent qu'un certain temps relèvent pour une part de la moindre valeur de cette spécialité au sein des hiérarchies médicales et d'une image souvent dépréciée aux yeux des pairs. Plus fondamentalement, le référentiel professionnel qui a caractérisé l'exercice de cette médecine semble se transformer [4, 5]. L'exigence de conciliation entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que le souhait de ne pas exercer de façon isolée, percutent frontalement le modèle d'exercice traditionnellement associé au médecin généraliste (solitaire et toujours accessible). Notons que pour des raisons similaires à celles évoquées pour la médecine générale (manque de visibilité du métier, pénibilité de l'exercice, lourdeur des gardes, incertitude sur les trajectoires professionnelles), certaines autres spécialités connaissent elles aussi aujourd'hui des problèmes de recrutement, comme par exemple, la médecine du travail ou la psychiatrie hospitalière, qui rendent aiguë la question du renouvellement de leurs effectifs.

4. Depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité médicale à part entière. C'est une des filières que peut choisir un étudiant en médecine, à l'issue des ECN « Épreuves classantes nationales » (ex concours de l'internat). La création, en 2006, d'une option de médecine générale au sein du Conseil national des universités (CNU), est un pas supplémentaire vers la constitution d'une filière universitaire complète : un médecin généraliste peut être chef de clinique, avoir une activité d'enseignement et de recherche.

5. Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont l'orientation spécialisée n'est pas reconnue comme ouvrant droit à des prises en charge particulières par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture, ou l'homéopathie.

VERS UNE RÉGULATION PLUS EFFICACE DES FLUX DE MÉDECINS ?

Depuis quelques années, les décisions publiques allient l'augmentation du *numerus clausus* avec un pilotage des flux de médecins plus ciblé. L'ouverture d'un nombre plus important de postes en médecine générale depuis quatre ans illustre la priorité accordée à cette spécialité (2591 postes pourvus aux épreuves classantes nationales en 2008 contre 1232 en 2004 [6]). Deux phénomènes limitent toutefois la portée de cet encadrement. D'une part, la médecine générale reste la seule spécialité dans laquelle des postes ouverts restent vacants (même si le nombre de postes non pourvus est en diminution sur la période : - 20 % en 2008 contre - 33 % en 2004). D'autre part, l'engagement dans un internat de médecine générale ne garantit pas que les diplômés exerceront effectivement la médecine de proximité ou de premier recours, qui est pourtant l'exercice visé par les politiques mises en place.

Les politiques de rééquilibrage mises en place s'effectuent également sur une base régionale. Les régions présentant des densités de médecins inférieures se voient dotées d'un nombre de postes supérieur. Ces options doivent toutefois tenir compte de l'hétérogénéité des capacités de formation universitaire et d'encadrement des internes en médecine. Celles-ci résultent de l'histoire des spécialités et d'arbitrages historiques, et ne peuvent évoluer que lentement. Les politiques de redistribution du *numerus clausus* et du nombre de postes offerts aux internes, définies dans l'optique de rééquilibrer la démographie, doivent nécessairement tenir compte des ressources universitaires et des stages disponibles [7, 8].

UN NÉCESSAIRE CHANGEMENT DE POINT DE VUE

Des inflexions majeures caractérisent aujourd'hui les problématiques de la démographie médicale. L'approche développée par la plupart des institutions interroge désormais la démographie médicale non plus sous le seul angle du nombre des acteurs médicaux mais à

Directeur de la publication : Alfred Spira. **Rédacteur en chef :** Nathalie de Parseval. **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut de Recherche en Santé Publique. **Éditeur :** Éditions EDK, 2, rue Troyon, 92316 Sèvres Cedex. Tél. : 01 55 64 13 93. E-mail : edk@edk.fr. **Création/maquette/infographie :** Isabelle Benoit. Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

N°9 – Juin 2010

l'aune de l'offre de soins disponible pour les patients. Le contenu du métier médical, les évolutions qui en affectent les contours ainsi que les complémentarités qui se nouent entre les différents professionnels qui assurent les parcours de soins des patients, sont devenus autant de dimensions légitimes de l'approche démographique. Par ailleurs, le vieillissement des populations et des pathologies, la diminution des durées de séjour hospitalier, appellent des transformations des modalités de prises en charge qui conduisent à décloisonner l'approche du monde médical et celle de la sphère médico-sociale. Porteuses de transformation des compétences, ces évolutions poussent enfin à une implication plus forte des acteurs qui définissent et assurent la formation aux métiers de la santé. Il faut enfin souligner que les dimensions économiques de l'accès aux soins constituent désormais une clé d'appréciation de la politique de démographie médicale. Les collectifs représentant les patients se sont saisis de cet enjeu [9]. Ils font valoir que les problèmes financiers d'accès aux soins affaiblissent le lien entre démogra-

phie médicale et disponibilité effective de l'offre de soins. En effet, le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres⁶ a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle [10]. Le montant des dépassements est passé de 763 millions d'euros en 1990 à 1,578 milliard d'euros en 2005, en euros constants. Cette croissance résulte à la fois d'une hausse du taux de dépassement des spécialistes à honoraires libres, qui passe de 29 % en 1995 à 47 % en 2004, mais aussi de l'augmentation de la part des praticiens en secteur à honoraires libres. Ces évolutions affectent avec des ampleurs contrastées les spécialités et les régions, mais elles transforment parfois fortement la situation de l'accès aux soins, telle que l'on peut l'apprécier à partir de l'indicateur de la densité de médecins. L'accès effectif aux soins pourrait constituer à l'avenir une grille de lecture majeure de l'évaluation des politiques de la régulation démographique des effectifs médicaux et de leur répartition.

L'intervention d'un ensemble d'acteurs sur la question de la démographie médicale en a déplacé les énoncés jusqu'alors

essentiellement experts, administratifs, ou corporatistes [11]. Du fait de l'élargissement du cercle des participants au débat public, les constats convoqués – dont certains ont d'ailleurs été formulés depuis longtemps – ont acquis une portée inédite. Les inégalités d'accès aux soins sont devenues un angle de lecture privilégié de la démographie médicale.

RÉFÉRENCES

- [1] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Drees – *Études et Résultats* 2009 ; n°679.
- [2] Berland Y. Rapport de la Mission « Démographie médicale hospitalière ». Septembre 2006.
- [3] Aulagnier M, Obadia Y, Parapanaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Drees – *Études et résultats* 2007 ; n°610.
- [4] Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence. In : *Rapport annuel 2006-2007 de l'Ondps. Tome 1 : La médecine générale*. Ondps, 2008.
- [5] Bloy G, Schweyer FX (sous la direction de). *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP, 2010.
- [6] Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. Drees – *Études et Résultats* 2009, n° 676.
- [7] Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Rapport annuel 2006-2007 de l'Ondps. Tome 2 : Les internes en médecine, démographie et répartition*. Ondps, 2008.
- [8] Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Rapport annuel 2008-2009 de l'Ondps. Tome 3 : Le renouvellement des médecins*. Ondps, 2010.
- [9] Collectif interassociatif sur la santé. *Journée d'action contre les dépassements d'honoraires*. Paris, 14 juin 2008.
- [10] Aballea P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I. *Les dépassements d'honoraires médicaux*. IGAS, Rapport n°RM 2007-054P, avril 2007.
- [11] Deplaude MO. *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical* (années 1960-années 2000). Université Paris 1, Centre de recherches politiques de la Sorbonne : Thèse pour l'obtention du doctorat de sciences politiques, soutenue le 14 décembre 2007.
- [12] Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. *Regards croisés sur l'économie*. Paris : La Découverte, 2009, n°5.

6. La convention médicale prévoit 3 possibilités d'exercice pour les praticiens libéraux :

- le secteur 1 : les médecins conventionnés s'engagent à respecter les tarifs conventionnels qui servent de base au remboursement de l'Assurance maladie. La somme restant à payer par l'assuré constitue le ticket modérateur et est en général remboursée par une assurance complémentaire.
- le secteur 2 : les médecins sont dits conventionnés à honoraires libres. Ils sont autorisés à pratiquer, avec tact et mesure, des tarifs supérieurs à ceux fixés dans la convention. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie : l'assuré est remboursé sur la base du tarif conventionnel. Certaines assurances complémentaires prennent en charge, en partie ou entièrement le montant du dépassement. Tous les médecins ne peuvent prétendre au secteur 2.
- le secteur 3 : il concerne les médecins non conventionnés. Les praticiens fixent librement leurs honoraires, mais les assurés ne sont remboursés que sur la base d'un tarif dit de responsabilité.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 24 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie. Depuis mai 2008, l'IReSP s'intègre dans l'un des huit instituts thématiques de l'Inserm, l'Institut « Santé Publique ».

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Site internet : www.iresp.net

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, AFSSAPS, AFSSSET, AFSSA, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net