

# Offre de soins de ville

L'analyse de l'activité médicale de ville implique de mettre en œuvre des systèmes d'information susceptibles d'évaluer les caractéristiques de la réponse thérapeutique à la demande de soins, en tenant compte de l'évolution des métiers et des pratiques.

## Les projections de démographie médicale

**Pascale Breuil-Genier**  
 Chef du bureau des professions de santé,  
 Drees

Combien y aura-t-il de médecins dans les années à venir ? Et comment ces derniers se répartiront-ils par spécialité ou par région ? Les réponses à ces questions dépendent évidemment des décisions que les pouvoirs publics seront amenés à prendre en matière de *numerus clausus* ou de répartition des places à l'examen national classant<sup>1</sup>. Mais les réponses dépendent aussi des choix que les médecins et futurs médecins feront, comme le choix de leur spécialité, de leur région d'exercice ou de l'âge auquel ils souhaiteront arrêter de travailler.

### Des projections et non des prévisions

Avoir une vision prospective sur l'évolution de ces deux types de facteurs (décisions publiques et choix des professionnels) afin de faire une prévision sur l'évolution du nombre de médecins reste très délicat. En matière de décisions publiques, compte tenu des durées de formation des médecins, cela nécessite de produire des hypothèses de *numerus clausus* pour les quinze années

à venir pour une projection du nombre de médecins à l'horizon 2025. Or il suffit de considérer les évolutions passées du *numerus clausus*<sup>2</sup> (figure 1) pour constater que l'ampleur des variations de ce dernier a été considérable, et que l'appréciation portée sur la démographie médicale a pu radicalement changer en quelques années : à une situation considérée comme « excédentaire » ayant entraîné la diminution du *numerus clausus* et la mise en place de mécanismes d'incitation à la cessation d'activité (Mica), a succédé une situation où le recul annoncé des effectifs médicaux est supposé justifier une augmentation du *numerus clausus*.

La prospective est tout aussi difficile concernant l'évolution des comportements des médecins. Prenons l'exemple des choix de régions d'exercice. On peut supposer que les médecins nouvellement diplômés d'une région continueront à se répartir dans l'ensemble des régions dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui. Cela entraînerait une diminution de la démographie médicale plus marquée en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, puisque les médecins de ces régions sont plus âgés que la moyenne et vont massivement partir à la retraite dans les années à venir. Est-ce réaliste si l'on considère que ces deux régions sont celles qui actuellement ont la densité médicale la plus élevée ? Mais à l'inverse, peut-on supposer l'attractivité de ces régions suffisamment forte pour que tous les médecins y cessant leur activité soient remplacés ? Bien sûr, il

1. Examen qui remplace le concours de l'internat, et que devront dorénavant passer tous les étudiants pour accéder au troisième cycle des études médicales.

2. Fixé à plus de 8000 lors de son instauration dans les années soixante-dix, le *numerus clausus* a baissé jusqu'à 3500 en 1996, avant de remonter jusqu'à 5550 en 2004.

est tentant de supposer que les comportements futurs pourraient être intermédiaires entre ces deux hypothèses, mais cela ne suffit pas à les préciser...

Les exemples donnés ci-dessus illustrent la difficulté d'une vision prospective sur des phénomènes dont les déterminants combinent décisions publiques et comportements des professionnels, et expliquent pourquoi la Drees a choisi de réaliser non pas des *prévisions*, mais des *scénarios* de la démographie médicale. Autrement dit, il ne s'agit pas de prévoir le futur, mais plus modestement de décrire des évolutions possibles de la démographie médicale, à partir d'hypothèses explicitement formulées. Ainsi le dernier exercice de projection réalisé par la Drees a consisté à décrire dix scénarios d'évolutions possibles, sur la base de dix jeux d'hypothèses définis dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé<sup>3</sup>.

### Une évolution du nombre de médecins d'ores et déjà largement déterminée d'ici 2015

Les résultats de ces dix scénarios présentent bien sûr des traits communs. Dans tous les cas, le nombre de médecins devrait diminuer d'ici quelques années et cette diminution se prolongerait au moins jusqu'en 2015. Le nombre de médecins passerait de 205 400 actuellement à 196 700 en 2015, soit une baisse de 4 % sur cette période. En effet, compte tenu des durées de formation des médecins, une variation du *numerus clausus* décidée aujourd'hui n'aurait pas d'impact avant 2015. Ce résultat reste toutefois conditionné par le fait qu'aucun scénario ne tienne compte de flux de médecins étrangers, la prospective dans ce domaine restant encore plus délicate qu'ailleurs.

C'est donc surtout au-delà de 2015 que l'analyse comparative des différents scénarios devient intéressante. Elle permet en effet de mettre en évidence l'impact des décisions des pouvoirs publics ou des choix des professionnels sur l'évolution future de la démographie médicale.

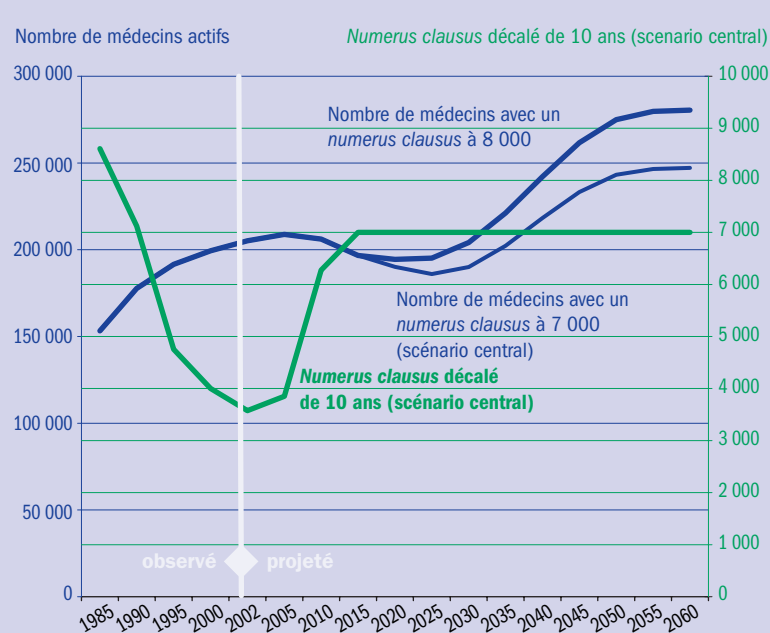
### L'impact du *numerus clausus* entre 2015 et 2025... et au-delà

Avec un *numerus clausus* à 7 000 (conformément à une annonce ministérielle récente), atteignant ce niveau dès 2006, le nombre de médecins serait de 186 000 en 2025, soit 9 % de moins qu'en 2002 (ou encore 5 % de moins qu'en 2015). Compte tenu de la croissance de la population française projetée par l'Insee, la densité médicale diminuerait encore plus fortement (-16 %), passant de 335 en 2002 à 283 en 2025. Cette densité

3. Cf. Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S. 2004. « Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2005. Par région et spécialité », Observatoire national de la démographie des professions de santé, le *Rapport 2004*, tome II, 2004, ainsi que les *Études et Résultats* n° 352 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national ») et 353 (« La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections ») des mêmes auteurs.

figure 1

### Évolution du nombre de médecins selon l'évolution du *numerus clausus*



Source : Adeli redressé au 31 décembre 2002 et projections Drees.

Champ : médecins de moins de 80 ans, France entière.

Note : Le *numerus clausus* est représenté avec un décalage de 10 ans dans le temps, correspondant approximativement à la durée des études médicales après l'entrée en deuxième année de médecine. Par exemple, un étudiant franchissant le cap du *numerus clausus* en 2005 n'entrera en exercice que vers 2015. Ce décalage permet de mettre en regard les effectifs des nouveaux diplômés à la période à laquelle ils s'installent et les évolutions des effectifs de médecins en activité. Avec l'hypothèse retenue sur le *numerus clausus*, le nombre de nouveaux diplômés augmentera fortement à partir de 2010, sans que cela se traduise à court terme par une augmentation du nombre de médecins du fait de la forte augmentation des départs en retraite observée en parallèle.

retrouverait en 2025 un niveau proche de celui qu'elle avait au milieu des années quatre-vingt. Par rapport à ce scénario conventionnellement qualifié de « central », un raisonnement en variante permet de voir l'impact du *numerus clausus* : toute hausse de ce dernier de 100 places dès 2006 permettrait d'augmenter de 1 000 le nombre de médecins en 2025 par rapport au scénario central (et, conformément à ce qui précède, serait quasiment sans impact sur le nombre de médecins en 2015). Aussi, avec un *numerus clausus* à 8 000, le nombre de médecins serait presque stabilisé entre 2015 et 2025, pour atteindre environ 195 000 médecins en 2025. Mais avec un *numerus clausus* maintenu à ce niveau tout au long de la période de projection, le nombre de médecins augmenterait à nouveau fortement après 2025, ce qui pourrait entraîner en réaction une nouvelle réduction de ce *numerus clausus* et donc de nouveaux déséquilibres de la démographie médicale dans le futur<sup>4</sup>.

4. Cf. Bui Dang Ha Doan (2004) : « Projection de la démographie médicale en France 2000-2050 », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 44<sup>e</sup> année, n° 1, p. 101-148.

### La répartition par spécialité

La répartition entre généralistes et spécialistes<sup>5</sup> en 2025 dépendra, elle aussi, des décisions des pouvoirs publics. Elle dépendra notamment de la répartition des places offertes à l'examen national classant entre médecine générale et autres spécialités, mais également de la manière dont ces places seront pourvues. D'après l'arrêté du 30 avril 2004, le nombre total de postes de troisième cycle ouverts à l'issue de l'examen national classant (ENC) en 2004 était de 3 988, réparti entre 1 841 places en médecine générale (soit 46 %) et 2 147 places dans les autres spécialités (soit 54 %). Or, dans les faits, seuls 3 368 postes ont été attribués, certains candidats à l'examen n'ayant *in fine* pas validé leur 6<sup>e</sup> année de médecine et n'ayant donc pas été affectés. Les places non attribuées ont quasiment toutes concerné la médecine générale, puisque seules 1 232 des 1 841 prévues dans cette discipline ont été pourvues (contre 2 136 des 2 147 places de spécialistes). Du fait des écarts potentiels entre postes de généralistes offerts et pourvus, les projections réalisées ne s'appuient pas sur les nombres de postes de généralistes figurant dans l'arrêté du 30 avril 2004 (ou encore sur la part que représentent ces postes sur l'ensemble). Elles font l'hypothèse que le nombre de places de troisième cycle en spécialité est déterminé à partir du *numerus clausus* cinq ans plus tôt (en le supposant, par exemple, égal à 50 % de ce dernier dans le scénario central)<sup>6</sup>. Le nombre d'étudiants de troisième cycle en médecine générale est alors déterminé par différence entre le nombre de candidats validant leur deuxième cycle (estimé par le modèle de projection à partir d'hypothèses sur les taux de redoublement) et le nombre de places de troisième cycle en spécialité, fixé comme expliqué ci-dessus.

Dans le scénario central, un nombre de postes de spécialistes à l'ENC correspondant à 50 % du *numerus clausus* cinq ans plus tôt conduirait à une faible diminution du nombre de généralistes entre 2002 et 2025 (-3 %), et à une baisse plus prononcée du nombre de spécialistes (-15 %). Chaque hausse d'un point de ce ratio se traduirait en 2025 par 900 spécialistes en plus et 1 000 généralistes en moins par rapport au scénario central. De forts départs à la retraite étant attendus dans les années à venir chez les spécialistes (sensiblement plus âgés que les généralistes), un ratio de 56 % serait nécessaire pour aboutir à des évolutions identiques des nombres de généralistes et de spécialistes d'ici à 2025 (soit une diminution de 9 % des effectifs par rapport à 2002 pour chacune de ces deux catégories de médecins). Bien sûr, un tel ratio conduirait à continuer à former transitoirement plus de spécialistes que de généralistes, et se traduirait après 2025 par une forte baisse du nombre de ces derniers.

5. Dans tout ce texte, le terme de spécialistes désigne des spécialistes hors médecine générale.

6. Ce choix est également cohérent avec le fait que, jusqu'en 2003 au moins, ce *numerus clausus* servait de référence pour la discussion sur le nombre total de places à l'internat.

À l'inverse, un ratio de 40 % permettrait au nombre de généralistes de remonter en 2025 au-dessus de son niveau de 2002.

En termes de spécialités fines, et sous les hypothèses d'un *numerus clausus* à 7 000, d'un ratio entre le nombre de places de spécialistes et le *numerus clausus* cinq ans avant de 50 % et d'une répartition des places par disciplines (hors médecine générale) à l'ENC identique à celle de 2004, ce sont l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL qui connaîtraient la plus forte réduction de leurs effectifs (respectivement -43 %, -36 % et -31 % par rapport à 2002). Là encore, des variantes permettent d'étudier l'impact d'une modification de la répartition par spécialité des places à l'ENC sur les effectifs de médecins actifs en 2025 : chaque variation d'un point de la part des postes à l'ENC (par rapport à l'ensemble des postes de spécialistes hors médecine générale) se traduirait par environ 450 médecins en plus en 2025. On en déduit par exemple que, pour un cas extrême comme celui de la psychiatrie, il serait nécessaire pour retrouver un nombre de psychiatres au moins égal en 2025 à celui de 2002 que la part de cette spécialité parmi les postes hors médecine générale à l'ENC passe à partir de 2005 de 9 à 20 %...

### Les répartitions par sexe et région

La méthode de projection utilisée, qui repose largement sur des simulations sur données individuelles, permet également de détailler tous les résultats précédents par sexe, statut (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et par région. Elle montre que la poursuite de la féminisation du corps médical dans le futur ne fait guère de doute : les femmes étant de plus en plus nombreuses dans les promotions récentes d'étudiants en médecine, leur part parmi les médecins en activité devrait dépasser 50 % peu après 2020.

Les évolutions régionales sont, elles, moins évidentes à projeter, du fait des évolutions possibles des comportements de mobilité des médecins comme des décisions des pouvoirs publics (en matière de répartition régionale du *numerus clausus* ou des postes à l'ENC, voire d'incitation à l'installation).


Ainsi, selon les scénarios, les écarts de densité médicale entre régions pourraient se réduire entre 2002 et 2025 — comme dans le scénario central qui suppose un maintien des décisions publiques et des comportements actuels des professionnels — ou au contraire s'accroître, par exemple si les comportements de mobilité des généralistes, désormais également susceptibles de faire leur troisième cycle dans une autre région que celle de leur deuxième cycle, rejoignent ceux des spécialistes.

### Et l'évolution des besoins en médecins ?

Si les résultats précédents contribuent à préciser l'impact des décisions publiques et des comportements des (futurs) médecins sur l'évolution de la démographie médicale, ils ne suffisent évidemment pas pour inférer

quelles seraient les décisions (ou comportements) souhaitables. Pour cela, ce n'est pas à la question « Combien aura-t-on de médecins en 2025 » qu'il faudrait répondre, mais à la question « De combien de médecins aura-t-on besoin en 2025 ? ». La réponse à cette deuxième question est plus complexe, car elle requiert des hypothèses sur l'évolution des pathologies et de leur incidence, ainsi que sur l'évolution de la place des différentes spécialités dans leur prise en charge. Or le vieillissement de la population, les progrès de la médecine, mais aussi les réflexions sur les rôles respectifs des médecins et des autres professions de santé font que l'éventail des futurs possibles pour les « besoins » en temps médical est probablement très large. Sans doute si large qu'il est prévisible que les fourchettes auxquelles on aboutirait seraient trop vagues pour constituer des réponses satisfaisantes aux yeux de ceux, décideurs notamment, qui expriment des demandes à ce sujet. Ce travail reste toutefois possible sur quelques pathologies et spécialités ciblées<sup>7</sup>.

De plus, quand bien même on arriverait à estimer les « besoins futurs en temps médical », il resterait à formuler une hypothèse sur le temps de travail des médecins

pour traduire ces besoins en « nombre de médecins souhaitable ». Or, sur cette question non plus, rien n'est évident. Ainsi, alors que la féminisation du corps médical est souvent supposée se traduire par une diminution du volume d'activité des médecins, les évolutions observées sur la dernière décennie montrent que cela n'a pas été le cas, au contraire : le temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux qui, à temps de travail par sexe supposés identiques à ceux observés en 1992, aurait dû diminuer de vingt-cinq minutes entre 1992 et 2001, a en fait augmenté de deux heures<sup>8</sup>. Aussi, des projections démographiques qui, en 1992, auraient tenté de prendre en compte l'évolution prévisible du volume d'activité par médecin, auraient conduit à des prévisions d'évolutions d'activité moins proches de la réalité que celles que l'on aurait pu déduire de la seule évolution des effectifs. Ce dernier résultat permet à lui seul de rappeler en conclusion ce que sont les modèles de projections : des outils parfois sophistiqués (qui, comme le modèle utilisé par la Drees, peuvent permettre des analyses très détaillées), mais qui, en termes de prévisions, n'ont pas de valeur indépendamment de celle des hypothèses qui y ont été introduites. 

7. Voir par exemple Pouvourville (de) G. et al. « *La Démographie en ophtalmologie 2000-2020* », rapport présenté au conseil scientifique de la Cnamts, 2003.

8. Niel X. et Perret J.-Ph., « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix », *Données sociales*, Insee, 2002.

## Observatoire national de la démographie des professions de santé

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé créé par arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2003 a pour mission :

- de rassembler et d'analyser les connaissances relatives à la démographie des professions de santé et à l'évolution des métiers ;
- de développer ces connaissances au niveau régional en fournissant un appui méthodologique ;
- de promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution des métiers dans le cadre des nouveaux modes d'accès aux soins ;
- de faire le bilan, dans un rapport annuel remis au ministre, de la situation des effectifs des différentes professions et d'en préciser les perspectives d'évolution.

L'analyse de l'évolution démographique des professions de santé se fonde sur les données actuelles de temps de soins, de coopération entre professionnels, sur l'environnement professionnel général.

Cette création s'inscrit dans la volonté des responsables de promouvoir une politique de rationalisation de l'évolution des professions de santé. Elle répond aux interrogations relatives au renversement de tendance enregistré au début des années 2000 en matière d'adéquation de l'offre médicale et paramédicale aux besoins. Avec une densité actuelle de 330 médecins pour 100 000 habitants au début des années 2000, la France s'est située dans les pays les mieux dotés de l'Union européenne. Cette donnée moyenne intègre cependant des disparités régionales et locales. Par ailleurs l'impact du départ en retraite du grand nombre de médecins formés entre 1975 et 1985 et du faible niveau du *numerus clausus* institué dans les années quatre-vingt-dix fait craindre l'émergence d'une pénurie dans certaines spécialités.

Les missions de l'ONDPS font écho à trois orientations de la politique de régulation de la démographie médicale.

- Garantie d'accès à des soins satisfaisants dans les zones menacées de

désertification. De récentes investigations ont proposé la création de cabinets multisites, la constitution de réseaux incluant les hôpitaux locaux, la création de cabinets de groupes multiprofessionnels sous l'impulsion des collectivités territoriales (conseils généraux, communes). Des incitations fiscales et conventionnelles sont prévues pour l'installation en zones rurales.

- Réflexion sur les transferts de compétences dans le cadre de l'évolution des métiers de la santé. Cette orientation s'est déjà traduite par la mise en œuvre d'expérimentations au niveau régional.

- Création d'un Répertoire partagé des professionnels de santé qui a pour vocation d'identifier d'une manière fiable, exhaustive et actualisée, l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, libéraux ou salariés. Les données présentées constituent la base des travaux de l'ONDPS destinés à élaborer les grandes orientations de la politique en matière de démographie. 