

PERSPECTIVES DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

SYNTHESE DU RAPPORT DE LA DGS – JUIN 2001

L'adaptation de la démographie médicale constitue à l'évidence un enjeu majeur de santé publique. Dans ce rapport, la DGS, appuyée par ses partenaires, présente un état des lieux de la démographie actuelle et des scénarii pour les 20 prochaines années. Ce travail permet également de définir un cadre commun pour envisager l'utilisation des différents leviers d'action au service des politiques publiques en matière de démographie médicale.

Il faut souligner d'emblée qu'un des résultats de ce travail est d'identifier les nombreux domaines dans lesquels les connaissances disponibles ne sont pas suffisantes pour pouvoir proposer des pistes d'action. Au delà des prises de positions alarmistes et souvent prématurées, **ce dont l'action publique a le plus besoin dans l'immédiat, c'est d'un dispositif d'observation et d'analyse** permettant de réunir l'ensemble des partenaires concernées à partir d'un socle commun de connaissances fiables. De façon plus générale, la relation entre l'offre de soins et l'état de santé mérite d'être plus étudiée.

- **LA DEMOGRAPHIE MEDICALE AUJOURD'HUI : UNE DENSITE ELEVEE ET LES PRODRONES DE CARENCES**
- **LOCALISEESQUELLE DEMOGRAPHIE MEDICALE POUR DEMAIN ?**
- **QUELS LEVIERS D'ACTION ?**
- **UN SUJET A TRAITER DES AUJOURD'HUI**
- **RECOMMANDATIONS**

LA DEMOGRAPHIE MEDICALE AUJOURD'HUI : UNE DENSITE ELEVEE ET LES PRODRONES DE CARENCES LOCALISEES

On estime que la densité médicale globale est passée de 130 en 1970 à 331 en 2000 pour 100 000 habitants. Ces chiffres résultent d'une estimation, fournie par la DREES, a été réalisée à partir de données issues d'ADELI et redressées par les résultats de l'enquête Emploi de l'INSEE. Le nombre de médecins salariés comporte donc une certaine incertitude. Les différences observées sur le nombre de médecins en fonction des fichiers sources montrent l'intérêt de disposer d'un fichier source unique. Actuellement, une précision à plus ou moins 5000 médecins est sans validité scientifique compte tenu de la faible qualité des données non agrégées.

Le partage des modes d'exercice entre médecine salariée et médecine libérale est resté globalement stable au cours de cette période. L'exercice libéral pour l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes confondus) a toujours été proche de 60 % des effectifs depuis 1984, avec une légère augmentation jusqu'en 1992 et une tendance à la diminution depuis. Au premier janvier 2000, 60,3 % des médecins exerçaient en libéral.

Cette relative stabilité ne se retrouve pas dans la répartition entre médecins généralistes et spécialistes. La réforme de l'internat qualifiant, avec une période transitoire pendant laquelle la spécialisation a pu se faire par le biais de l'internat et par celui des certificats d'études spécialisés, a contribué à une nette augmentation de la part des médecins spécialistes. Ainsi, la forte croissance démographique du corps médical s'est accompagnée d'une nette augmentation de la part des spécialistes qui est passée de 43 % en 1984 à 51 % en 2000. Cela correspond à une augmentation du nombre de spécialistes très importante en valeur absolue, de près de 40 000 en quinze ans.

Une situation variable selon les spécialités

Depuis 1990, 33 des 38 spécialités médicales ont vu leur effectif croître avec les augmentations les plus importantes (en chiffres absolus) en radiodiagnostic et biologie médicale. Sur les 5 spécialités ayant connu une baisse, la plus notable est celle de la chirurgie générale mais l'anesthésiologie

réanimation, la gynécologie médicale, la radiothérapie et la stomatologie sont également en décroissance.

Cette augmentation globale du nombre des spécialistes cache des situations variables selon les spécialités, le mode d'exercice et la répartition géographique. Si **la densité médicale globale actuelle est la plus élevée jamais atteinte**, les phénomènes conjoints d'une densité relative globale peu élevée dans certaines spécialités, d'une répartition de l'offre de spécialistes inégale sur le territoire et/ou d'une répartition parfois très asymétrique du mode d'exercice de la spécialité (libéral/salarié) conduisent, pour certaines spécialités, à des **difficultés ponctuelles d'accès aux soins** et des difficultés d'exercice que soulignent les professionnels et les élus concernés.

Certaines spécialités connaissent en **secteur hospitalier** des vacances de poste importantes mais il est important de souligner qu'elles sont moins liées à la densité médicale globale de la spécialité qu'à la répartition des modes d'exercice des spécialistes accentuées par des disparités géographiques. Des spécialités pléthoriques en secteur libéral peuvent être déficitaires en secteur hospitalier (cas de la psychiatrie).

Ces constats de base montrent la nécessité de mobiliser des leviers différenciés selon les situations. Leur mise en œuvre suppose un diagnostic précis en travaillant par spécialité, par zone géographique, par mode d'exercice et secteur d'activité. **Le temps d'accès nécessaire à des soins de qualité au regard des normes professionnelles doit guider cette analyse et permettre d'établir une cartographie médicale.**

Les disparités géographiques : l'analyse de la DGS aboutit à définir cinq zones

En dépit de la croissance forte du nombre de médecins, d'importantes disparités régionales de densité médicale persistent. Hormis trois régions, la Picardie, la Provence Alpes Côte d'Azur et l'Ile de France dont les densités médicales pour 100 000 habitants sont respectivement de 241, 412 et 425, la disparité n'est pas si grande qu'il y paraît à première vue. **Si on élimine ces cas extrêmes, la distribution est plus homogène** avec une moyenne de **302 pour 100 000 habitants** autour de laquelle se retrouvent de très nombreuses régions de densité présentant des écarts maximum de + 21 % (Languedoc Roussillon) à - 13 % (Centre).

L'analyse de ces disparités montre que l'on peut proposer cinq catégories de densité séparées par des sauts de densité significatifs : **16 régions sur 22 sont de catégorie II et III** (II : 250-299 médecins pour 100 000 habitants ; III : 300-349 pour 100 000 habitants). Si l'on exclut les trois régions à plus forte densité - Languedoc Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur, Ile de France - (catégories IV et V); on note une très **faible corrélation entre la croissance des densités et la densité totale**, ce qui reflète les difficultés à réduire les écarts de densité avec les outils utilisés jusqu'ici.

Deux phénomènes sont apparents : l'héliotropisme et l'attraction de la capitale. **Il y a bien deux France de densité médicale** : le Sud, l'Ile de France et l'Alsace avec une densité supérieure à 320 ; le reste de la France avec une densité inférieure à 300. Cependant, les disparités régionales sont nettement moins importantes pour les généralistes que pour les spécialistes.

En revanche, les disparités interrégionales s'accroissent quand le raisonnement est mené pour les seuls spécialistes. Une part importante des disparités régionales est attribuable à la répartition des spécialistes mais ces disparités doivent être interprétées en tenant compte de la répartition des spécialistes par région et par mode d'exercice (proportion exerçant en établissement public de santé, en ville, etc.).

Une nécessité : l'analyse des disparités infra-régionales

Les inégalités infra-régionales constituent un niveau d'analyse indispensable pour s'assurer que les besoins sont couverts. Or d'importantes disparités existent au sein des régions. En Ile de France, par exemple, qui paraît la région la mieux dotée, il faut distinguer Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne avec des densités médicales fortes (respectivement 768, 419 et 331 pour 100 000 habitants) des autres départements de la région tels que les Yvelines, la Seine-Saint-Denis, l'Essonne et surtout la Seine et Marne (densités médicales pour 100 000 habitants respectivement de 277, 274, 250, 214).

L'analyse des disparités infra-régionales doit être menée selon un zonage pertinent pour chaque spécialité. L'adaptation de la démographie médicale suppose de mener pour les spécialités les plus concernées une étude visant à définir la part de l'activité qui doit pouvoir être accessible " en proximité " et à préciser la zone géographique **d'attractivité** pertinente pour répondre aux besoins, compte tenu de l'offre de soins dans la zone considérée.

La croissance de la densité globale depuis 1985 a été de 30 à 40 % dans les régions à densité médicale faible mais de 20 % dans celles à densité médicale forte. Ainsi, pour les généralistes, les écarts actuels de densité ne sont probablement pas réductibles, sauf à mener une politique autoritaire. Une analyse géographique fine est d'autant plus nécessaire qu'il s'agira à l'avenir de régler des **problèmes ponctuels** mais qui pourraient se multiplier.

De nombreux facteurs influencent le choix des spécialités

On connaît les différents critères qui interviennent dans le choix des spécialités. Ils sont liés au rang de classement, au nombre de postes offerts au choix de l'internat, à la vocation et à la notoriété, aux conditions de travail, au risque juridique, aux revenus attendus et au montant de l'investissement.

Si **on ne peut pas analyser le médecin ni comme un entrepreneur individuel**, ni comme un fonctionnaire, on doit constater l'absence d'études permettant de mieux comprendre les motivations de ses comportements et de pondérer, même approximativement, ces différents critères.

Les critères de choix du lieu d'exercice sont également bien cernés

Quelques études ont été réalisées sur les critères de choix d'installation. Les critères d'ordre personnel (cadre de vie, possibilité d'études pour les enfants, possibilités d'activité professionnelle du conjoint) interviennent de plus en plus. L'analyse des comportements en matière de choix du lieu d'exercice doit également faire l'objet d'études complémentaires. **Les travaux déjà réalisés confirment la faible attractivité des zones rurales.**

QUELLE DEMOGRAPHIE MEDICALE POUR DEMAIN ?

Les différentes projections réalisées en matière de démographie médicale ne donnent pas les mêmes résultats selon les paramètres choisis dans les modèles construits par la DREES, l'INED ou le CSDM. Néanmoins, elles convergent sur les grandes tendances et permettent de s'accorder sur le fait que si le **numerus clausus** est maintenu à son niveau actuel et toutes choses égales par ailleurs, il y aura une diminution des effectifs globaux à 20 ans dans une fourchette **de - 15 % à - 20 %**. **Il faudrait fixer le numerus clausus à 7 500 pour maintenir la densité médicale à son niveau actuel.**

Les résultats diffèrent davantage selon le modèle utilisé quand les prévisions sont réalisées à un niveau plus fin, par spécialité et par région notamment. Dans le cadre des travaux à mener, un accord sur le **choix des modalités de projection** est un pré-requis incontournable.

Les scénarios, construits à **numerus clausus constant et options de choix constant des internes**, prévoient une diminution de 25 % pour l'ensemble des spécialistes et de 9 % pour les omnipraticiens. Elle serait de 22 % pour la pédiatrie et 29 % pour l'anesthésie réanimation. En se limitant à 2010, on assistera à une diminution significative (de 10 % au moins) en psychiatrie (12 %), gynécologie médicale (19 %), ophtalmologie (11 %), ORL (10 %) et médecine interne (14 %).

Ainsi, toujours sous l'hypothèse d'un **numerus clausus constant et d'un choix des internes constant**, le **nombre de généralistes en 2010 sera de 5,3 % supérieur à celui de 2000** et le nombre de spécialistes inférieur à 3,3 % à celui de 2000. Cet " effet ciseaux " avec un nombre de médecins généralistes supérieur au nombre de spécialistes pourra être constaté dès 2005 mais ne conduira pas à atteindre le ratio généraliste/spécialiste observé en 1984.

Les données disponibles montrent que les disparités géographiques iront en s'accroissant et seront encore plus marquées à l'échelle départementale.

QUELS LEVIERS D'ACTION ?

Des contraintes à intégrer

Le délai d'action du numerus clausus

Le choix des modes d'action pour influencer sur la démographie médicale doit intégrer le délai effectif de l'action. Ce délai n'est pas simplement égal à la durée des études (10 ans). Si l'on considère que le corps professionnel est composé à un moment donné d'environ **35 promotions annuelles de diplômés**, on perçoit que le changement de volume n'aura d'impact que lorsqu'il aura affecté

plusieurs promotions successives, au moins cinq ou six. C'est une vingtaine d'années qu'il faudra attendre afin d'obtenir un effet net du changement de *numerus clausus* sur la démographie médicale.

L'évolution des comportements et leur effet sur la durée de travail des médecins

A comportements constants, on constaterait **une diminution du temps de travail des médecins d'environ 5 %** du fait notamment de la féminisation et de l'évolution de la pyramide des âges. D'autres facteurs influent déjà sur cette diminution du temps de travail disponible, notamment de la part de l'activité médicale consacrée aux soins, la réduction légale du temps de travail et la nouvelle définition du temps de travail hospitalier qui conduit à intégrer le temps de garde dans le temps de travail médical.

L'impossible définition d'une densité médicale optimale

Il n'existe pas de densité médicale globale normative qui s'imposerait à partir d'une relation simple avec les données de morbidité. L'évolution des besoins doit néanmoins être prise en compte. Le **vieillessement** de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, notamment des malades atteints de pathologies chroniques, vont conduire à une augmentation de la demande de soins. Il est difficile de modéliser à 20 ans les effets des **innovations** technologiques. En outre, il convient de garder une **flexibilité** en matière de démographie en vue de pouvoir faire face à des événements rares mais vraisemblables (épidémie massive de grippe par exemple) qui pourraient dans un système à flux tendu mettre en péril la qualité du système de soins. Il faut aussi tenir compte des **nouveaux métiers de santé publique** correspondant à une exigence accrue pour la sécurité sanitaire et la qualité des services de santé dispensés.

Les enseignements des comparaisons internationales donnent les fourchettes de densité sous lesquelles il n'est pas raisonnable de descendre puisqu'elles sont celles de pays reconnus pour leur pénurie médicale ou au dessus desquelles on se trouverait en pléthore caractérisée.

L'adaptation de la démographie médicale doit être envisagée en tenant compte des différentes modalités d'organisation de l'offre qui auront un impact sur le nombre et le type de professionnels susceptibles de fournir une réponse à des besoins de **proximité**.

Les différents leviers d'action sont repérés

On ne peut pas se contenter d'agir sur les flux. Il convient de se doter de moyens d'agir sur l'ensemble de la population médicale existante.

- La **remontée du numerus clausus** est indispensable pour retrouver un niveau global de densité qui rende possibles les actions corrigeant les disparités constatées.
- Les **passerelles**, les **complémentarités** entre spécialités médicales, les **substitutions** entre professionnels de santé sont abordées et doivent être étudiées avec les acteurs concernés. Il est toujours possible d'envisager de créer des **filiales d'internat** spécifiques.
- Sans attendre de disposer de l'ensemble des données permettant un pilotage fin de la démographie médicale, des actions doivent être menées rapidement pour remédier aux **difficultés ponctuelles dans les zones rurales et périurbaines**.
- Plusieurs outils **incitatifs** sont évoqués dans le rapport. Ils doivent être discutés avec les acteurs concernés. Une **prime à l'installation** et des **mesures fiscales** sont discutées car elles ont aussi leurs effets pervers. Mais c'est probablement plus sur les **conditions d'exercice** qu'il faut agir, en favorisant le regroupement géographique de différents professionnels afin de rompre l'isolement et de faciliter la continuité des soins.
- L'exemple des autres pays montre la difficulté de trouver des leviers efficaces et l'intérêt de ne pas se contenter de simples incitatifs financiers.

UN SUJET A TRAITER DES AUJOURD'HUI

Des difficultés existent dès à présent. Elles sont liées aux disparités géographiques fines à la répartition entre les spécialités et les modes d'exercice et non à une insuffisance globale du nombre des médecins.

Dès maintenant, dans de nombreuses régions, des voix s'élèvent pour attirer l'attention des pouvoirs publics sur les besoins de médecins dans telle ou telle spécialité (y compris la médecine générale).

Déjà depuis plusieurs années, la France connaît un problème de démographie médicale dans ses **hôpitaux**. Aujourd'hui, les vacances de postes se multiplient dans certaines spécialités et dans certaines zones. Les exemples de l'anesthésie réanimation, de la psychiatrie, de la pédiatrie sont connus. Il faut y ajouter les difficultés qui touchent désormais la chirurgie, particulièrement dans certaines spécialités. **Mais l'exemple de la psychiatrie montre qu'une pléthore relative peut s'accompagner de pénuries. La principale question n'est donc pas le nombre de médecins.**

La question de la démographie médicale doit être pensée globalement mais avec des diagnostics locaux et spécialisés. Le rapport propose qu'une série d'études soient réalisées afin de préciser, pour chaque spécialité, la zone géographique **d'attractivité** qui apparaît pertinente, en tenant compte notamment du type d'offre de soins par zone géographique. Il faudra également simuler des évolutions en matière de démographie médicale pour différentes spécialités à l'horizon 2020 par zone. Ces paramètres sont variables selon la spécialité considérée, ce qui suppose un travail notamment avec les sociétés savantes sur ces points. La DGS propose de définir **le délai d'accès aux soins comme le paramètre commun** pour toutes les études démographiques. Il permet des comparaisons internationales et par pathologies.

RECOMMANDATIONS

Si des difficultés importantes risquent de survenir à terme, il faudra dès les prochaines années pouvoir répondre aux besoins de zones où l'accès aux soins ne sera pas assuré de manière satisfaisante

Ce travail montre qu'il **n'y aura pas de diminution globale de la densité avant 2008**. Pour les généralistes, la diminution de densité ne sera pas significative avant 2014. Mais pour les spécialistes, elle commencera dès 2005. Il faut relativiser cette discussion en raison de l'augmentation continue de la densité depuis 20 ans, tout particulièrement chez les spécialistes.

Le délai d'action des leviers démographiques est à elle seule une incitation à **agir maintenant**. Elle n'est pas la seule. En effet, dès 2005, un solde net négatif peut occasionner la multiplication des zones en difficultés pour les généralistes. De plus, des évolutions fines par spécialités peuvent conduire à de multiples difficultés localisées. Cela sera rapidement un sujet important d'interpellation des pouvoirs publics.

Relever dès cette année le numerus clausus de façon significative est une nécessité

Même si on aboutit à une répartition satisfaisante de la démographie médicale en termes de spécialité et de répartition géographique, la densité médicale globale ne peut pas descendre au-delà d'une limite qui ne permettrait plus d'assurer un accès relativement égal à des soins de qualité sur tout le territoire. **Assurer une chance égale pour les malades sur tout le territoire est un impératif premier de toute politique de santé**. L'adaptation de la démographie médicale conditionne l'avenir du système de soins. L'organisation de l'offre de soins et la programmation en santé publique supposent que les médecins soient présents en nombre suffisant par rapport aux attentes en matière de qualité du système de santé.

Compte tenu de ces principes, le numerus clausus doit être relevé pendant une période suffisante pour atteindre une densité médicale d'équilibre. **La fixation d'un numerus clausus entre 4 700 et 5 300 conduirait à des densités médicales d'équilibre situées entre 214 et 242 et atteintes respectivement à partir de 2035 et 2030**. Ceci correspondrait à une baisse de 30 à 40 % par rapport à la situation actuelle, ce qui semble inacceptable sans changements drastiques de l'organisation du système de soins. Cette fourchette de densité correspond à la densité médicale de la région française la moins bien dotée aujourd'hui (Picardie). **Un tel numerus clausus n'est donc pas susceptible de conduire à la pléthore**. Il constitue une mesure de précaution immédiate.

Mettre en œuvre un dispositif de pilotage et de suivi de la démographie des professions de santé est une priorité

Les éléments de repérage de " déserts " médicaux présents et à venir doivent être disponibles afin de piloter de façon efficace la démographie des professions. Cela suppose l'existence d'une **information** partagée sur la démographie de ces professions, par spécialité, par mode d'exercice et par zone géographique définie de façon pertinente par rapport à la spécialité ou à la profession considérée **au regard des besoins et des normes professionnelles**. Ainsi, le système d'information doit permettre

de repérer dans les meilleurs délais ces " déserts médicaux " pour la médecine de première ligne comme pour la médecine spécialisée. Cela suppose une agrégation nationale de données qui doivent être validées au niveau local.

En particulier, les évolutions sur les **comportements** professionnels en matière de choix de lieu d'installation ou de choix de spécialités doivent faire l'objet d'études. De même, les évolutions potentielles concernant les **complémentarités** entre spécialités (y compris la médecine générale), le **contenu** des métiers et les **passerelles** doivent être étudiées puisqu'ils conditionnent de façon majeure l'adaptation de la démographie médicale. Ces éléments sont indispensables à un pilotage efficace de la démographie médicale.

Ces outils permanents devront être accompagnés de **lieux de réflexion et de dialogue** avec les différents acteurs concernés pour permettre les décisions efficaces à court, moyen et long termes qui tiennent compte des différentes facettes de l'évolution des besoins.

Agir vite pour aider à remédier aux difficultés constatées localement et prévenir leur multiplication

Le relèvement du *numerus clausus*, s'il apparaît indispensable, ne peut, à lui seul résoudre les difficultés localisées déjà constatées en matière de démographie médicale et on ne peut pas attendre de disposer d'un dispositif de pilotage idéal pour commencer à agir.

Certains leviers cités dans le rapport pourraient être mobilisés rapidement, de façon différenciée selon les spécialités, afin de permettre une meilleure adaptation de la démographie médicale.

L'individualisation de **filières spécifiques** supplémentaires à l'internat peut ainsi être envisagée, en se donnant toutefois des éléments de diagnostics plus précis pour orienter le choix des filières à créer. Ces filières ne doivent pas être simplement pensées en termes d'effectifs globaux mais méritent aussi d'être accompagnées d'outils permettant de **remplir les postes souhaités** car cette solution n'est pas efficace quand les difficultés sont liées à une asymétrie des modes d'exercice. Les complémentarités entre professionnels et de santé et la possibilité de passerelles entre spécialités permettant la réalisation d'un **parcours professionnel** sont également des facteurs d'adaptation qu'il convient d'étudier en tenant compte de la nécessité de garder au diagnostic médical toute sa place, en lien avec les autres professionnels, afin de **continuer à privilégier la qualité et l'efficacité de la prise en charge** des malades et de permettre le développement prévisible des **actions de prévention médicale**.

La longue période de croissance de la démographie médicale en France est un des éléments qui a permis de faire de notre système de santé un des meilleurs du monde. Mais la fin de cette période, qui était inéluctable, met ce système pluraliste, pour partie administré, pour partie libéral, face à de nouvelles contraintes. La mise en œuvre, désormais urgente, de politiques à la fois souples et déterminées doit permettre aujourd'hui de relever ce défi.

Sur la base des leviers identifiés dans ce rapport, il demeure à construire des scénarios d'action faisant la part des actions à court terme (au-delà du relèvement du *numerus clausus*) et des actions à moyens termes. La construction de ces scénarios doit être articulée avec les mesures de régulation de l'offre et les mesures de financement.