

« 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 saisi.

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.

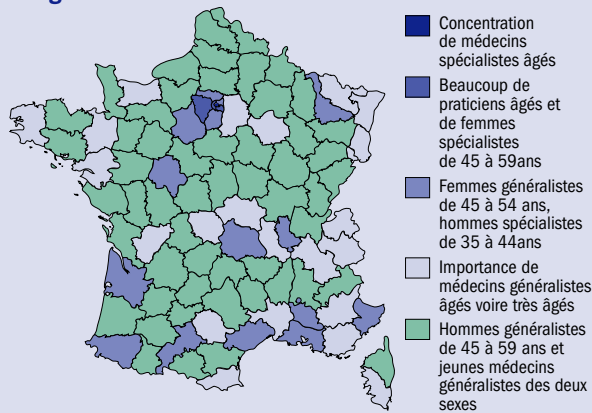
- Moins caractérisés par telles ou telles spécialités, quoiqu'elles y soient en moyenne plus médicales que chirurgicales, les départements de l'Île-de-France constituent un autre type à part.

- 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

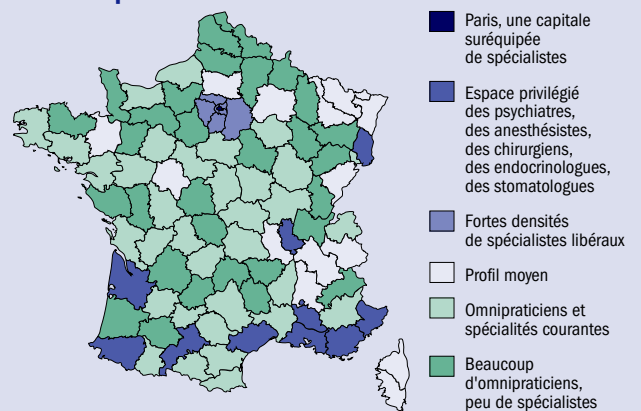
### L'âge des médecins libéraux



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

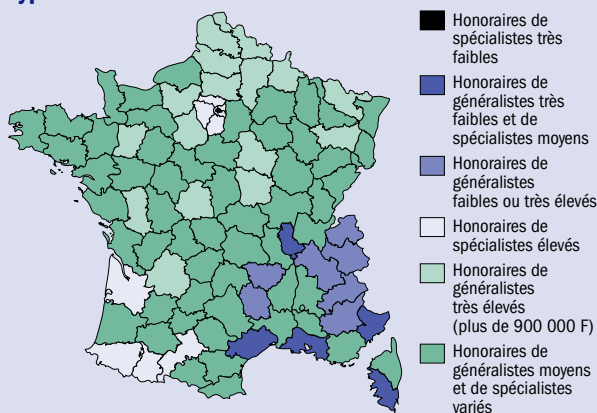


figure 4

Typologie des prescriptions des médecins libéraux

