



# Histoire et démographie médicales

Densité accrue, spécialisation, féminisation, diversification des modes d'exercice et de rémunération caractérisent l'évolution de la médecine durant ces dernières années.

## L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures

**François-Xavier Schweyer**

Professeur à l'ENSP et chercheur au LAPSS

**E**n France, la médecine est une profession instituée. Il est plus facile de dire ce qu'est un médecin, ses caractéristiques, ses activités, ses privilèges mais aussi ses contraintes, que de dire ce qu'est un ingénieur, un professeur ou un cadre. Cette représentation spontanée assez claire est fondée sur le caractère unique et national du diplôme, sur l'inscription à un Ordre, sur un statut bien identifié, et conduit à une perception homogène de la profession médicale. Or, celle-ci a connu des transformations importantes, tant en termes d'effectifs, d'exercice professionnel que de rémunération.

### L'essor d'une profession libérale

Depuis la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), le médecin est le seul qui dispose, juridiquement, d'un libre exercice en matière de soins. En effet, la loi réserve l'exercice de la médecine aux seuls titulaires de diplômes habilités : c'est la reconnaissance du monopole d'exercice. À cette époque, la médecine française est

en pointe, creuset de la démarche clinique et des avancées de la nouvelle science. Les savants trouvent dans les hôpitaux les corps à observer, nécessaires à l'élaboration des « tableaux cliniques ». La loi reconnaissait aussi, pour un exercice limité de la médecine, les officiers de santé qui assuraient une grande partie de la médicalisation des campagnes. Auxquels s'ajoutaient les nombreux concurrents illégaux. Cette concurrence a fait naître l'idée d'une pléthore médicale dès le XIX<sup>e</sup> siècle, alors même que le nombre de médecins a diminué de 18 000 en 1847 à 14 800 en 1881. L'unification de la profession médicale s'est faite en 1892, par la loi du 30 novembre qui supprima le corps des officiers de santé. La progression des effectifs médicaux est nette à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, comme le montre le tableau 1.

Après la seconde guerre mondiale, les effectifs médicaux vont croître fortement et de façon continue. L'attrait de la profession est considérable et le nombre d'étudiants choisissant les études médicales représente près de 10 % des bacheliers au cours des années soixante. Cette progression correspond aussi à une féminisation de la profession. Les femmes représentaient un peu plus de 15 % des étudiants dans les années cinquante, elles étaient 23 % en 1979 et en 1990, 32 % (mais 40 % des diplômés). La densité médicale n'a cessé de croître (tableau 2), sans que les inégalités régionales ne s'atténuent. Bui Dang Ha Doan, spécialiste de la démographie médicale [3], note que les sources statistiques ne sont pas concordantes, ce

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 70

tableau 1

Source : T. Fillaut, Le système de santé français 1880-1995, Éditions ENSP, 1997.

### Les médecins sous la III<sup>e</sup> République

	1876	1896	1936
Docteurs en médecine	10 743	13 412	25 930
Officiers de santé	3 633	1 605	112
Total des médecins	14 376	15 017	26 042
Nombre de médecins pour 100 000 habitants	38,9	39	62,7

qui génère un flou problématique tant au plan économique que au plan de la régulation de l'entrée des études, qui est à l'ordre du jour depuis les années soixante-dix, par la création d'un *numerus clausus* dans un contexte de maîtrise des dépenses.

### Les évolutions de la pratique médicale

Avant 1940, la pratique médicale est majoritairement un exercice individuel jouissant d'une grande autonomie. Le médecin travaille où il veut, avec les horaires qu'il choisit. Il est maître de son programme de travail, de ses modalités d'exercice et, pratiquement, des modalités de sa rémunération. En un mot, sa pratique quotidienne connaît peu de contraintes et le déroulement de la carrière est très ouvert [14]. La pratique libérale domine. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, une grande majorité (plus de 80 %) des médecins s'installe en cabinet de ville, mais le mouvement de médicalisation du territoire national par l'accroissement de la densité de cabinets libéraux dans l'ensemble des communes est amorcé. Ainsi, 70 % des médecins diplômés avant 1925 se sont installés en milieu urbain (et 24 % en milieu rural), alors que leurs confrères diplômés après 1945 n'ont été que 59 % à s'installer en ville (pour 33 % en milieu rural), selon l'enquête citée. Cette évolution traduit l'effet des nouvelles législations sociales puis de l'extension progressive de la Sécurité sociale, qui ont rendu solvable une clientèle plus large que la seule bourgeoisie urbaine.

Alors même que le nombre absolu de médecins généralistes libéraux s'accroît, s'amorce le déclin du modèle de la médecine générale libérale comme référence unique de la pratique médicale. Plusieurs facteurs y concourent. Le progrès des connaissances médicales et le développement des techniques vont modifier radicalement la pratique médicale en l'associant au développement scientifique d'une part, et aux investissements matériels, d'autre part. Ainsi l'exercice spécialisé en ville est devenu un nouveau mode d'exercice. De même, l'extension du salariat, tout particulièrement après la réforme hospitalière de 1958 qui a créé le plein temps hospitalier, a été un facteur de transformation de la pratique de la médecine. Un autre facteur, essentiel, est encore à mentionner : la généralisation de l'assurance maladie qui a ouvert le marché des soins à tous, en socialisant le risque et en assurant la solvabilité de la clientèle.

### La spécialisation et ses effets

La pratique médicale s'est diversifiée et le nombre de spécialités n'a cessé de croître. La spécialisation des médecins n'a été codifiée précisément qu'à partir de 1949, date à laquelle un arrêté du 6 octobre établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance. Le médecin spécialiste est distingué du médecin compétent. Jusqu'alors, un médecin se spécialisait en orientant sa pratique vers une branche spécifique de la médecine, et sa qualité de spécialiste se fondait sur

tableau 2

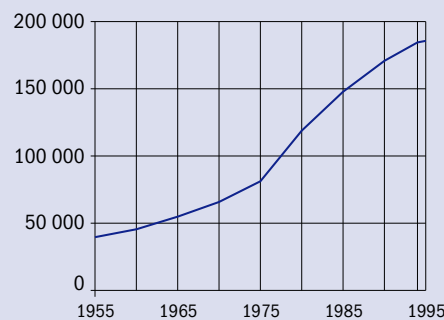
### Densité médicale de 1958 à 1997

nombre de médecins pour 100 000 habitants	
1958	97,1
1968	119
1981	197
1990	262
1997	296,8

Source :  
Annuaire  
statistiques de  
la France.

tableau 3

### Démographie médicale de 1955 à 1995



Source :  
Ordre national  
des médecins,  
Conseil national  
de l'Ordre.

son expérience et sa notoriété. L'exercice spécialisé traduisait une évolution en cours de carrière, une pratique de fait, que la loi du 7 octobre 1940 portant création de l'Ordre des Médecins ne mentionne d'ailleurs pas. En schématisant, on pourrait dire que les médecins s'installaient comme généralistes, et se spécialisaient ensuite pour certains d'entre eux. L'essor des installations de spécialistes s'est affirmé pendant les années cinquante, en un peu moins de dix ans. Beaucoup de médecins en activité se sont inscrits aux nouveaux certificats de spécialité pour acquérir leurs titres de spécialistes. La génération suivante intégrera le projet de spécialisation dès le cours des études médicales et l'installation en cabinet de spécialité se fera dès la fin du cursus de formation. La spécialisation est un phénomène récent et massif [1].

La réforme Debré (1958) a contribué à instaurer un ordre nouveau qui aujourd'hui pose problème. Car la création d'une élite hospitalo-universitaire qui rompt avec la médecine officielle générale et libérale a engendré un éclatement de l'espace professionnel par le développement de savoirs spécialisés approfondis et l'apparition de spécialités officielles, divisant la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées. Au-delà d'une simple division du travail, la spécialisation a officialisé une hiérarchie symbolique de la pratique médicale, concrétisée par une tarification spéciale de l'acte, autrement dit, par une différenciation de la valeur marchande des actes médicaux libéraux [1]. L'inégalité entre généralistes et spécialistes est grande, au point de faire vivre aux premiers une forme



## Les médecins aujourd'hui en France

de souffrance issue d'un sentiment d'illégitimité, partiellement compensé chez certains par une spécialisation marginale en médecines parallèles ou activités obliques, humanitaires ou associatives. Un autre effet de la spécialisation est qu'en l'absence de lieu collectif, la représentation commune de la profession médicale est, en France, très faible. Les clivages politiques qui s'ajoutent à l'éclatement syndical expliquent la logique de surenchère et de contestation qui rend si complexe le jeu des négociations conventionnelles.

### Le développement de la médecine salariée et l'avènement de l'hospitalo-centrisme

La profession médicale a toujours affirmé et défendu avec vigueur son statut de profession libérale. Le salariat était vu comme un mode d'exercice attentatoire au modèle libéral. Le paiement de vacations dans les dispensaires, et plus largement dans ce qu'il était convenu d'appeler « la médecine sociale », a été la première forme de salariat. Il s'agissait d'activités à temps partiel complétant l'exercice libéral, et ce mode d'exercice perdue chez nombre de médecins libéraux. L'activité salariée à plein temps ne se développe vraiment qu'à partir des années cinquante. Si l'on excepte les médecins militaires et coloniaux, les premiers médecins salariés à plein temps ont été surtout des médecins conseil de la Sécurité sociale et des médecins inspecteurs, puis des médecins du travail. La réforme de l'hôpital public et la création des CHU en 1958 marquent un tournant dans la pratique médicale salariée. D'une part, les ordonnances de décembre 1958 créent un corps de praticiens hospitaliers à plein temps, qui jouira d'emblée d'une grande notoriété. Pour la première fois, des médecins peuvent faire carrière à l'hôpital public. D'autre part, la réforme s'inscrit dans un mouvement général de modernisation de l'hospitalisation publique, mais aussi privée, qui attirera de nombreux médecins. La création de plateaux techniques modernes va offrir des opportunités pour une pratique médicale de pointe. Dans le secteur privé, la pratique salariée à plein temps est très rare, le mode d'exercice dominant étant la conjugaison d'une pratique libérale de ville et d'une pratique en clinique privée, le plus souvent spécialisée.

Dans le secteur public, l'exercice hospitalier de plein temps peut être de durée limitée, soit en fin de carrière, soit en début de carrière avant l'installation en ville pour les plus jeunes. Cette dernière modalité deviendra d'ailleurs fréquente. Mais réduire la réforme de 1958 à l'essor du salariat serait masquer la crise qui précéda la réforme et la rupture qu'elle consacra. Après avoir inventé la clinique moderne, la médecine française stagnait et accusait un retard significatif. Le système d'apprentissage de la clinique, définie comme art, sur-valorisait la proximité culturelle entre l'élève et le maître, et a engendré un immobilisme culturel et la pratique du népotisme. Mais, surtout, elle écarta les sciences fondamentales en plein développement. La

réforme de 1958 rompit avec cet ordre ancien, et réforma l'enseignement de la médecine pour promouvoir les disciplines fondamentales (comme la biologie). En offrant des carrières de « temps plein hospitalier » elle dénoua le lien entre activité thérapeutique et rendement économique, ce qui permit un réinvestissement dans les activités de recherche.

Après avoir connu un développement exceptionnel, il semble que le modèle des CHU créé en 1958 appelle aujourd'hui une réforme inévitable [15]. La triple activité simultanée de soin, d'enseignement et de recherche, concevable à l'époque, est, au regard des progrès techniques, illusoire. L'hyperspécialisation a conduit à gérer des malades-dossiers, ce que rejettent les patients d'aujourd'hui qui entendent être reconnus comme usagers sinon comme sujets. La croissance des coûts, le manque de transparence, l'hétérogénéité entre secteur privé et secteur public amènent à s'interroger sur la redéfinition de la médecine même.

### La rémunération des médecins

Si la mission du médecin se définit comme altruiste, « pour le bien du patient », la relation entre le médecin et le malade est aussi une relation d'argent. La rémunération des médecins obéit à plusieurs logiques et on peut dire que l'économie de la pratique médicale en France a une histoire longue et tumultueuse [13]. L'évolution générale de la société française et la constitution progressive de l'État-providence ont modifié profondément les modes de rémunération des médecins. Très schématiquement, trois périodes peuvent être distinguées.

Avant la première guerre mondiale, le régime des honoraires libres prévaut. Selon l'usage en milieu rural, mais pas seulement, le paiement se faisait une fois l'an, ou était souvent différé, des « notes d'honoraires », dont le montant pouvait varier en fonction des moyens du destinataire, étant adressées aux clients. Certains payaient en nature ou ne payaient pas, imposant par là la pratique des soins gratuits. À partir de 1881, les « sociétés médicales » définissent des « tarifs syndicaux » qui sont facultatifs et perçus comme des tarifs minimums. La loi qui institua en 1893 l'assistance médicale gratuite, et les lois d'assistance ultérieures, fixèrent des tarifs à l'acte dont l'usage resta toutefois limité. Les médecins réclamèrent en outre le « libre choix » des accidentés du travail, des indigents ou des bénéficiaires des sociétés de secours mutuel.

Le développement des assurances sociales, dans les années vingt, ouvre une deuxième période. Le retour de l'Alsace Moselle à la France a incité les gouvernements de l'époque à instaurer des assurances sociales comme en avaient connu ces trois départements sous le régime bismarckien. Un plus grand nombre d'individus pouvait accéder aux soins par la mise en place d'un « tiers payant ». Mais les médecins prirent position, au nom de l'idéologie libérale de la profession, contre l'État et les principes mettant en cause

« l'entente directe ». En 1927, les syndicats médicaux se réunissant en une nouvelle Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) votent, lors du premier congrès une charte médicale qui scelle les principes libéraux de la profession (libre-choix, entente directe, liberté thérapeutique, secret professionnel). Un premier texte de loi est présenté en 1928, mais ne sera adopté, après un débat d'une rare intensité, qu'en 1930, avec l'adoption du principe de l'entente directe.

La troisième période est celle du « grand tournant de la médecine libérale », selon l'expression d'Henri Hatzfeld. Dès la création de la Sécurité sociale par les ordonnances de 1945, le principe de « conventionnement » entre les syndicats médicaux et les caisses régionales d'assurance maladie prévoit la définition de « ta-

rifs » qui seraient « opposables » c'est-à-dire imposés, signant la fin de l'entente directe. Mais le système ne fonctionne pas et c'est pourquoi un projet de loi (projet Gazier) promouvant un dispositif plus rigide est voté contre l'avis des médecins, en 1957. Mais il ne sera jamais appliqué à cause du changement de République. Le conventionnement sera finalement imposé aux médecins par décret en mai 1960, sur la base d'une entente collective et d'un paiement direct à l'acte.

En conclusion, on peut dire que l'évolution de la pratique médicale, formulée par les médecins en termes de « crise », est significative de la transformation des métiers traditionnels. La démocratisation des soins et l'intervention de l'État rendent progressivement caduque l'autonomie de la profession. ■

## Quelques coupes à travers le corps médical français

**Emmanuel Vigneron**  
Professeur, Geos-  
Université Montpellier  
III, Directeur scientifi-  
que du groupe de  
Prospective Territoi-  
res et Santé de la  
Datar.

**Jean-Paul Aïta**  
Geos, Université  
Montpellier III  
**José Cascalès**  
Geos, Université  
Montpellier III

**L**es disparités géographiques françaises de l'offre de soins sont aujourd'hui bien connues. Ici même, elles ont été décrites (cf. **adsp** n° 19 et n° 29). Par ailleurs, de nombreux ouvrages leur ont été consacrés au point de devenir une connaissance admise par tous et intégrée au débat public. Les recommandations des Conférences Nationales de Santé depuis 1996, nourries par un rapport du HCSP en 1998, en témoignent comme le font tous les ouvrages généraux importants parus ces dernières années, de Gilles Johannet à Jean de Kervasdoué en passant par de nombreux discours de responsables divers et de... ministres. C'est devenu aujourd'hui un impératif d'aménagement du territoire dont la Datar s'est saisie.

Les principales caractéristiques de ces disparités méritent d'être rappelées :

- à l'abondance du Sud, de Paris et des départements de la première couronne s'oppose la rareté des départements du Nord, du Nord-Ouest et du Nord-Est ;
- cette opposition, centenaire, se double d'une opposition ville-campagne, tout aussi ancienne, très forte en ce qui concerne les spécialités ;
- plus récemment est apparue, en relation avec le phénomène de métropolisation, une nouvelle dichotomie entre les départements abritant les plus grandes villes du pays où l'offre se concentre et tous les autres où elle se raréfie relativement ;
- ces oppositions sont d'autant plus fortes qu'elles concernent la quasi-totalité des segments de l'offre de soins, hospitaliers et ambulatoires, somatiques et psychiques, médicaux et paramédicaux. Tel n'est toutefois pas le cas de l'offre médico-sociale pour laquelle, le Midi est nettement moins favorisé ;
- ces configurations sont à l'inverse de celles de la mortalité et de la morbidité. Mais il n'existe pas de relation statistique claire entre offre et besoins. Cela est

peut-être lié au fait que, passé un certain seuil, il semble bien que l'augmentation des densités de l'offre ne s'accompagne plus d'une augmentation corrélative de l'état de santé.

Pour autant, ces disparités géographiques sont perçues de manière purement quantitative à partir de mesures de desserte ou de densité. Pour qu'elles ne constituent pas une sorte d'observation lancinante admise mais sans utilité pour l'action, il importe désormais de les dépasser en nourrissant l'analyse de faits plus qualitatifs. On abordera ici cet objectif, de façon limitée, au moyen d'analyses statistiques multidimensionnelles portant sur quatre aspects originaux :

- la démographie médicale,
- la densité médicale par spécialité,
- le revenu des praticiens spécialistes et généralistes,
- la production d'actes des spécialistes et des généralistes.

Cette approche sera effectuée à l'échelle départementale pour l'année 1998 d'après les données de la Cnamts. Les limitations liées au taux de couverture par le régime général ne jouent pas dans ce genre d'analyse typologique. En revanche, on prendra garde de considérer que ces analyses ne concernent que le seul exercice libéral de la médecine.

### Jeunes et vieux, femmes et hommes : la figure du médecin est variée

- Quoi qu'on fasse, il y a Paris et les autres. Le département de la Seine constitue un type complètement à part caractérisé par l'abondance relative des spécialistes les plus âgés. C'est là l'héritage d'un temps pas si ancien où, en raison de leur rareté en province, on allait, qu'on vienne de St-Flour, d'Épernay ou d'Avignon, à Paris pour consulter un grand spécialiste.
- Les trois départements du sud et de l'ouest parisien



## Les médecins aujourd'hui en France

constituent une autre classe au sein de laquelle les praticiens âgés et les spécialistes femmes âgées de 45 à 59 ans sont relativement plus nombreux qu'ailleurs. Nous avons là la marque d'une première étape d'un processus de diffusion qui a vu, d'abord à Paris, le corps médical se féminiser et les densités médicales se renforcer autour de Paris par déversement du trop plein médical.

- Des départements sièges de CHU, parmi lesquels l'ensemble des départements méridionaux concernés, sont caractérisés par une féminisation forte des médecins généralistes au-delà de 45 ans et par une abondance de jeunes spécialistes de sexe masculin.

- Une autre classe, formée d'autres départements urbains, ceux du Sud, de Rhône-Alpes mais aussi en Bretagne, en Normandie, en Alsace-Lorraine, est caractérisée par l'importance relative des médecins généralistes âgés et des femmes généralistes âgées de 35 à 45 ans. Ces départements sont le plus souvent périphériques des précédents.

- Enfin, de nombreux départements, ruraux assez souvent, sont caractérisés par l'importance relative des médecins généralistes de sexe masculin à tout âge et des jeunes médecins des deux sexes, généralistes et spécialistes.

La répartition départementale par âge et sexe des médecins spécialistes et généralistes peut ainsi se lire comme le résultat d'un double processus de diffusion médicale, la spécialisation d'une part et la féminisation d'autre part. Ce processus de diffusion s'est opéré par contagion limitrophe, comme un phénomène en tache d'huile, à partir d'un centre principal, Paris, puis de centres relais, les départements sièges des plus gros CHU, de la moitié méridionale du pays notamment. Il est toujours surprenant de constater que les départements urbains du Nord de la France ont évolué différemment. Ce phénomène de diffusion atteint aujourd'hui les départements ruraux mais on peut penser qu'il ne s'achèvera pas en raison de l'arrivée très prochaine à l'âge de la retraite de nombreux médecins des zones métropolitaines, corrélative de *numerus clausus restrictifs*.

Dans ce contexte, on pourrait assister à un reflux de la diffusion sur les départements les plus urbains, à moins que satisfaits d'un établissement rural, les mutations soient rares et que l'on assiste dans ces départements urbains à une « pénurie » relative (figure 1).

### Régions, écoles ou traditions ? des bouquets différents de spécialités

C'est un fait connu que les densités médicales sont fort différenciées. Mais au-delà existe-t-il des configurations régionales, des éventails de spécialités et à quoi peut-on les attribuer ?

- Ici encore Paris se distingue. Toutes les spécialités y sont plus représentées qu'ailleurs quelle que soit la spécialité. Vieil héritage que l'on justifie par le rôle national de la capitale, mais est-il toujours aussi justifié alors que la régionalisation des soins est en marche ? Il est curieux de constater que Paris est seul alors que l'on pourrait aisément justifier, dans cette classe, dans une perspective d'aménagement du territoire, la présence de 7 ou 8 métropoles provinciales : Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Nantes ou Rennes...

- Les grands départements urbains du sud de la France auxquels s'ajoutent le Rhône et le Haut-Rhin, constituent un espace d'exercice privilégié des psychiatres, des anesthésistes, des chirurgiens, des endocrinologues, des stomatologues. Leur répartition géographique déséquilibrée ne correspond évidemment pas à des impératifs d'aménagement du territoire ; elle est certainement plus liée à l'importance du secteur hospitalier privé.

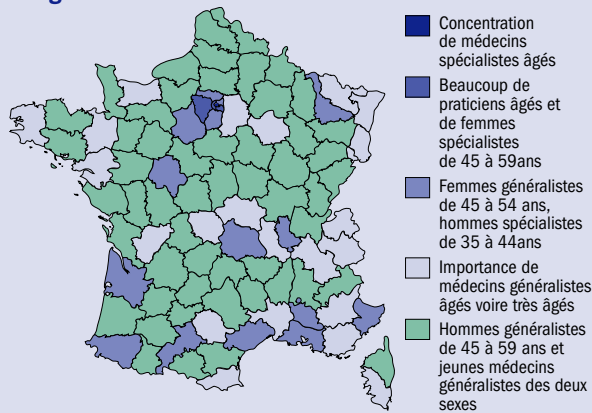
- Moins caractérisés par telles ou telles spécialités, quoiqu'elles y soient en moyenne plus médicales que chirurgicales, les départements de l'Île-de-France constituent un autre type à part.

- En regard, de très nombreux départements présentent un profil moyen où les spécialités courantes sont assez caractéristiques.

- Enfin, de nombreux départements, parmi lesquels beaucoup du Nord, du Nord-Ouest, du Nord-Est mais aussi

figure 1

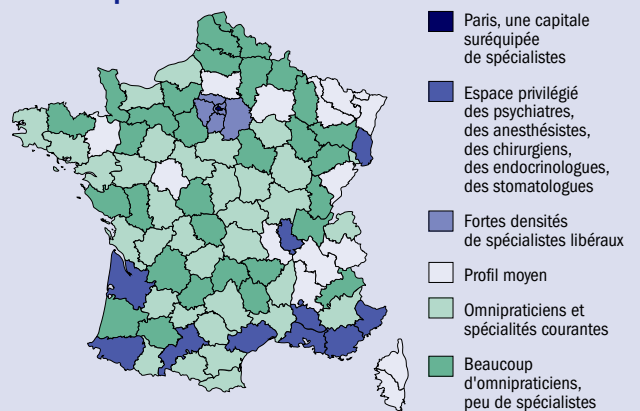
### L'âge des médecins libéraux



Source : Geos.

figure 2

### Profil départementaux de la médecine libérale



du Centre-Ouest se signalent par l'abondance relative des omnipraticiens par rapport aux spécialistes.

À quoi attribuer ces disparités de profils de l'offre médicale ? Pour Paris c'est évident mais peut-être anachronique. Ailleurs, il faut bien convenir que ces disparités sont liées à des héritages et à des comportements étrangers à des préoccupations d'harmonie de l'offre qu'une régionalisation des soins plus volontariste devrait pouvoir rééquilibrer (figure 2).

**« Riches » et « pauvres » ne sont pas là où on croit**

Les revenus médicaux d'honoraires sont répartis de manière assez équitable entre les départements. La norme qui est aussi la moyenne est celle de départements où les honoraires de généralistes sont compris entre 500 000 F et 1 million par an, ceux des spécialistes étant plus variés. Mais il existe d'autres types, plus rares mais très tranchés :

- Paris, tout d'abord, encore et toujours Paris, où les honoraires remboursés des spécialistes sont faibles sinon très faibles, ce qui est certainement lié à la mixité des modes d'exercice ;
- les Alpes-Maritimes, la Corse du Sud, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, le Rhône, là où tant de médecins sont établis, caractérisés par des honoraires de généralistes très faibles et de spécialistes moyens : les médecins continuent curieusement de s'établir dans ces départements ! ;
- un type tout à fait à part, la montagne alpine et le rebord Sud-est du Massif Central où coexistent plus fréquemment qu'ailleurs des revenus d'honoraires très élevés et des revenus de généralistes très faibles, ce qui est peut-être lié à l'activité intense de certains d'entre eux dans les zones de vacances ;
- des départements du Sud-ouest aquitain et de la couronne parisienne, caractérisés par des revenus de spécialistes élevés ;
- un ensemble de départements, bien plus souvent septentrionaux que méridionaux, où les honoraires des généralistes sont élevés à très élevés et très rarement

faibles ou moyens : la répartition géographique de ces revenus est à l'inverse de celle des densités médicales : elle mériterait d'être mieux connue de ceux qui s'installent (figure 3).

**Tous ne pratiquent pas la même médecine**

Des types très nets d'ensembles de prescriptions se dégagent, ce qui est pour le moins surprenant car ces types sont en outre géographiquement distribués.

- Prescription élevée de forfaits de thermalisme par les spécialistes et les généralistes, importance des consultations et visites auprès des spécialistes, forte prescription par les généralistes d'actes chirurgicaux, de radiologie et d'actes de forfaits chirurgie. Faiblesse des consultations et des visites auprès des généralistes caractérise les départements alpins.
  - Fortes prescriptions des actes techniques non chirurgicaux, des actes de radiologie auprès des spécialistes, importance des consultations et des visites auprès des spécialistes caractérisent un ensemble de départements de la moitié Sud-ouest de la France.
  - Curieusement, les Alpes-maritimes et la Creuse constituent une classe à part caractérisée par l'importance des actes gratuits prescrits par les généralistes et les spécialistes, peut-être en relation avec l'importance de la population âgée.
  - La plupart des départements français, notamment de la partie septentrionale et occidentale du pays, ne se signalent pas par des profils de prescription particuliers mais seulement par un niveau relativement plus élevé de consultations et de visites de généralistes
  - Un groupe de départements tous situés dans le quart sud-est du pays, à l'exception de la Haute-Garonne et de la Loire-Atlantique se signalent par l'importance des examens de protocole et des soins conservateurs établis par les spécialistes, les actes de chirurgie d'urgence, les actes techniques non chirurgicaux prescrits par les généralistes et une prescription élevée de forfaits d'accouchements.
- Il y a lieu de s'interroger sur l'adéquation de ces profils régionaux aux besoins de la population (figure 4).

figure 3

**Types de revenus des médecins libéraux**

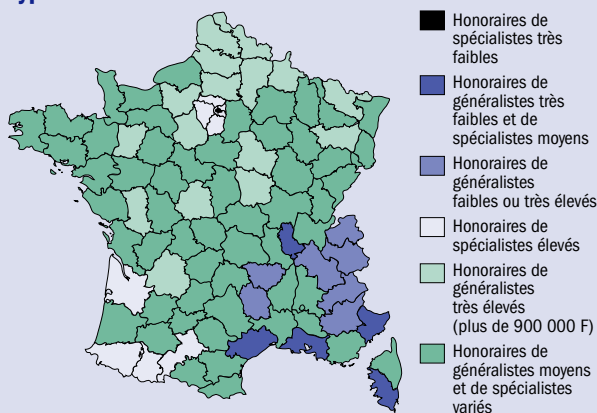
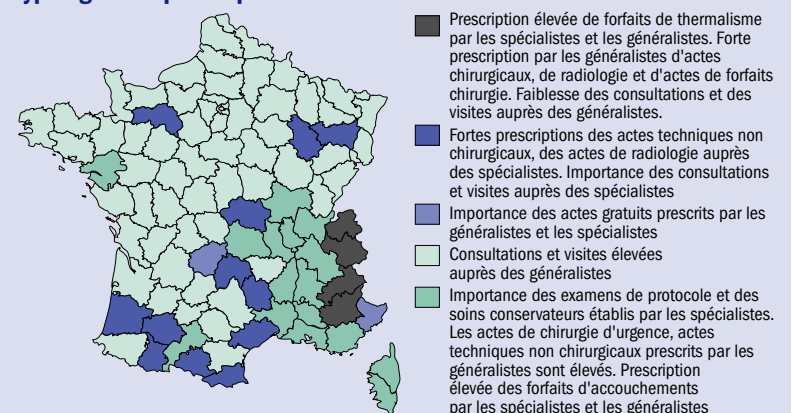


figure 4

**Typologie des prescriptions des médecins libéraux**





### Déterminer le besoin en spécialistes

**L'analyse de l'activité de trois spécialités médicales en région Rhône-Alpes a été un travail préalable incontournable dans le cadre de l'étude du besoin en spécialistes<sup>1</sup>.**

**P**our parler de besoins en médecins, il faut pouvoir en décrire quatre composantes :

- le « besoin de santé », c'est-à-dire la prévalence et l'incidence des « problèmes de santé » de la population (tous ceux qui concernent potentiellement les médecins, y compris les troubles « mal définis ») ;
- le « besoin de soins médicaux », qui associe au précédent, pour chaque problème, la pertinence et la justification de l'ensemble des actes médicaux possibles (techniques, mais aussi relationnels, psychologiques, sociaux) : type d'actes, lieux, durée, compétences requises, articulation des compétences ;
- la « production de soins » efficiente par médecin (notion de rendement), en incluant les activités annexes nécessaires à chaque acte en fonction des contextes d'exercice (gestion, formation continue, négociation, achats...) ;
- l'évolution des techniques médicales et de la démographie de la population.

La littérature internationale nous a permis de constater la grande pauvreté des travaux disponibles (à la fois quantitativement et qualitativement).

Parmi les modèles publiés ayant le mérite d'être « opérationnels », celui que nous avons retenu considère la consommation actuelle comme reflet du « besoin de soins » et permet d'oublier provisoirement le « besoin de santé » et la pertinence et la justification des actes. La description de la consommation doit être détaillée (type d'actes, médecins concernés, lieux de réalisation, population concernée). La production de soins par médecin peut alors être calculée sur la base du nombre actuel de médecins. On peut ensuite modéliser l'impact des changements démographiques et technologiques sur le « besoin de médecins ».

Nous avons réalisé cette approche en région Rhône-Alpes, pour trois spécialités (pédiatrie, gastro-entérologie, chirurgie

orthopédique). Pour les données d'activité médicale (quels actes, par quels médecins, dans quels lieux), nous avons sollicité les données de remboursement de l'assurance maladie, ainsi que les données du PMSI. Nous les avons complétées par une enquête *ad-hoc* auprès de tous les spécialistes identifiés dans la région [2].

Le premier constat est celui de la difficulté de disposer de données « analysables » à l'échelon régional : les fichiers posent problème. Nous avons en fin de compte travaillé essentiellement sur les données de l'enquête *ad hoc*, y compris pour estimer l'activité médicale régionale (redressement régional à partir des réponses des médecins).

#### Les modalités de l'activité des médecins

##### Des praticiens « volants »

● 59 % des gastro-entérologues et 63 % des pédiatres ont plusieurs lieux d'exercice (30 % pour les orthopédistes). Environ un tiers des gastro-entérologues et des pédiatres en ont 3 ou plus.

● Pour les gastro-entérologues et pour les pédiatres, les salariés « exclusifs » et les libéraux « exclusifs » sont moins nombreux que ceux qui ont une activité « mixte », à la fois libérale et salariée (environ un sur deux).

● Si quatre orthopédistes sur cinq à l'hôpital public n'ont pas un autre lieu d'exercice, ce n'est vrai que pour la moitié de ceux qui exercent en clinique. La moitié des gastro-entérologues et deux tiers des pédiatres à l'hôpital public déclarent un autre lieu d'exercice.

Ainsi, on ne peut sans doute plus opposer simplement les attitudes des médecins du privé à celles des médecins du public, ou encore des hospitaliers aux médecins de ville : ce sont souvent les mêmes spécialistes !

#### Une typologie d'activité spécifique dans chaque institution et pour chaque spécialité

● Les pédiatres font essentiellement des consultations au cabinet (92 % de l'activité de cabinet) et des « astreintes » en clinique (trois quarts de l'activité en cli-

nique), et un peu de tout à l'hôpital, en particulier de la « surveillance clinique » de patients hospitalisés (un quart du temps hospitalier).

● Les gastro-entérologues font des consultations au cabinet (68 % de l'activité), mais aussi des actes techniques (25 % de l'activité). Par contre, ils assurent plus de consultations et de « surveillance clinique » à l'hôpital public qu'en clinique. En clinique, les gastro-entérologues font surtout des actes techniques (83 % des l'activité hors astreinte).

● Pour les orthopédistes, la structure de l'activité est très proche en clinique et à l'hôpital (pour moitié des actes techniques, un tiers de consultations et 15 % de surveillance clinique, hors gardes et astreintes).

● Le temps consacré à la gestion est globalement de 6 % pour les pédiatres, 8 % pour les gastro-entérologues, et 10 % pour les orthopédistes, mais il n'est pas homogène dans les différents types d'institutions d'exercice (cabinet, clinique, hôpital...).

Ainsi, les médecins utilisent leurs « outils de travail » (les institutions), en gérant au mieux quels actes et sous quelle forme ils exercent dans telle ou telle institution, que la raison en soit l'optimisation des revenus ou celle de la qualité d'exercice. Ainsi, et même en oubliant les activités dans des institutions plus « marginales » (centres de santé par exemple), un système d'information sur les actes centré sur les institutions (le PMSI par exemple) n'est pas compatible avec la description de l'activité des médecins en tant qu'unités statistiques, transversalement dans plusieurs institutions d'exercice, ou même dans une seule institution (à l'hôpital, surtout public, le système d'information ne peut pas aujourd'hui rattacher des actes à des médecins).

#### Un temps de travail hebdomadaire élevé

Toutes institutions confondues, le temps de travail décrit par les praticiens est important : 50 heures par semaine en moyenne pour les gastro-entérologues et 55 heures pour les pédiatres et les orthopédistes, incluant les gardes mais pas les astreintes (ces dernières imposent au médecin de rester joignable et disponible rapidement, mais il ne reste pas sur place

**Yves Charpax**

Médecin épidémiologiste, membre du HCSP

**Anne Duburcq**

Épidémiologiste-statisticienne, Cemka-Éval, Bourg-La-Raine

dans l'établissement, comme dans le cas des gardes). En moyenne, les médecins déclarent 15 heures par semaine d'astreinte (20 heures pour les orthopédistes), contre 4 heures de garde en moyenne (2 pour les gastro-entérologues), avec une grande variabilité selon les institutions : pour les pédiatres en clinique par exemple, l'exercice est essentiellement du temps d'astreinte (27 heures sur un total moyen de 37 heures en clinique), contrairement aux pédiatres à l'hôpital (11 heures d'astreinte sur un total moyen de 37 heures à l'hôpital).

On perçoit bien la difficulté d'insérer dans ce temps de travail des activités supplémentaires de gestion, de management, de processus qualité, de participation, de formation continue, tout en réduisant le temps global travaillé (35 heures ?). Par ailleurs, modifier certaines modalités d'exercice, en supprimant par exemple les astreintes pour les transformer en garde, les incluant ainsi dans le temps de travail « officiel », ne sera pas facile !

#### Un rendement variable par médecin et par institution

Le temps moyen nécessaire déclaré pour chaque type d'acte est variable. Or c'est une composante essentielle du « besoin en médecin ». Les travaux actuels sur la nomenclature des actes prennent certainement en compte cette difficulté, mais leur objectif étant de standardiser un processus de facturation, il n'est pas certain qu'ils permettront de disposer d'une liste de « temps moyen nécessaire » par acte et par médecin.

#### Les résultats de la modélisation

À partir des résultats de l'enquête de pratique, un modèle a été élaboré pour « expliquer » le nombre de spécialistes nécessaires à la « production » de l'ensemble des actes de la région pour les trois spécialités, à partir de quelques paramètres décrivant leur activité. On a ensuite fait varier chaque composante de l'activité, afin d'envisager, la suppression ou l'augmentation de certains actes « fréquents », des modifications organisationnelles ou encore pour introduire les modifications démographiques attendues pour la population.

#### Orthopédie (277 orthopédistes dans la région)

La transformation des astreintes en gardes obligerait à les compter en temps de travail effectif. Une hausse de 31 % de l'effectif serait alors nécessaire.

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi post-opératoire des patients à d'autres médecins « prescripteurs » (les orthopédistes étant alors des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 29 % de l'effectif nécessaire.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif.

Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une hausse de 9 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif en 2010, 17 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de prothèses totales de hanche chez les plus de 60 ans (souvent évoquées comme potentiellement abusives) ne modifierait l'effectif des orthopédistes que de 1 % à la baisse (c'est en moyenne une part marginale de leur activité).

#### Gastro-entérologie (402 gastro-entérologues dans la région)

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi des patients à d'autres médecins « prescripteurs », généralistes par exemple (les gastro-entérologues étant alors plus des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 30 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif en 2010, 21 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de gastroscopies (par amélioration des traitements préventifs des troubles digestifs) modifierait l'effectif des gastro-entérologues de 5 % à la baisse.

Une augmentation du nombre de coloscopies par introduction plus généralisée du dépistage du cancer colique par

Hémocult chez les plus de 40 ans pourrait nécessiter une hausse de 6 % de l'effectif.

#### Pédiatrie (543 pédiatres dans la région)

La transformation des astreintes en gardes, qui obligerait à les compter en temps de travail effectif pourrait nécessiter une hausse de 14 % de l'effectif.

Le doublement du nombre d'astreintes et leur transformation en gardes (compatible avec le plan périnatalité en cours) nécessiteraient une hausse de 34 % de l'effectif.

La diminution de moitié du nombre de consultations par transfert aux médecins généralistes entraînerait une baisse de 48 % de l'effectif.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 2 % de l'effectif en 2010, et une baisse de 1 % en 2020.

Le passage en secteur public de la moitié de l'activité hospitalière privée modifierait l'effectif des pédiatres de 25 % à la hausse (les mêmes actes réalisés en secteur public sont actuellement plus consommateurs d'effectifs de pédiatres).

#### Conclusion

En amont de toute discussion sur des manques ou des sureffectifs de professionnels de santé, il paraît indispensable de savoir « qui fait quoi et où ». Les professionnels doivent en prendre conscience, mais également les pouvoirs publics, à l'heure de décisions à long terme (modifications de *numerus clausus*, ouverture de filières, etc.). Cette description n'est pas facile à l'heure actuelle en France, en partie en raison de la structuration des systèmes d'information, dans lesquels le lien n'est pas fait entre les médecins et la production de soins. ■

1. Extrait d'un travail réalisé à la demande de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes

2. Cette enquête a été réalisée sur la base des fichiers de l'Union des médecins libéraux, de la Drass, de France-Télécom, des ordres départementaux des médecins et, pour les hôpitaux publics, en identifiant les services spécialisés dans ces disciplines. Le taux de réponse a été d'environ un tiers.