

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Démographie médicale française

Situation au 1^{er} janvier 2005

Juin 2005

Étude n°38

Cette étude a été réalisée en collaboration avec Laurence Hartmann et Philippe Ulmann du département des études économiques et des systèmes de santé - ACCESS-it - de la société Entreprises Consult.

AVANT-PROPOS

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE FRANÇAISE AU 1^{ER} JANVIER 2005

Jamais les effectifs des médecins en activité n'ont été aussi nombreux : En 2004, ce sont 205 864 médecins en métropole, 210 203 avec les D.O.M. et 212 279 en y ajoutant les T.O.M !

Pourtant, les insuffisances manifestes signalées depuis au moins dix ans par l'Ordre sont toujours présentes ce qui démontre bien que les mesures déjà prises sont insuffisantes. La relecture des anciens cahiers de démographie de l'Ordre constate que l'alerte avait été donnée sur les conséquences retardées du *Numerus clausus* trop étroit et sur la gravité des disparités géographiques et entre les disciplines.

La répartition des médecins dans les différentes disciplines n'est toujours pas satisfaisante. Depuis le rapport du professeur Nicolas (2001) et les travaux de l'Ordre, près d'une dizaine de Spécialités sont reconnues comme étant en crise d'effectifs. Nos études commencées dans le cahier 37 seront poursuivies cette année dans une publication prévue fin 2005.

A ces spécialités, il est important de joindre la Médecine Générale, médecine dite de proximité et de premier recours : depuis au moins 3 ans, l'Ordre ne cesse de signaler que les chiffres sont trompeurs, que les effectifs réels sont grandement inférieurs à ceux déclarés par les médecins eux-mêmes et enregistrés par l'Ordre conformément aux dispositions légales et réglementaires. Sur 104 556 médecins généralistes enregistrés en métropole seulement 56 633 ont un exercice libéral exclusif auxquels il convient d'ajouter 6 242 qui ont une activité mixte libérale et salariée. Ce constat rejoint les chiffres (environ 62 000) publiés par la C.N.A.M.T.S. qui ne comptabilise que l'activité libérale. Il convient néanmoins de signaler que 29 235 médecins généralistes ont une activité uniquement salariée dont 14 936 en secteur hospitalier. A ces effectifs, s'ajoutent 11 139 médecins dont l'activité reste imprécise parce qu'ils négligent à tort de se déclarer et 1 257 qui ont des activités diverses hors médecine générale. Ainsi plus de 30% des médecins généralistes n'ont pas d'activité en médecine générale dans le secteur libéral. On comprend dès lors beaucoup mieux les difficultés constatées dans ce secteur.

La répartition géographique est toujours imparfaite. Jusqu'à une période récente les études portaient sur les régions, puis sur les départements. La situation reste inchangée. Mais c'est maintenant au niveau des cantons ou, mieux à celui des bassins de vie, que discipline par discipline, les travaux sont orientés. Dans son point Stat n° 38 en 2002, l'assurance maladie constatait que moins de 1% des habitants de la métropole résidaient dans une Zone déficitaire en médecins généralistes et que seulement 2% de cantons étaient dépourvus de ces praticiens ! C'était là une photographie statistique globale relativement optimiste mais qui ne rendait pas compte des réalités locales : doléances des patients, et de nombre de médecins voyant partir leurs confrères en retraite sans être remplacés et ne trouvant pas de jeunes médecins remplaçants pour pallier leurs congés, sans oublier les difficultés rencontrées dans la permanence des soins et la réponse aux urgences.

Le vieillissement du Corps médical s'accroît progressivement. C'était prévisible depuis que le *numerus clausus* est resté trop bas dans les années 1990. Moins que le vieillissement du corps médical, ce qui est grave c'est sa cause : la **grande insuffisance en jeunes médecins** liée au fait que **leur recrutement est très et trop faible** ! Il est urgent d'y remédier ! Nous insistons toujours pour que le *numerus clausus* soit relevé pendant plusieurs années à plus de 8 000. Les effets ne se manifesteront que vers 2017 du fait de la longue durée des études médicales, en moyenne 12 ans, un peu moins pour les généralistes, un peu plus pour certains spécialistes.

Il faut cesser de faire référence au rapport Choussat (1995) qui constatait des effectifs médicaux trop importants et préconisait une réduction de 20% de ces effectifs, à la grande satisfaction de l'Assurance Maladie et de certains syndicats de médecins. Erreur grave ! C'était méconnaître les effets retardés du *numerus clausus* et de l'internat qualifiant, et oublier que le milieu peut évoluer sous l'influence de l'impact du progrès médical, de l'évolution de la société et des comportements, des exigences nouvelles dans la demande de soins.

La féminisation du corps médical est aussi une réalité qu'il faut prendre en compte. Actuellement, 54% des médecins de moins de 35 ans sont des femmes ; la parité homme/femme se situe à 40 ans. Si la tendance dans l'avenir est conforme à la situation présente, en 2025 les femmes seront probablement majoritaires. Un tiré à part sur les femmes médecins et leur exercice sera effectué à la rentrée 2005.

Comme l'année dernière, la démographie médicale est étudiée en prenant en compte la nature de l'activité médicale : Il nous paraît important de séparer parmi les actifs, ceux qui font des remplacements, ceux qui sont en arrêt temporaire, quel qu'en soit le motif, et ceux qui sont installés soit comme libéraux ou comme salariés soit en activité mixte. Cela permet de mieux cerner le nombre et la répartition des actifs en place au service de la population.

Lorsque l'on se penche sur la réponse à la demande de soins et que l'on cherche à évaluer les besoins en effectifs médicaux, il ne faut pas oublier de constater que tous les médecins n'ont pas une activité directe de soins. Certaines activités générales, administratives, de contrôle, de prévention, de santé publique et autres sont tenues à juste titre par des médecins. Force est de comprendre qu'un étudiant en médecine ne fera pas forcément dans l'avenir un médecin de soins et de retenir ce fait dans les prévisions !

Des mesures sont nécessaires pour effacer ces difficultés : non seulement augmenter le *numerus clausus* à plus de 8 000 mais également mieux répartir les médecins dans les disciplines de soins et sur le territoire. Dans le secteur libéral les mesures contraignantes sont refusées par la majorité des jeunes, médecins ou encore étudiants... qui restent attachés à la liberté d'installation. Les mesures incitatives apparaissent trop lentement : elles sont du domaine économique, administratif et en cela de celui des pouvoirs publics. Elles sont aussi professionnelles, pour lutter contre l'isolement du médecin, pour lui permettre de se regrouper plus facilement avec des confrères, pour pouvoir aussi bénéficier d'une vie privée de meilleure qualité. C'est dans ce but que les articles du code de déontologie ont été modifiés.

Docteur Boris CHATIN
Conseil National de l'Ordre des Médecins

Professeur Jean LANGLOIS
Conseil National de l'Ordre des Médecins

SOMMAIRE

I. ÉTAT DES LIEUX.....	7
Les médecins en activité.....	10
Une croissance continue.....	10
Le solde des entrées et sorties.....	14
Le remplacement des médecins qui partent à la retraite.....	16
Le profil démographique des médecins en activité.....	21
Le vieillissement.....	21
La féminisation.....	24
Le cadre d'activité et le mode d'exercice.....	28
La spécialité.....	29
La répartition géographique.....	34
II. ANNEXES : TABLEAUX DÉTAILLÉS.....	37

ÉTAT DES LIEUX

Ce document dresse un état des lieux de la démographie médicale française. Il aborde successivement les questions de l'évolution des effectifs de médecins, des tendances démographiques majeures du corps médical, de la répartition des médecins en activité selon le cadre, le mode d'exercice, et la spécialité.

De nouveau cette année, ce rapport insiste tout particulièrement sur les médecins en activité dont l'activité est régulière¹ et ceux dont l'activité ne l'est pas (remplaçants ou temporairement sans activité).

Définition et source de données du Tableau de l'Ordre

1/ Définition

Les **médecins en activité** regroupent trois catégories de cadre d'activité :

- *Médecins en activité régulière* : médecins installés et disposant d'une adresse professionnelle.
- *Médecins remplaçants* : médecins non-installés ne disposant pas d'adresse professionnelle, à ce titre il n'est pas possible de connaître le mode d'exercice.
- *Médecins temporairement sans activité* : médecins qui, à la date du 31/12/2004, se déclarent sans activité.

Liste spéciale : médecins français exerçant à l'étranger qui souhaitent rester néanmoins inscrits à l'Ordre des Médecins.

~

2/ Source de données

Tout médecin, français, européen ou extra-européens (ces derniers étant soumis à des dispositions particulières, pour une présentation détaillée cf. étude n°34²), titulaire d'un doctorat de médecine ou d'un diplôme équivalent pour les européens, doit être inscrit à un tableau départemental de l'Ordre des Médecins pour pouvoir exercer la médecine en France (articles L.4111-1 et L.4111-2 du code de la santé publique).

Toutefois, certaines catégories de médecins ne sont pas comptabilisées dans le Tableau de l'Ordre : les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées, les médecins qui ayant la qualité de fonctionnaire de l'État et qui n'exercent pas dans les soins ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine (article L. 4112-6 du code de la santé publique) et plus généralement certains docteurs en médecine exerçant une autre activité professionnelle³.

Le médecin s'inscrit à l'Ordre dans son département d'exercice (en application de l'article L.4111-1-3 du Code de la santé publique). Il fournit notamment des informations sur son état civil, son cursus universitaire et ses qualifications, son activité professionnelle,... Ces informations, à caractère déclaratif, permettent d'établir le bilan démographique de la population médicale.

Les sorties du Tableau correspondent à des cessations définitives d'activité pour motifs de retraite, radiation (disciplinaire ou judiciaire), décès, ou autres (convenance personnelle,...). La baisse des cotisations pour les retraités conservant leur inscription à l'Ordre, ainsi que les cessations de paiement des cotisations pour les décédés et retraités, assurent une bonne mise à jour de ces sorties.

A l'échelon départemental, en cas de changement de département d'exercice, le médecin est radié du Tableau du département d'origine et nouvellement inscrit dans le département destinataire.

¹ De nombreux tableaux détaillés, en particulier concernant la répartition sur le territoire français des médecins en activité globale et régulière, sont disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr>

² Conseil National de l'Ordre des Médecins : « Démographie médicale française », Cnom, étude n°34, novembre 2001.

³ Certains médecins, qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, exercent dans des activités industrielles (ou autres salariées) et ne sont pas inscrits à l'Ordre des Médecins. Par conséquent, ils sortent du cadre de cette étude démographique.

Les médecins en activité

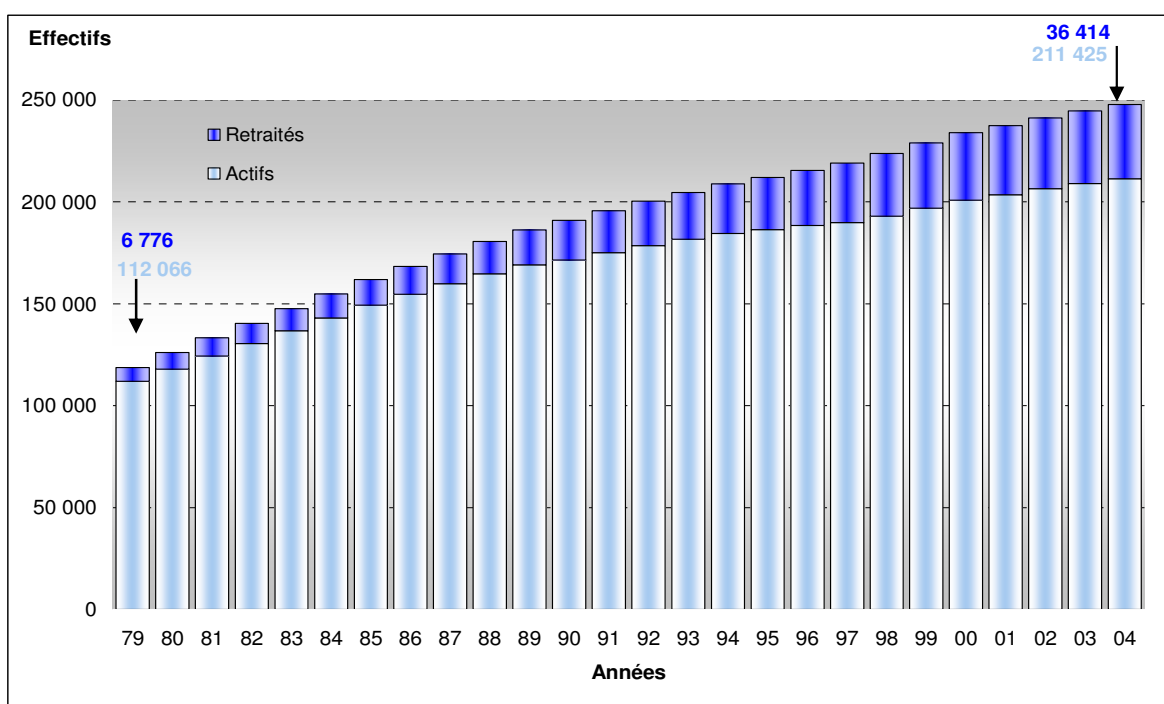
Une croissance continue

Au premier janvier 2005, l'effectif total des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre est de **247 839**, dont **211 425 en activité** et **36 414 retraités** (cf. *infra* pour une présentation de la source de données et Tableau 1.4 en annexe). Pour la métropole, les médecins en activité sont **205 864**, en progression de 1,2 % par rapport à 2004. Pour l'ensemble des départements français (Métropole et DOM), on recense donc **210 203** médecins en activité et **212 279** pour la France entière, en incluant les TOM.

Comme pour l'étude 37 de l'an dernier, le présent rapport distingue **les médecins en activité régulière** (92,5 % des médecins en activité) et les médecins non installés (4,6%), c'est-à-dire remplaçants, et temporairement sans activité (2,9%)⁴.

Ainsi en métropole, on dénombre **190 569 médecins en activité régulière** au 1^{er} janvier 2005, pour les DOM **3 941** et pour les TOM **1 064**.

Graphique 1.1
Effectifs des médecins inscrits à l'Ordre depuis 1979



Source : CNOM au 01/01/2005

Depuis un quart de siècle, le nombre des médecins en activité a augmenté de près de 89%. Après la forte croissance des effectifs durant les années quatre-vingt (+ 3,2 % par an en moyenne), les années quatre-vingt dix ont vu un net ralentissement de la progression (cf. Tableau 1.4, en annexe) : le taux de croissance a atteint son niveau le plus bas, moins d'un pour cent, en 1997.

⁴ Les annexes présentent pour la plupart, des tableaux des médecins en activité mais aussi des médecins en activité régulière. [Voir par exemple le tableau 1.7 qui donne la répartition par département des médecins selon le cadre d'activité].

Selon les dernières simulations de l'INSEE⁵, la population française métropolitaine compterait 59 982 763 habitants au premier janvier 2005. La densité médicale métropolitaine est ainsi passée de 206 pour 100 000 habitants en 1979 à **343 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2005** - soit une croissance d'environ 66,5%. Le calcul de la densité médicale présentée en détail (par départements) dans les tableaux 1.8a, 1.8b et 1.8c de l'annexe s'appuie sur les chiffres provisoires.

Pour les médecins en activité régulière, la densité médicale est égale à **318 médecins pour 100 000 habitants 1^{er} janvier 2005** (Cf. tableau 1.8b en annexe). Ce chiffre donne une image plus réaliste de l'offre effective de médecins sur le territoire.

La régulation des flux de formation s'effectue via le système du *numerus clausus* qui fixe le nombre de places offertes par concours à l'entrée de la deuxième année des études de médecine. La politique de régulation généreuse dans les années 70 (avec un *numerus clausus* supérieur à 8 000 avant 1978) est devenue plus rigoureuse au début des années 90 (3 500 places en 1992) afin de contrôler le nombre de médecins (le nombre de diplômés avait atteint 8 935 en 1980).

Ces dernières années marquent un retournement de tendance démographique et politique. Les générations nombreuses du *baby boom* vont partir à la retraite à compter de 2006. Ainsi, le rapport de dépendance démographique (c'est-à-dire le rapport des retraités sur les actifs), signe du vieillissement de la population (cf. section consacrée au vieillissement), est passé de 0,06 à 0,17 entre 1979 et 2005.

Les effectifs de médecins concernés par ce départ massif en retraite sont d'autant plus nombreux qu'ils ont bénéficié d'une politique de régulation des flux de formation avantageuse.

Pour pallier le retournement démographique, le *numerus clausus* a été augmenté de 51 % entre 2000 et 2005 (soit actuellement 6 200 places). L'effet de ciseau entre la courbe des diplômés et celle du *numerus clausus* (cf. graphique 2 des rapports 35 et 36) met en relief ce phénomène. L'augmentation du *numerus clausus*, annoncé à 7 000 en 2006 par l'ancien Ministre de la Santé, Philippe Douste Blazy, n'aura néanmoins d'effets sur le nombre effectif de médecins qu'au bout d'une dizaine d'années (le temps de formation d'un généraliste est de 10 ans, celui d'un spécialiste peut atteindre 14 ans).

En outre, la remontée des taux de croissance observée entre 1997 et 2000 traduit deux phénomènes.

1/ L'intégration au Tableau de l'Ordre de diplômés hors Union Européenne. Ces médecins exerçaient déjà en France pour la plupart, mais dans une situation comparable à celle des internes (souvent à des fonctions hospitalières temporaires) et n'étaient pas comptabilisés.

2/ Dans une moindre mesure, les cessations anticipées d'activité (Mica⁶) ont bénéficié à de nombreux médecins en 1997 et 1998, à l'origine d'une chute particulière à ces dates du taux de croissance des effectifs de médecins. Les années suivantes ont été caractérisées de ce fait par des sorties définitives moins nombreuses.

C'est pourquoi d'ores et déjà le Conseil national de l'Ordre des médecins propose de porter le *numerus clausus* à au moins 8 000. La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) a d'ailleurs réalisé des projections démographiques de la densité médicale à l'horizon 2050 (cf. graphique 1.2), sous l'hypothèse de constance des comportements et de départ à la retraite, à partir de quatre scénarii d'évolution du *numerus clausus* : 4 700, 6 000, 7 000 et 8 000⁷.

⁵ Cette année, les données de l'INSEE pour la population française par département, prises en compte dans ce rapport, sont issues des dernières projections disponibles. En effet, grâce à la méthode OMPHALE développée par l'INSEE, des simulations peuvent être entreprises pour connaître la structure démographique d'un territoire chaque année à partir du dernier recensement disponible. Nous disposons donc désormais de la population par département au 1^{er} janvier 2005 ce qui évite les décalages temporels entre la démographie médicale et celle de la France, comme c'était le cas dans les rapports précédents. Les densités obtenues ne sont donc pas directement comparables avec celles de l'année dernière.

⁶ Le Mica - ou allocation de remplacement - créée en janvier 1988 et modifiée en avril 1996, permettait au médecin de bénéficier d'une retraite anticipée. Ce dispositif a été supprimé fin 2003.

⁷ Lire : le rapport Berland, Mission « Démographie des professions de santé », novembre 2002.

Scenarii d'évolution du *numerus clausus*

Si le *numerus clausus* était resté à 4 700, la densité médicale aurait diminué de 20 % en 2020 (et le nombre de médecins de 24 %). Même pour les hypothèses les plus hautes de *numerus clausus*, le choc démographique produit son effet (cf. graphique 1.2). Un *numerus clausus* à 8 000 en 2003 n'aurait pas évité une baisse de la densité médicale, et ce jusqu'en 2025. Néanmoins, sous cette hypothèse tout au long de la période, la densité médicale retrouverait le niveau de 2002 en 2037 pour atteindre ensuite des niveaux plus élevés.

Plus récemment, Bui Dang Ha Doan, Lévy et Pavot (2004⁸) ont tenté de déterminer l'effet du *numerus clausus* sur la démographie médicale à l'horizon 2050. Deux hypothèses de *numerus clausus* sont considérées : 6 000 et 8 000 (avec pour chacune trois variantes). Leurs résultats montrent, toutes choses égales par ailleurs, que si on adopte en 2007 un *numerus clausus* de 8 000, la population de médecins augmentera en 2020 de 6 500 par rapport à l'an 2000. *A contrario*, le choix en 2007 d'un *numerus clausus* de 6 000 conduit à une baisse du nombre de médecins de 6 500.

D'après ces projections, plus optimistes que celles de la DREES, pour un *numerus clausus* de 8 000 dès 2007, la densité médicale reste au-dessus de 310 pour la période 2000-2050.

Les projections à l'horizon 2020 sont relativement fiables. Au-delà de 2020, aux incertitudes portant sur les outils de régulations (*numerus clausus*) s'ajoutent en particulier les incertitudes démographiques de fécondité mais aussi les comportements de cessation d'activité, les effets de la montée en charge de la réforme Fillon et la féminisation du travail.

Le graphique 1.2 (page suivante) présente 4 de leurs 6 hypothèses de travail :

- Le scénario 8000 (1) correspond à un *numerus clausus* de 8 000 en 2007 puis constant ensuite.
- Le scénario 8 000 (2) s'appuie sur une hypothèse de 8 000 places offertes en 2007 puis une baisse à partir de 2022 jusqu'à un seuil de 5 000 à partir de 2026.
- Le scénario 7 000 (1) correspond à un *numerus clausus* de 7 000 en 2007 puis constant ensuite.
- Enfin, le scénario 7 000 (2) s'appuie sur une hypothèse de 7 000 places offertes en 2007 puis une baisse à partir de 2022 jusqu'à un seuil de 5 000 à partir de 2026.

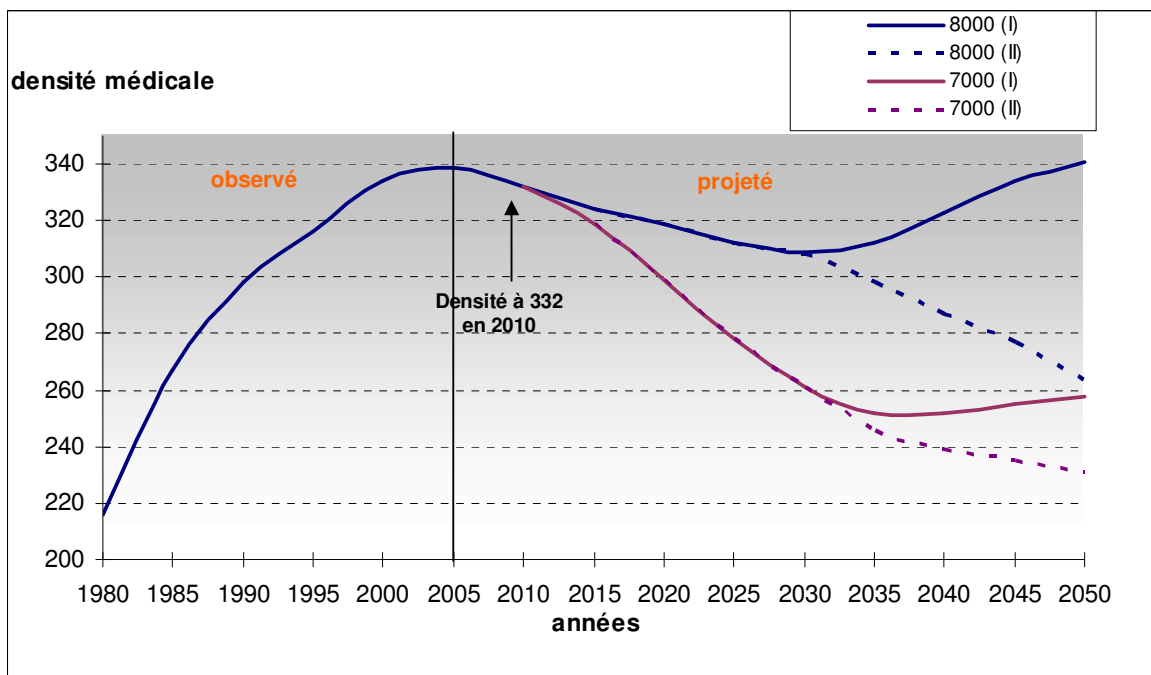
Notons que le scénario central actuellement retenu par la DREES⁹ est celui d'une augmentation du *numerus clausus* à 7 000 places à partir de 2006, ce niveau restant constant jusqu'en 2025 : toutes choses égales par ailleurs, le nombre de médecins diminuerait de 9,4% sur l'ensemble de cette période pour atteindre 186 000 ; cela représenterait une densité médicale (activité globale) de 283 médecins pour 100 000 habitants en 2025, caractérisée par une sur-représentation féminine. Le solde négatif s'explique par la forme actuelle de la pyramide des âges.

Dans le cadre de ce scénario central, on suppose que le nombre de postes de spécialistes offerts à l'examen national classant est égal à la moitié du *numerus clausus* 5 ans auparavant. On observerait ainsi une moindre diminution de l'effectif de généralistes (-3,4%) que de spécialistes (-15,1%, cette baisse touchant particulièrement la psychiatrie, l'ophtalmologie et l'ORL).

⁸ Bui Dang Ha Doan, Lévy et Pavot, « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050), Quel *numerus clausus* pour quel avenir ? », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004.

⁹ Quatre hypothèses alternatives sont également considérées par rapport au scénario central : élévation du *numerus clausus* à 8000, variation de la proportion de généralistes et de spécialistes à l'ENC et variation des parts relatives des spécialités médicales et chirurgicales ; pour plus de détails, Cf. DREES, Bessière, Breuil-Genier, Darriné, La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, Etudes et résultats n°352. Concernant la situation des régions, voir également l'Etudes et résultats n°353 de la DREES.

Graphique 1.2
Évolution et projection de la densité médicale selon le *numerus clausus* (Métropole)
Effectifs globaux, toutes disciplines confondues.



Source: « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », *Quel numerus clausus pour quel avenir ?*, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004.

Le solde des entrées et sorties

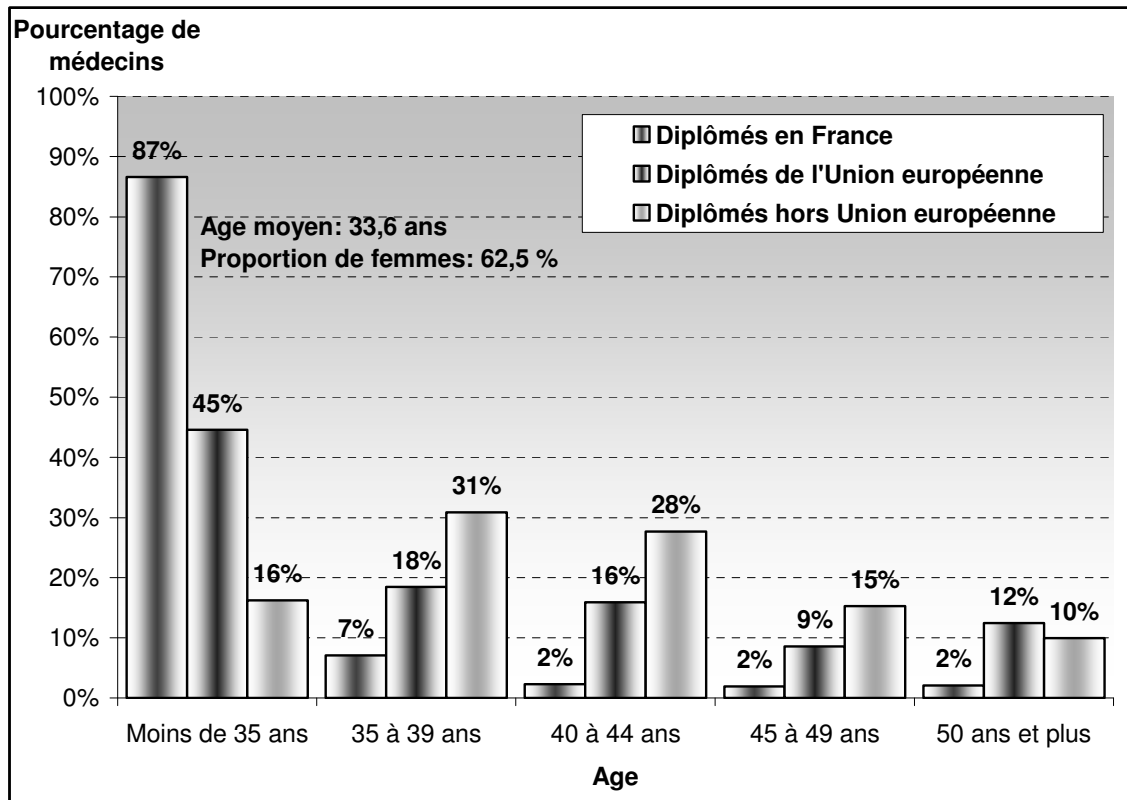
Le solde des entrées et des sorties dans le Tableau détermine l'évolution des effectifs des médecins en activité (détails par département et par spécialité donnés en annexe, cf. tableaux 1.6 et 1.10 de l'annexe).

Les entrées

En 2004, **5 098 médecins en activité se sont inscrits** à l'Ordre (4 981 en métropole, cf. tableau 1.17 de l'annexe, et 117 dans les DOM-TOM), soit une baisse assez sensible par rapport à l'année précédente (avec 5 465 nouveaux inscrits).

Le nombre de nouveaux inscrits demeure plus faible qu'en 2000 (6 224). Ce ralentissement s'explique en grande partie par la forte diminution des procédures de régularisation de la situation des médecins diplômés en dehors de l'Union Européenne. Ils représentent en 2004, 12,5 % des nouveaux inscrits (soit 622 personnes) contre 25 % en 2000 (1 559).

Graphique 1.3a (médecins, total en activité)
Répartition par tranches d'âge des nouveaux inscrits selon l'origine du diplôme



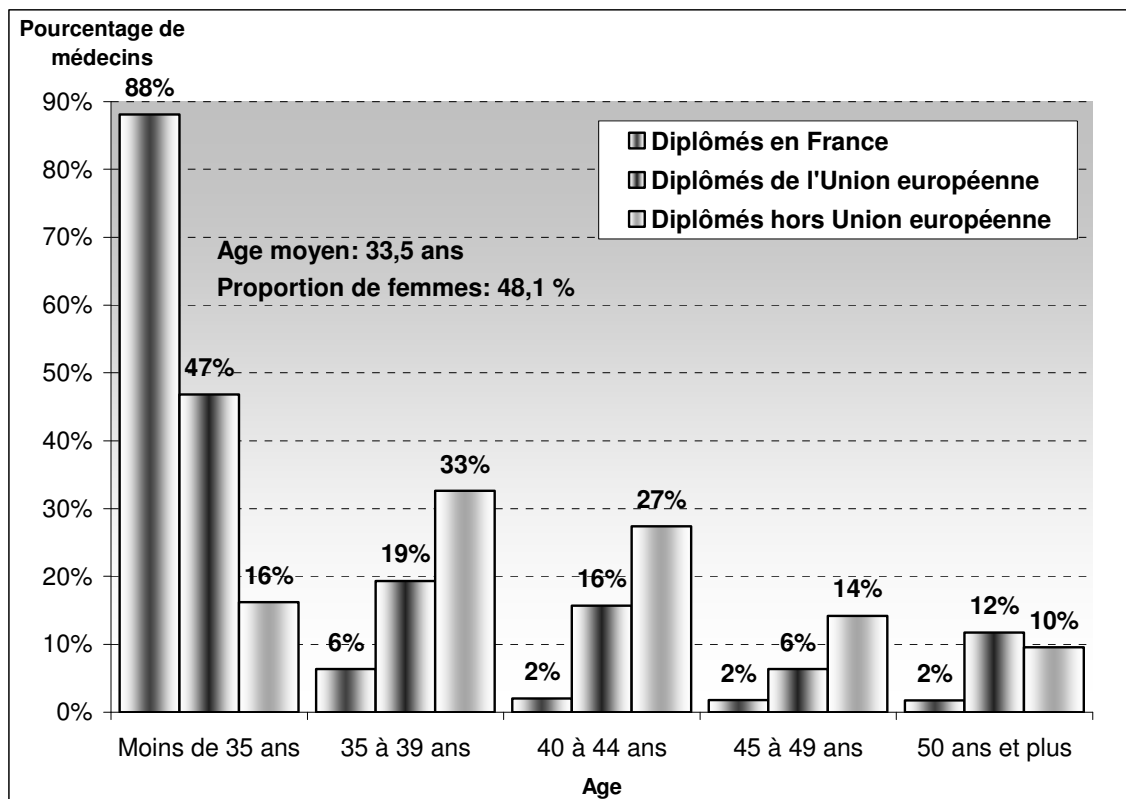
Source : CNOM au 01/01/2004

Bien que le nombre de nouveaux inscrits ait diminué par rapport à l'an dernier, les professions de santé se féminisent et se spécialisent davantage. **Pour la deuxième année consécutive, les femmes sont plus nombreuses (50,9 %) que les hommes à s'inscrire à l'Ordre des médecins** (cf. Graphique 1.3a).

En France métropolitaine, les médecins qui s'inscrivent sont en moyenne âgés de **33,5 ans**, les femmes étant plus jeunes que les hommes (32,4 ans contre 34,6 ans) (cf. tableau 1.17 en annexe).

Cet âge moyen est relativement élevé compte tenu de l'âge théorique de fin d'étude, entre 25 et 29 ans, ce qui s'explique par le processus plus ou moins long de l'installation et par le fait que l'inscription des médecins étrangers survient à un âge plus avancé. En effet, 87 % des diplômés français s'inscrivent avant 35 ans, mais seulement 45 % des diplômés de l'Union Européenne et 16 % des diplômés en dehors de l'Union Européenne.

Graphique 1.3b (médecins en activité régulière)
Répartition par tranches d'âge des nouveaux inscrits selon l'origine du diplôme



Source : CNOM au 01/01/2004

Les médecins (nouveaux inscrits) “en activité régulière” forment une **population plus âgée, plus masculine et plus spécialisée**. Les cadres d'activité de type “temporairement sans activité” et “remplaçants” touchent davantage de jeunes femmes (voir graphiques 1.6b et 1.6c).

Ce découpage en cadre d'activité permet donc de relativiser la montée de la féminisation puisque les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être en activité régulière et nouvellement inscrits.

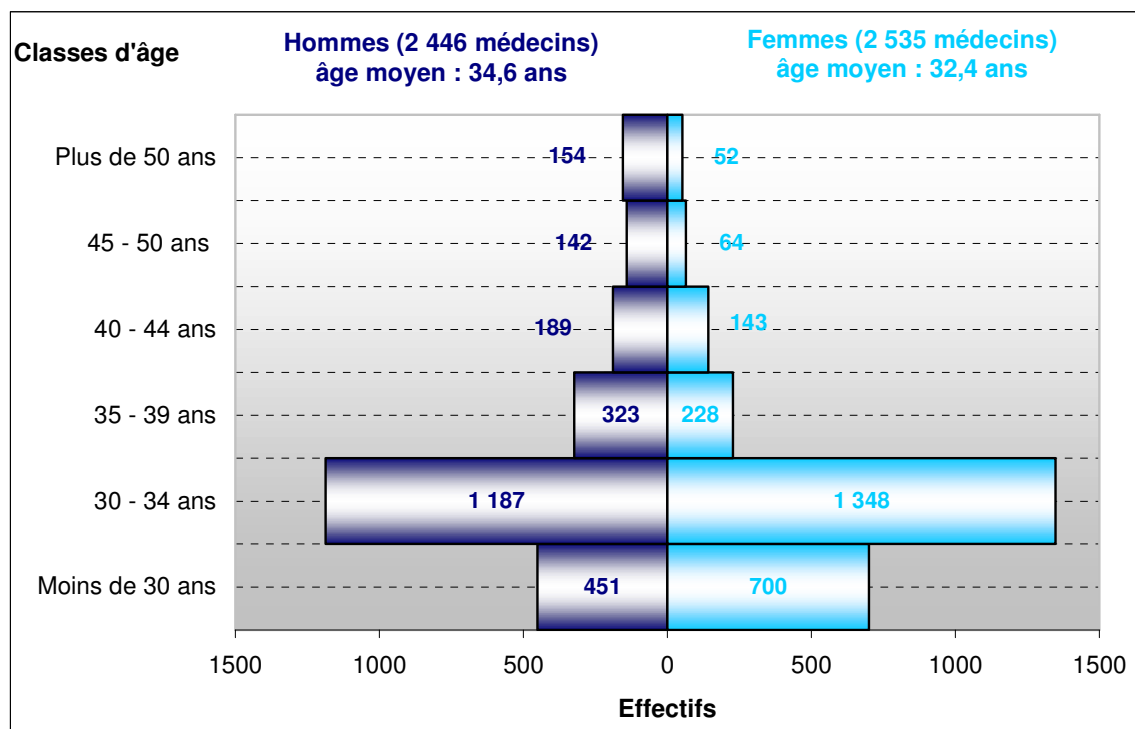
Bien que n'ayant pas de chiffres précis sur la ventilation des nouveaux inscrits, il est plus que probable que dans ces médecins, une majorité exerce une activité de remplaçant. Dans une prochaine étude, le CNOM se penchera sur la catégorie « médecins remplaçants ».

Comme l'indiquent le graphique suivant (1.4a), les nouveaux inscrits après 40 ans sont relativement peu nombreux. Ce sont des praticiens qui changent de nature d'exercice et surtout de lieu d'installation puisque, lorsque l'on quitte un département pour un autre, il faut à nouveau s'inscrire au tableau du conseil de ce département.

Ceux de 30-34 ans sont les jeunes médecins qui s'installent en cabinet libéral et surtout les plus nombreux forment la cohorte des chefs de clinique, des assistants et des remplaçants qui ont l'obligation légale d'être inscrits à l'ordre pour avoir le droit du plein exercice.

Le groupe des 35-39 ans correspond à une situation intermédiaire aux deux cohortes précédentes, avec probablement un fort pourcentage de spécialistes qui s'installent pour la première fois en activité définitive dans un lieu différent de celui de leur fonction précédente.

Graphique 1.4a (Métropole)
Pyramide des âges des 4 981 médecins nouveaux inscrits

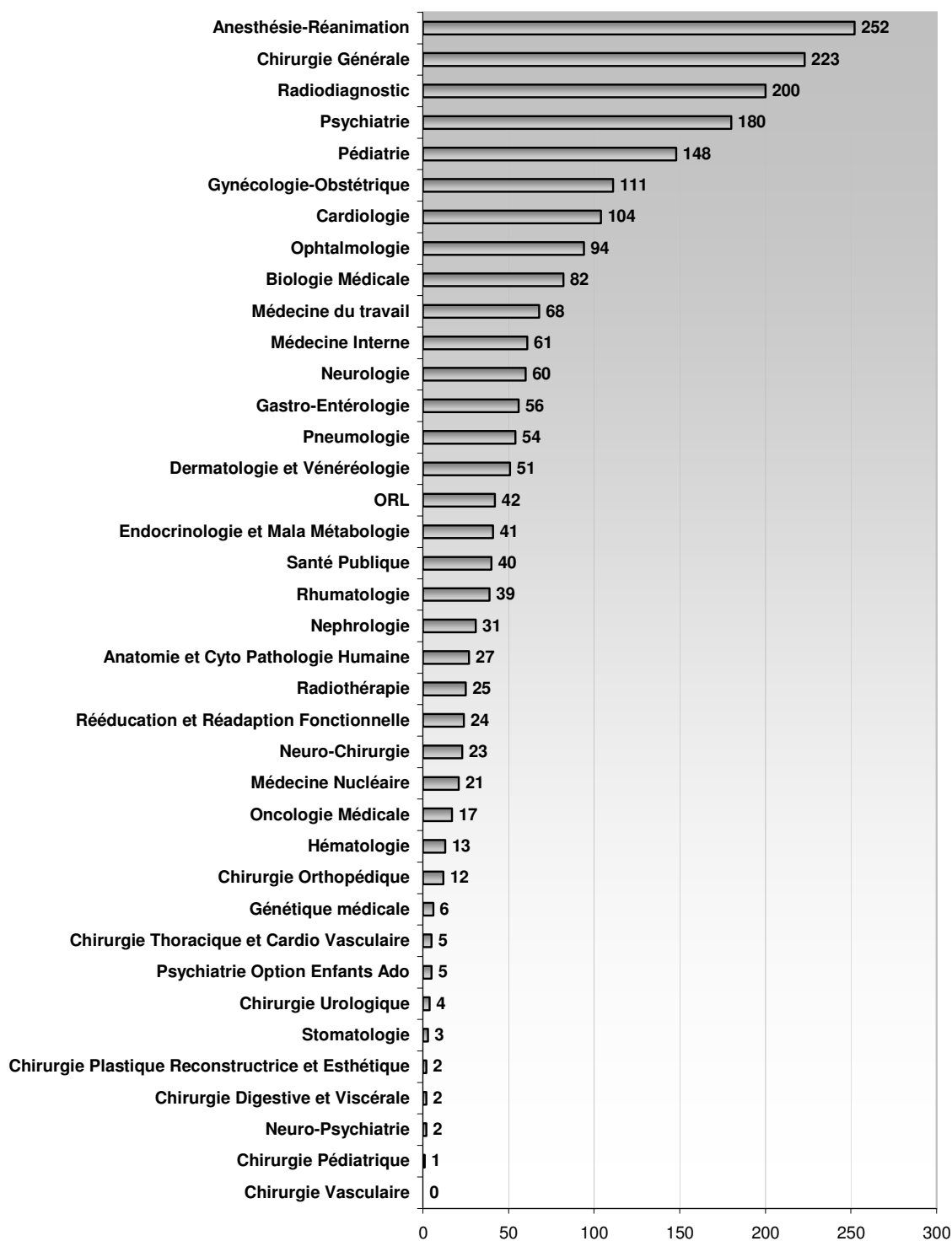


Source : CNOM au 01/01/2005

Par ailleurs, deux textes législatifs récents permettent aux médecins retraités de poursuivre une activité médicale, ce qui peut permettre à court terme de pallier certains déficits démographiques :

- En application de la loi sur les retraites du 23 août 2003, les médecins bénéficiaires d'une pension de retraite de la CARMF sont susceptibles de cumuler cette pension avec une activité libérale à titre de remplaçant ou à tout autre titre. La reprise d'activité doit être, dans son contenu, conforme à l'exercice antérieur du praticien. Au 27 juin 2005, le tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins a répertorié 573 médecins dans cette situation.
- En outre, selon les dispositions de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale 2004, les bénéficiaires du MICA sont autorisés à participer au dispositif de permanence des soins. En l'état actuel des choses, seul le statut de médecin remplaçant d'un médecin conventionné permet au bénéficiaire du MICA d'intervenir auprès des assurés sociaux.

Graphique 1.4b (Métropole)
Répartition des médecins nouveaux inscrits
(pour les spécialités médicales et chirurgicales)



Note : La gynécologie médicale est en fait une nouvelle spécialité médicale ;
 les étudiants qui ont choisi cette filière ne sortiront diplômés qu'en 2007
 Source : CNOM au 01/01/2005

Les sorties

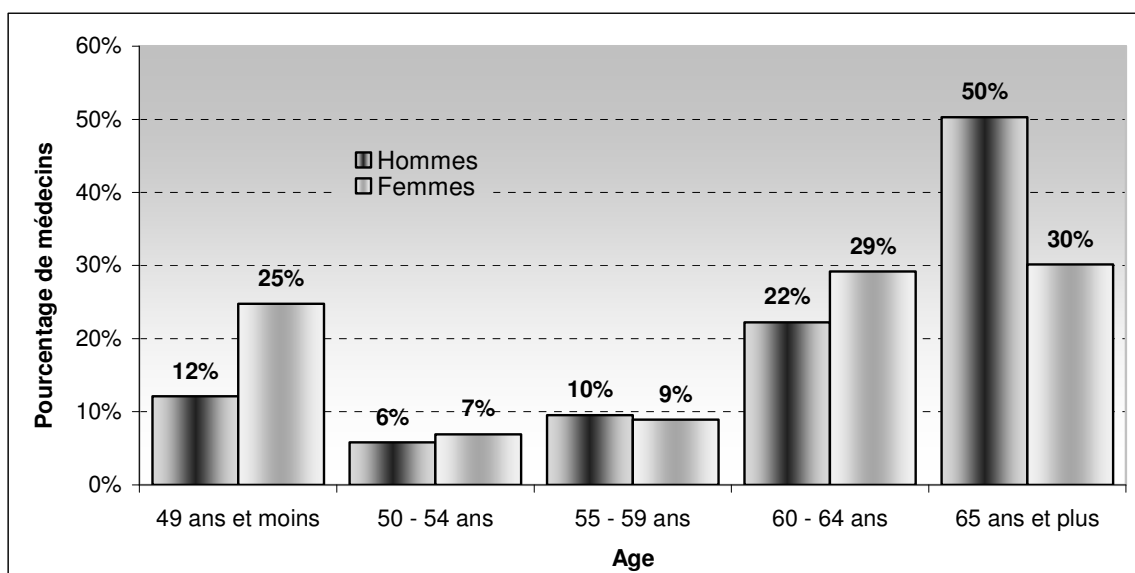
En 2004, ce sont 2 905 médecins (dont 2 831 en France métropolitaine) qui sont sortis du Tableau (décès, radiation, retraite), soit une diminution annuelle de près de 24%. Cette diminution conséquente s'explique essentiellement par le plébiscite important observé en 2003 pour le dispositif de cessation anticipée d'activité (MICA). En effet, depuis le 1^{er} Octobre 2003, les médecins ne peuvent plus bénéficier de ce dispositif : la loi a avancé à cette date la clôture du MICA, initialement fixée au 31 décembre 2004. Ainsi de nombreux médecins (1 139) ont cessé leur activité en 2003 pour bénéficier de cette allocation de remplacement appelée à disparaître ; c'est-à-dire plus de trois fois le nombre de bénéficiaires enregistrés par la Caisse d'Allocation Retraite des médecins français (CARMF) en 2002.

L'âge moyen de sortie du Tableau est désormais de 59 ans (contre 65,4 ans en 2002 et 63,8 ans en 2003), en baisse compte tenu de la fin du dispositif du MICA et de ses répercussions actuelles (une part notable des médecins âgés de plus de 60 ans sont sortis avant 2004). Plus précisément, les femmes sortant du Tableau sont en moyenne âgées de 55,8 ans et les hommes de 60,3 ans.

Une majorité d'hommes sortants cessent leur activité après 64 ans (50%), alors que les femmes sont moins de 30 %.

Près de 60% des femmes et de 72% des hommes partent après 60 ans. On constate, en outre, que les cessations d'activité très précoces (avant 50 ans) concernent davantage les femmes (25 %) que les hommes (12 %).

Graphique 1.5
Répartition par tranches d'âge des médecins sortants selon le sexe (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

La fin des MICA et les dispositions de la loi portant réforme des retraites vont probablement jouer un rôle prépondérant sur l'âge de cessation d'activité. La baisse de la décote, la possibilité de rachat d'années d'études supérieures et la possibilité d'un cumul d'une retraite minorée et d'une activité libérale entre 60 et 65 ans favorisent le choix du départ (départ « à la carte ») en retraite avant 65 ans.

A moyen et long terme, la nécessité de cotiser davantage (41 années en 2012) et la surcote (0,75 % par trimestre supplémentaire) vont jouer dans le sens d'un départ en retraite plus tardif.

La situation actuelle et les perspectives à moyen/long terme

Chaque année un arrêté ministériel paraît au J.O. qui fixe le nombre de places offertes au concours de recrutement d'internes DES dans les différentes disciplines et par faculté. Ces futurs internes seront les spécialistes diplômés des années ultérieures.

Tableau 1.1a
Nombre de postes offerts dans les spécialités pour l'année universitaire 2004-2005
 (Arrêté du 30 Avril 2004 – JO du 4 Mai 2004)

	Ile de France	Nord-est	Nord ouest	Rhône alpes	Ouest	Sud	Sud ouest	Antilles	Total
Spécialités médicales	129	120	133	68	128	80	96	6	760
Spécialités chirurgicales	66	55	58	31	72	38	52	8	380
Médecine générale	450	343	257	195	238	135	157	66	1 841
Anesthésie réanimation	32	39	43	26	37	28	35	3	243
Biologie médicale	13	9	5	3	12	6	9	1	58
Gynécologie médicale	3	3	2	1	4	1	2	0	16
Gynécologie-Obstétrique	31	22	28	12	27	17	18	3	158
Médecine du travail	13	9	16	5	5	4	9	0	61
Pédiatrie	35	35	35	17	29	19	21	5	196
Psychiatrie	30	35	41	19				1	126
Santé publique	15	14	10	4	11	5	14	2	75
Total	817	684	628	381	595	361	437	95	3 998

Note : il s'agit de places offertes au concours de recrutement de l'internat qualifiant, et ce ne sont pas donc des places forcément occupées lors du choix des internes DES reçus au concours.
 Source : CNOM au 01/01/2005

La formation Hospitalo-universitaires des DES dure 4 ou 5 ans selon la spécialité. A ce temps il convient d'ajouter au moins 2 années de formation complémentaire dans un DESC et dans le Clinicat. Cela fait une durée supplémentaire de formation d'environ 6 à 8 ans.

Jusqu'à cette année, le nombre des généralistes formés chaque année était déterminé par défaut en fonction du nombre de postes de spécialité dans l'internat et à l'intérieur du nombre d'étudiants fixé préalablement par le *numerus clausus*. Le recrutement va changer : les généralistes sont formés depuis 3 ans par l'internat qualifiant en médecine générale et la première promotion sortira en 2007 et sera alors de 1 841 médecins.

Tableau 1.1b
Nombre de postes offerts dans les spécialités pour l'année universitaire 2005-2006
 (arrêté du 25 Mai 2005 – JO 31 mai 2005)

	Ile de France	Nord-est	Nord ouest	Rhône alpes	Ouest	Sud	Sud ouest	Antilles Guyane	Total
Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
Spécialités chirurgicales	89	81	97	42	101	56	75	9	550
Médecine générale	474	555	396	227	348	137	197	66	2400
Anesthésie réanimation	35	39	43	25	38	26	33	3	242
Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
Gynécologie médicale	5	2	3	0	4	2	4	0	20
Gynécologie-Obstétrique	32	20	27	11	26	16	16	2	150
Médecine du travail	10	10	13	4	8	4	7	0	56
Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
Total	891	935	822	426	755	372	511	91	4 802

Source : CNOM au 01/01/2005

La réforme des études médicales (2002)

Les articles 60 et suivants de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale réforme la procédure d'accès au troisième cycle des études médicales et met ainsi fin aux dispositions trop contraignantes de la loi de Janvier 1982 portant réforme des études médicales qui avait institué le concours de l'internat qualifiant, unique voie d'accès à la qualification de médecin spécialiste pour les étudiants entrant en troisième cycle des études médicales à partir d'Octobre 1984. De même, la loi de Janvier 2002 intègre la médecine générale parmi les spécialités médicales : elle permet ainsi de rendre cette discipline attractive pour les jeunes générations d'étudiants et d'éviter de leur laisser croire que la médecine générale est une discipline choisie par défaut, après échec aux épreuves du concours de l'internat qualifiant.

La médecine générale a une formation d'une durée de 3 ans : la première génération d'étudiants inscrits au diplôme d'études spécialisés de médecine générale (DES) a débuté son internat en Octobre 2004. C'est donc en Octobre 2007 que les premiers spécialistes diplômés en médecine générale seront inscrits sur la liste des médecins spécialistes en médecine générale au tableau de l'ordre des médecins.

Pour remédier aux dispositions trop contraignantes de la loi de Janvier 1982, la loi de modernisation sociale de 2002, dans son article 60- V-4° a prévu une ouverture d'accès à la qualification de spécialiste pour les médecins déjà diplômés et inscrits au tableau. Pour rappel, on indiquera que l'accès aux commissions de qualification ne concernait jusqu'à présent que les médecins ne relevant pas de la loi de 1982, appelés communément « médecins relevant de l'ancien régime des études médicales » parce que diplômés avant la mise en application en Octobre 1984 de la loi de Janvier 1982. Seules quelques lois éparses et ne concernant qu'un nombre très limité de disciplines autorisaient l'accès à ces commissions de qualification pour les médecins relevant du nouveau régime des études médicales (ex : génétique médicale, oncologie...).

Le décret du 19 Mars 2004 et l'arrêté du 30 juin 2004 permettent à **tout médecin inscrit au tableau**, quel que soit le régime d'études médicales dont il relève, quelle que soit la nationalité de son diplôme, de constituer un dossier de demande de qualification (qui sera examiné par les commissions de qualification) et de solliciter par là même une qualification en qualité de médecin spécialiste. Les spécialités concernées sont celles qui sont actuellement enseignées sous la forme d'un diplôme d'études spécialisées (la liste en est fixée par la Direction des enseignements supérieurs en concertation avec le Ministère de la santé).

De ce fait, ont été créées des commissions de qualification en médecine générale qui seront habilitées à émettre un avis technique sur les dossiers des médecins qui sollicitent le titre de médecin spécialiste en médecine générale. Dans l'avenir, le CNOM intégrera dans la liste de spécialistes en médecine générale, les médecins non issus de la réforme de 2002 qui auront obtenu par la voie des commissions leur qualification de médecin spécialistes en médecine générale. Cependant, pour intégrer le plus rapidement possible la notion de spécialité de médecine générale, il a été décidé d'intégrer dans le tableau 1.10 de l'annexe la médecine générale parmi les disciplines spécialisées.

Deux facteurs compensatoires sont venus pallier les insuffisances numériques passées de recrutement :

⇒ **Le MICA** : 3 838 médecins en métropole ont cessé leur activité en 2003, 3 688 sont âgés de 65 en plus, et tous n'ont pas forcément pris leur retraite cette année. La différence peut s'expliquer par l'action du MICA.

⇒ **L'apport de médecins diplômés dans les universités non européennes** : de 1991 à 2002, 8 127 médecins formés et diplômés hors de France et d'Europe ont reçus l'autorisation par le Ministre d'exercer la médecine en France (sources : les arrêtés parus au J.O. chaque année). Sur cet ensemble 7 265 ont été recrutés dans les cinq dernières années ! Bien que des doublons puissent exister avec les PAC, eux-mêmes recrutés au nombre de 5.736 entre 1996 et 2002 inclus, cela représente un apport considérable de nouveaux inscrits à l'Ordre dans les années considérées. De ce fait s'explique en partie la situation démographique présente encore favorable.

Les **effectifs des retraités** et ceux issus du **numerus clausus** varient d'une année à l'autre et pour tenir également compte des difficultés et incertitudes signalées plus haut, les calculs ont été faits sur des périodes de 5 années avec des résultats annuels moyennés (voir tableau ci-dessous).

Tableau 1.1c : Remplacement des retraités âgés de 65 ans et en activité globale (Métropole et D.O.M)

Médecins retraités à 65 ans			Nouveaux diplômés			Différence
Année de départ à 65 ans	Nombre de médecins	Nb. moyen annuel sur 5 ans	Année d'entrée en études de médecine	Numerus clausus	Nb. moyen annuel en activité	
2005	1 495		1993	3 750		
2006	1 648	2 930	1994	3 570	3 601	+670
2007	2 417		1995	3 576		
2008	2 918		1996	3 576		
2009	3 613		1997	3 583		
2010	4 056		1998	3 700		
Total	16 062			18 005		-1 943
2011	5 955	7 982	1999	3 850	4 490	-3 492
2012	7 571		2000	4 100		
2013	8 401		2001	4 700		
2014	8 981		2002	4 700		
2015	9 001		2003	5 100		
Total	39 909			22 450		-17 459
2016	8 984	8 839	2004	5 550	?	?
2017	8 892		2005	6 500		
2018	8 841		2006	7 000 ?		
2019	8 917		2007	?		
2020	8 559		2008	?		
Total	44 193					
2021	8 782	7 962	2009	?	?	?
2022	8 445		2010	?		
2023	8 257		2011	?		
2024	7 443		2012	?		
2025	6 885		2013	?		
Total	39 812					

Note : compte tenu de la longue durée des études médicales, un étudiant entrant en médecine ne sera un médecin diplômé en activité que 12 ans plus tard en moyenne. En colonne 3 figure le nombre moyen annuel de départs en retraite à 65 ans dans la période considérée, en 6 le nombre annuel moyen des nouveaux médecins attendus et en 7 le bilan total et annuel moyen.

Source : CNOM au 01/01/2005

Lorsque les médecins s'inscrivent au conseil départemental de l'Ordre, ils déclarent leur date de naissance. L'année de leur retraite est ainsi connue. Jusqu'à cette année, l'âge moyen de retraite se situait à 65,4 ans. Mis à part les arrêts d'activité aléatoires qui sont en très faible quantité, le nombre des départs en retraite est ainsi prévisible chaque année.

Le tableau ci-dessus donne le nombre des retraités à 65 ans, chaque année à venir jusqu'en 2025 : en colonne 2 le total sur 5 années et en 3 le nombre moyen annuel de chaque groupe.

Le nombre des étudiants nouvellement diplômés au bout d'une scolarité moyenne de 12 années sont supposés entrer alors en activité professionnelle. Le nombre de nouveaux médecins est connu par celui du *numerus clausus* 12 ans plus tôt (colonne 5) et le chiffre moyen annuel est ainsi calculé.

Ainsi pour la période 2006-2010, il y a davantage d'entrées que de départs en retraite : l'excédent moyen annuel est de + 670 (+ 978 si on inclut 2005).

Par contre, dans la période 2011-2015, le déficit annuel devient grave : - 3 492. C'est à partir de 2011 et peut-être avant que les retraités ne seront plus tous remplacés.

En 2016-2020, les calculs ne peuvent être faits sur la période complète puisque le *numerus clausus* des années 2007 et 2008 est inconnu et que celui de 7 000 annoncé par l'ancien ministre de la santé M. Douste-Blazy n'est pas encore confirmé. Néanmoins, si l'on s'en tient aux trois années 2016-2018, le déficit moyen annuel serait de - 2 555.

En regardant attentivement le nombre prévisible des retraités à 65 ans de 2013 à 2023, on voit bien qu'un *numerus clausus* à 8 000 au moins est indispensable pour les remplacer, à moins que l'objectif de la politique de santé soit de réduire davantage, dans l'avenir, le nombre des médecins. Tout ceci confirme de façon claire la crise grave en effectifs annoncée vers 2017.

Il a été dit plus haut, que pour la première fois l'âge moyen de retraite des médecins passerait cette année à 59 ans. Il est probable que ce soit là un effet secondaire du MICA. Si cette tendance devait se confirmer, il conviendrait de revoir les prévisions et de refaire le tableau précédent (1.1c). Les chiffres en seraient fortement aggravés.

Le profil démographique des médecins en activité

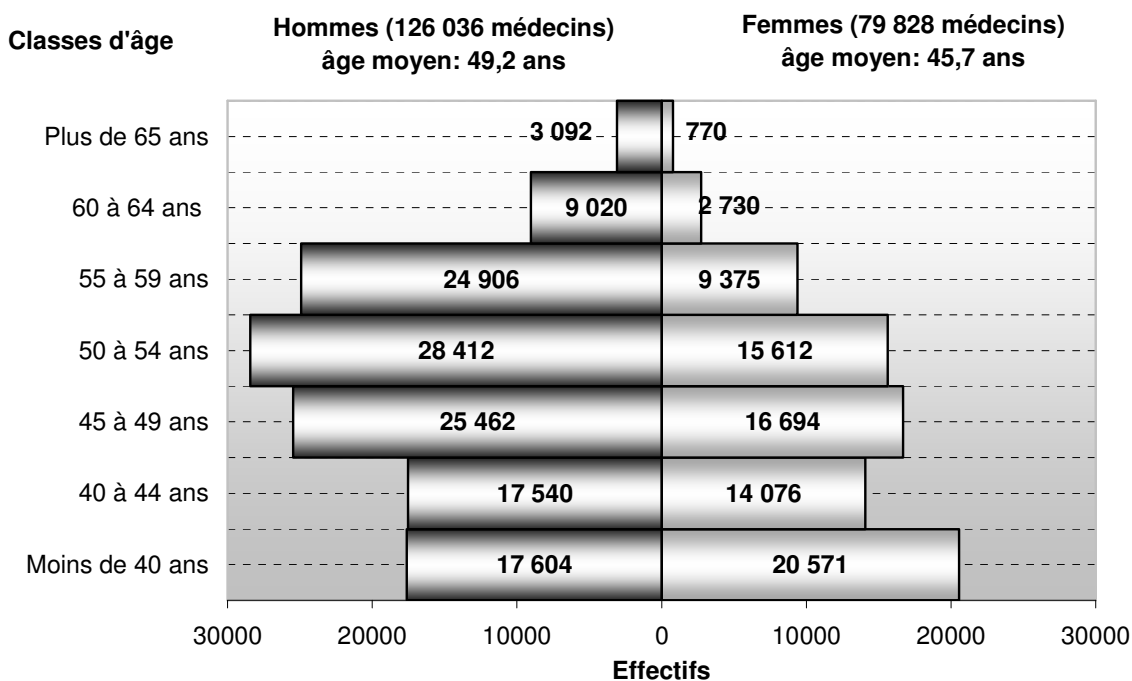
Le vieillissement

L'âge moyen des médecins en activité est de **47,9 ans** (respectivement 45,7 ans pour les femmes et 49,2 ans pour les hommes). Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité traduit un **vieillissement marqué de la population médicale** (cf. Graphique 1.6a), malgré l'apport significatif des femmes parmi les générations de moins de 40 ans. Ainsi, l'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. D'ici 10 ans, les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes : les médecins font partie des professions de santé présentant la part la plus importante de praticiens âgés de 55 ans et plus¹⁰.

Le vieillissement est un fait constaté et il n'est que le témoin d'une cause beaucoup plus grave : un **recrutement très insuffisant de jeunes médecins**, ce qui explique les difficultés pour recruter les remplaçants et trouver les successeurs au moment des départs. L'appauvrissement en jeunes médecins explique aussi : les difficultés de garde, de la permanence des soins, car la réponse aux urgences devient pénible avec l'âge, l'absence à la formation médicale continue des moins jeunes qui ne peuvent se faire remplacer et dans une certaine mesure le risque d'éloignement du progrès médical et scientifique par les médecins qui ne peuvent plus se former. Ce vieillissement accru du corps médical peut donc poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité (gardes, urgences...) sont importantes, mais également dans le dynamisme et le renouvellement de la compétence qui sont fortement corrélés à la proximité des études médicales.

Nous présentons dans les graphiques suivants la pyramide des âges pour tous les médecins en activité (graphique 1.6a et tableau 1.5a en annexe) puis ceux dont l'activité est régulière (graphique 1.6b et tableau 1.5b en annexe) et, ensemble, ceux "temporairement sans activité" et "remplaçants" (graphique 1.6c).

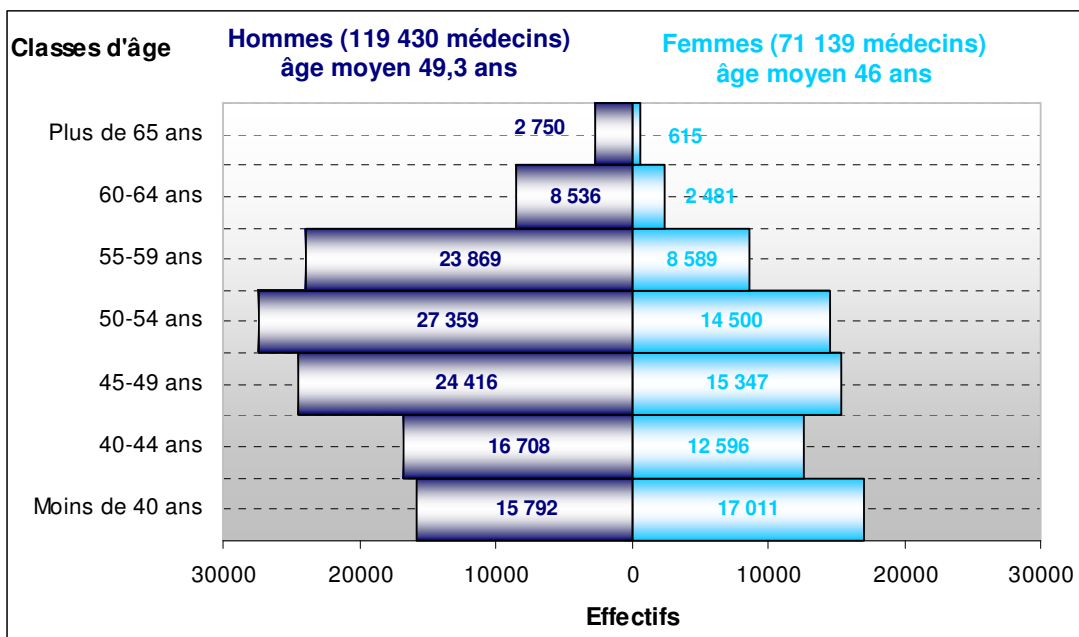
Graphique 1.6a
Pyramide des âges des 205 864 médecins en activité (activité globale) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

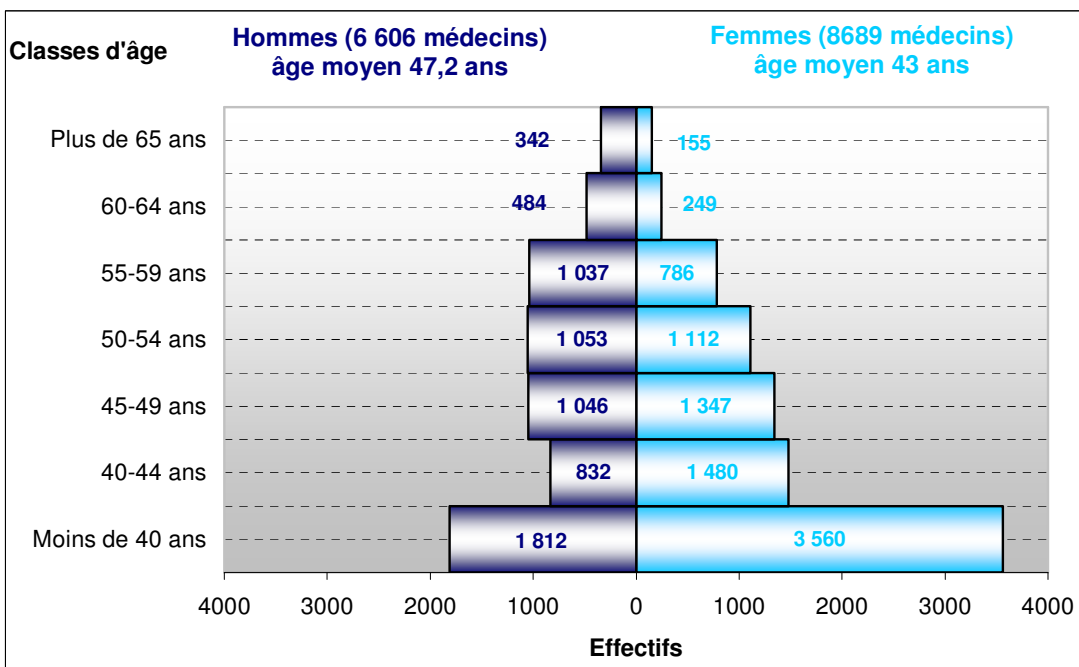
¹⁰ Voir « Le rapport 2004 » de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé pour une analyse comparée avec les autres professions de santé.

Graphique 1.6b
Pyramide des âges des 190 569 médecins en activité régulière (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

Graphique 1.6c¹¹ (Métropole)
Pyramide des âges des 15 295 médecins remplaçants ou temporairement sans activité



Source : CNOM au 01/01/2005

¹¹ Attention ces 2 graphiques ne sont comparables que par la forme des pyramides et non sur les effectifs ; l'échelle n'étant pas la même.

La comparaison de la forme des pyramides des médecins en activité régulière ou irrégulière (“remplaçants” ou “temporairement sans activité”) est particulièrement frappante.

La forme de la pyramide des médecins en activité régulière est similaire à celle de la totalité des médecins en activité (graphique 1.6a). Elle se caractérise par une forte population des classes 45-55 ans, un vieillissement de la pyramide des âges et une féminisation des jeunes médecins.

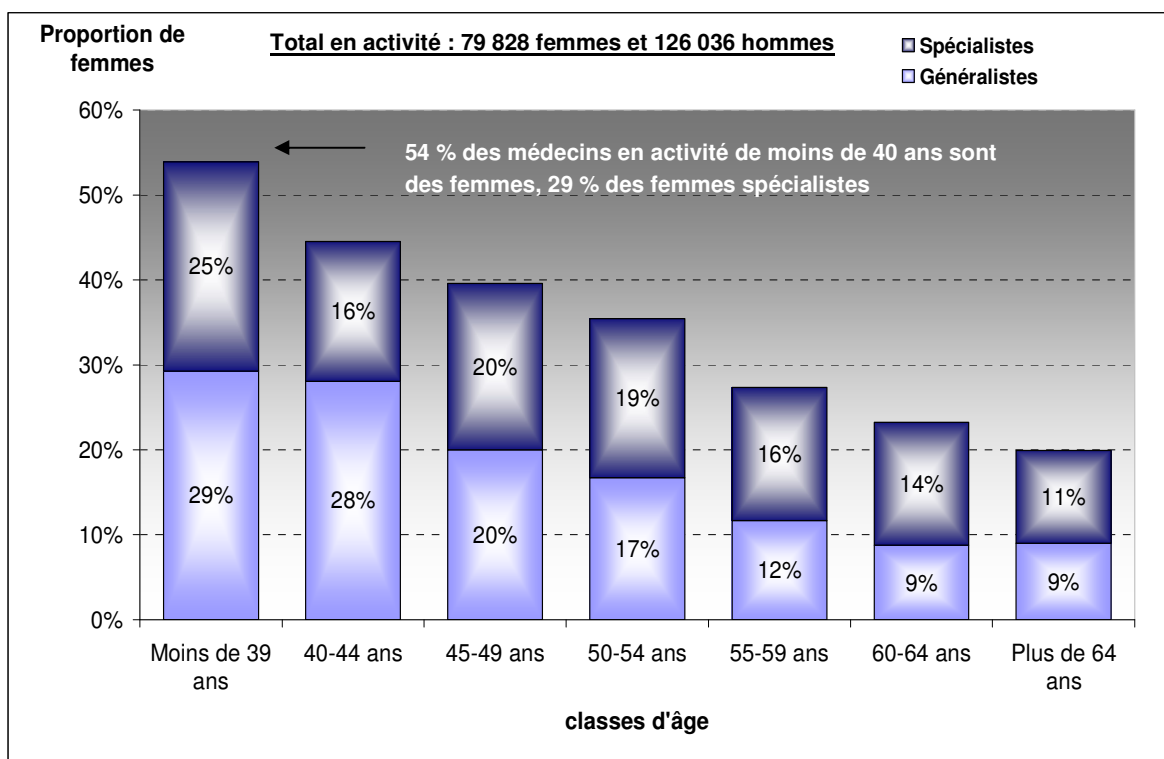
En revanche, le profil démographique des médecins dont l'activité n'est pas régulière marque de fortes spécificités. La population féminine majoritaire y est particulièrement jeune (en moyenne âgée de 43 ans). Systématiquement, les cohortes les plus jeunes sont les plus susceptibles d'avoir une activité précaire, ce qui est assez logique du fait que, par exemple, les remplacements s'effectuent surtout en début de carrière.

Le chapitre qui suit va permettre d'analyser les caractéristiques de la population féminine au regard de la distinction généraliste/spécialiste.

La féminisation

Les femmes représentent 38,8 % des actifs en France métropolitaine (voir tableau 1.9a en annexe). Cette proportion est inférieure à la part des femmes dans la population active totale (45,6 %) et égale à la part des femmes dans les professions libérales (36,3 %)¹². Le taux de spécialisation des femmes (part des spécialistes parmi les femmes médecins) est de 48,4%, contre 49,7 % pour les hommes, mais il a évolué au cours du temps. Les graphiques 1.8a, 1.8b et 1.8c illustrent bien les effets de génération que masquent ces chiffres bruts.

Graphique 1.7a (médecins, total en activité)
Proportion de femmes selon l'âge et la répartition généralistes/spécialiste de
chaque tranche d'âge (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

Deux éléments marquants sont à noter :

- La proportion de femmes est d'autant plus forte que les classes d'âge sont jeunes. Les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (54%). La tendance à la féminisation se poursuit, comme le montre une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et de la Direction de l'Évaluation et de la Prospective (DEP) du Ministère de l'Éducation Nationale sur les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002¹³. Ils observent notamment que 64 % des étudiants inscrits en 1ère année sont des femmes ;

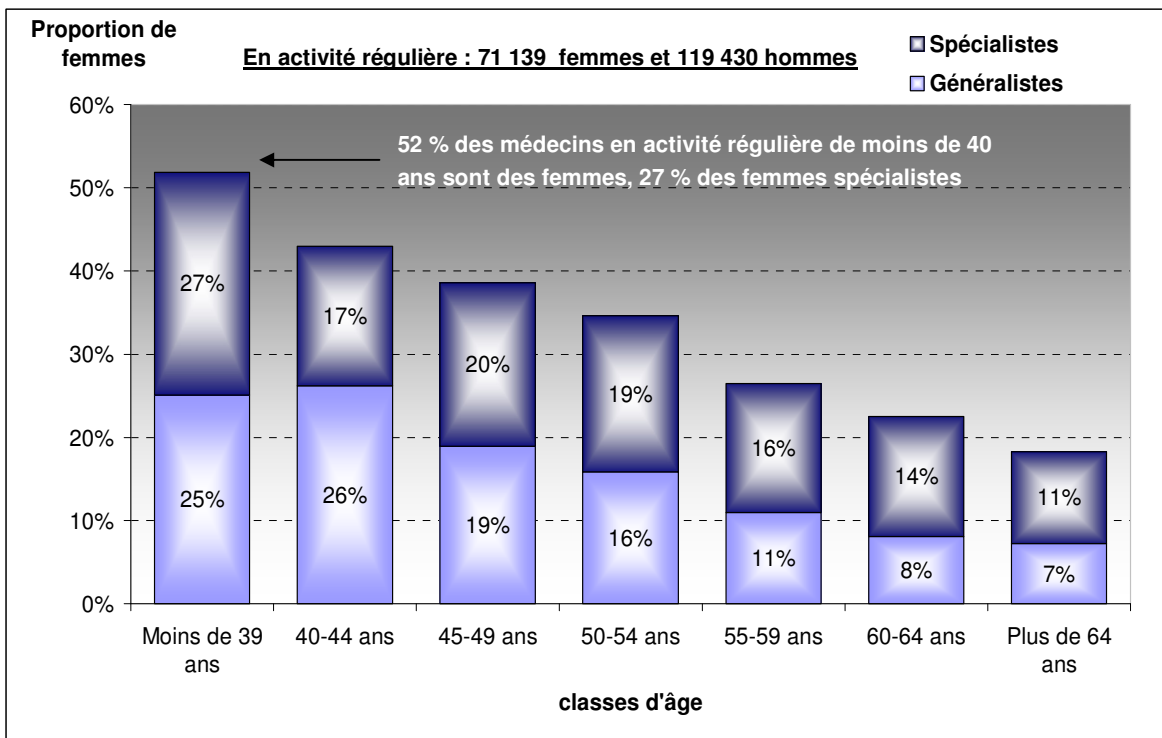
- alors que les femmes avaient tendance antérieurement à se tourner vers l'exercice spécialisé, elles s'orientent proportionnellement plus vers la médecine générale depuis une dizaine d'années. La réforme du troisième cycle des études médicales de 1982 semble s'être traduite par un accès plus difficile des

¹² Insee. Regards sur la parité – édition 2004.

¹³ Labarthe G. et Hérault D. : « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », DREES, Études et Résultats n°244, 2003.

femmes à la spécialisation qu'auparavant avec le système des CES¹⁴. Cependant cette tendance semble s'estomper dernièrement puisqu'en janvier 2002, selon l'étude précitée de la DREES et de la DEP, les proportions de femmes en internat et en résidanat étaient très proches, respectivement 54 % et 56 %.

Graphique 1.7b (médecins en activité régulière)
Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généraliste - spécialiste de chaque tranche d'âge
(Métropole)

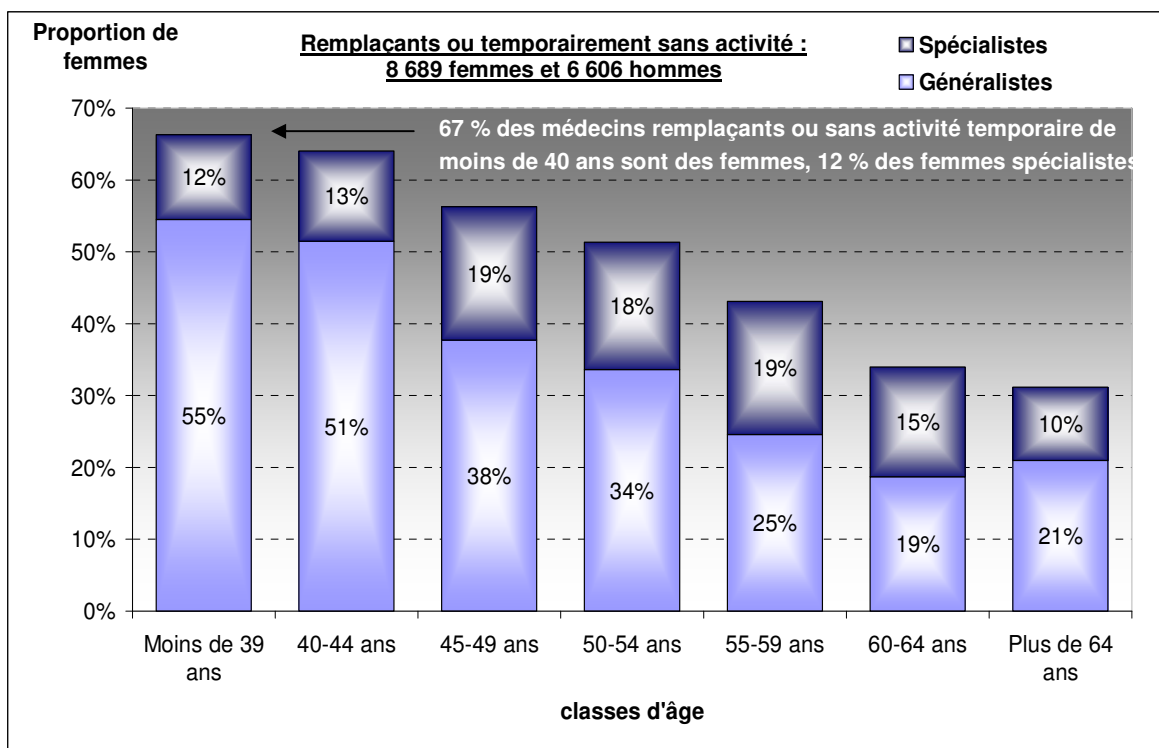


Source : CNOM au 01/01/2005

Le graphique 1.8b (voir aussi tableau 1.9b en annexe) présente uniquement la population en activité régulière et permet de relativiser l'augmentation de l'activité féminine par un critère qualitatif. Ce graphique se différencie du premier essentiellement par la structure de la population jeune. En effet, 52 % des jeunes médecins en activité régulière sont des femmes (contre 54 % des médecins en activité de moins de 35 ans).

¹⁴ Dubernet A-C : « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », Actualités et Dossiers en Santé Publique, n°32, septembre 2000 pp. 26-27 et Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Le Roy F., Blanc M-A : « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur le choix professionnel des médecins », Rapport de recherche du programme INSERM/CNRS/MIRE98.

**Graphique 1.7c (médecins en activité, remplaçants ou temporairement sans activité)
Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généraliste - spécialiste
de chaque tranche d'âge (Métropole)**



Source : CNOM au 01/01/2005

Ce dernier graphique montre combien une activité intermittente voire une absence temporaire d'activité touche davantage les femmes, en particulier généralistes. Les médecins dont l'activité est irrégulière de moins de 45 ans sont à plus de 60 % des femmes.

L'augmentation des taux de féminisation apparaît comme un phénomène important mais il s'accompagne d'une forte précarité de l'activité féminine en début de vie active.

Traditionnellement, les femmes sont davantage touchées par le chômage mais aussi préfèrent bien souvent en début d'activité une activité à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et désir d'enfant.

L'enquête emploi de l'INSEE de 1999 corrobore ces conclusions. Les médecins "à temps complet" déclarent travailler près de 53 heures par semaine¹⁵, ceux qui déclarent travailler à temps partiel effectuant environ 28 heures de travail par semaine. Ces moyennes masquent des différences importantes selon la spécialité, le mode d'exercice et mais aussi les caractéristiques démographiques. Par exemple, les femmes travaillent plus souvent à temps partiel (25 % d'entre elles contre 2 % des hommes). Lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles font 10 heures de moins par semaine que les hommes (46 % contre 56 %), et à temps partiel, un peu plus (28 % contre 26 %).

Pour comprendre l'impact propre d'un certain nombre de caractéristiques des médecins sur leur temps de travail, Vilain et Niel¹⁶ ont mené une étude économétrique "toutes choses égales par ailleurs". Ils mesurent simultanément l'impact sur le temps de travail des médecins de variables démographiques (l'âge, le sexe, le nombre d'enfants) et de variables caractérisant l'exercice (généraliste ou spécialiste, libéral ou salarié, hospitalier ou non hospitalier, temps complet ou partiel, travail de nuit ou le week-end).

¹⁵ Simon M. et Niel X. : « Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999 », DREES, Études et Résultats n°44, 1999.

¹⁶ Vilain A et Niel X. : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », DREES, Etudes et Résultats n°114, 2001.

Il ressort notamment de cette étude que les femmes travaillent, toutes choses égales par ailleurs, environ 6 heures de moins par semaine que les hommes. En postulant une stabilité dans le temps des comportements des médecins, les seules évolutions démographiques conduiraient d'ici 2020 à une diminution d'environ 2 heures par semaine du temps de travail.

En second lieu, la tendance antérieure des femmes à l'orientation vers certaines spécialités correspondait peut être à un choix de pratique, y compris en termes de contraintes de temps et de disponibilité. Le retournement de cette tendance et l'orientation plus forte vers la médecine générale, qu'elle soit subie ou choisie, pourrait aussi à terme faire évoluer le nombre nécessaire de médecins pour garantir à la population un bon accès aux soins primaires.

Une étude récente du CNOM (2005) portant sur les caractéristiques des femmes médecins quadragénaires montre que 65% d'entre elles sont mariées (proportion assez largement inférieure aux hommes) et qu'elles ont en moyenne deux enfants. Elles sont à 48% spécialistes et plus souvent salariées (56%). 32% d'entre elles ont une activité libérale et 90% travaillent à l'extérieur du domicile. La durée moyenne de travail s'établit à 50 heures hebdomadaires et la médiane de la durée des vacances annuelles à 6 semaines. Les caractéristiques de l'activité des femmes célibataires se rapprochent beaucoup de celles des médecins hommes.

Le cadre d'analyse et le mode d'exercice

Plusieurs situations caractérisent l'exercice médical, elles sont regroupées selon deux dimensions : le cadre d'activité et le mode d'exercice du médecin (cf. Tableau 1.2).

Le cadre d'activité étudié dans cette partie du rapport est l'activité régulière.

Seuls les médecins en activité régulière sont analysés sous l'angle du mode d'exercice (contrairement aux années précédentes, les médecins en activité remplaçants ou temporairement sans activité sont considérés sans exercice déclaré puisqu'on ne peut pas savoir s'ils sont libéraux ou salariés)

Les différents modes d'exercice¹⁷ sont :

- L'exercice **libéral**,
- **mixte**¹⁸ (c'est à dire libéral et salarié),
- **salarié** (décomposé en *médecine salariée, hospitaliers, médecine salariée et hospitalier*)
- une catégorie **divers**¹⁹,
- et une catégorie **sans exercice déclaré**.

Parmi les 205 864 médecins métropolitains en activité (dont 38,8 % de femmes), on recense donc (cf. Tableau 1.2) :

- 110 636 médecins libéraux, dont 82,7 % de libéraux exclusifs ;
- 77 994 salariés exclusifs, dont 66,7 % d'hospitaliers ;
- et enfin 1 613 médecins ayant d'autres activités, salariées ou libérales (catégorie divers) ;
- 6 362 médecins sans exercice déclaré ;
- et 9 259 médecins remplaçants.

Ainsi, subsiste-t-il un nombre relativement important de médecins sans exercice déclaré – 6 362 médecins, soit 3,1 % des actifs. Il s'agit de médecins dont le cadre d'exercice n'est pas renseigné car provisoire ou instable. On compte également dans la population de médecins près de 4,5% de médecins remplaçants, en moyenne plus jeunes que les autres actifs et majoritairement féminins (58,7%).

Les femmes figurent également en proportion plus importante dans la catégorie "médecins salariés" (en particulier médecine salariée exclusive puisqu'elles représentent 67,7% de cette population). Parmi les médecins salariés relevant de la médecine générale les femmes sont deux fois plus nombreuses que leurs collègues masculins.

Elles sont aussi assez nombreuses parmi les médecins sans exercice déclaré (ce qui confirme les conclusions du chapitre consacré à la féminisation).

La spécialité

Les effectifs par spécialité sont présentés de telle manière qu'apparaissent clairement trois catégories (cf. Tableaux 1.2 et 1.3) :

- la médecine générale ;
- les spécialités médicales (comprenant aussi la médecine du travail, les spécialités psychiatriques, la santé publique, la biologie médicale et la recherche médicale) ;
- les spécialités chirurgicales.

¹⁷ Les tableaux 15 en annexe présentent la répartition des médecins par départements et mode d'exercice.

¹⁸ Le mode de calcul des *mixtes* a changé par rapport à la dernière étude (n°36) pour revenir à une typologie conforme aux études précédentes (n°35 et avant)

¹⁹ Les médecins « divers » sont des médecins dont la forme de rémunération (salaires ou honoraires) n'est pas connue ; on ne peut donc pas les classer comme libéraux ou salariés. Ce sont notamment les médecins travaillant au sein de laboratoires pharmaceutiques, réalisant des expertises, des missions pour les sociétés d'assurance privée, etc....

Tableau 1.2²⁰
Répartition des médecins en activité globale selon le mode d'exercice (Métropole)

Mode d'exercice Spécialités	Libéral exclusif	Mixte				Salaré				Divers	Sans Exer- cice Décl- aré	Remp- laçant	TOTAL
		Lib- Sal	Lib- Hosp	Lib- Sa-Ho	Total	Salaré	Hosp.	Sal- Hosp	Total				
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	
Spécialités médicales													
Anato Cyto Patho Hu.	571	13	114	4	131	27	673	18	718	6	38	59	1 523
Anesthésie-Réanim.	2 827	19	227	7	253	92	5 761	115	5 968	5	255	434	9 742
Biologie Médicale	914	69	45	1	115	346	972	46	1 364	43	83	89	2 608
Cardiologie	2 403	98	1 006	91	1 195	109	1 931	62	2 102	29	99	86	5 914
Dermatologie Vénér.	2 402	139	523	110	772	96	440	43	579	19	74	182	4 028
Endocrinologie	460	14	194	17	225	39	617	30	686	13	45	20	1 449
Gastro-Entérologie	1 241	37	526	60	623	55	1 183	38	1 276	13	44	40	3 237
Génétique médicale	5	0	0	1	1	12	120	11	143	1	0	1	151
Gynécologie Médicale ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hématologie	6	0	3	0	3	0	189	2	191	1	6	1	208
Médecine du travail	35	15	1	0	16	5 527	204	149	5 880	6	153	94	6 184
Médecine Générale	56 633	2 785	3 007	450	6 242	13 288	14 936	1 011	29 235	1 257	4 344	6 845	104 556
Médecine Interne	234	14	107	19	140	47	1 814	84	1 945	27	49	22	2 417
Médecine Nucléaire	134	4	6	0	10	13	313	7	333	1	5	14	497
Néphrologie	179	5	52	3	60	60	715	44	819	4	16	17	1 095
Neurologie	437	6	222	4	232	30	951	37	1 018	8	30	12	1 737
Neuro-Psychiatrie	180	46	35	17	98	27	112	15	154	3	11	2	448
Oncologie Médicale	95	1	27	0	28	11	378	14	403	5	7	5	543
Pédiatrie	1 708	245	497	120	862	713	2 548	180	3 441	31	139	186	6 367
Pneumologie	661	35	274	48	357	82	1 265	76	1 423	17	38	28	2 524
Psychiatrie	3 310	634	1 022	263	1 919	599	4 505	430	5 534	19	193	68	11 043
Psychiatrie Op Enf Ado	351	84	104	43	231	123	463	72	658	1	22	8	1 271
Radiodiagnostic	3 785	78	695	39	812	121	2 191	74	2 386	3	138	430	7 554
Radiodiag. et Radioth	13	0	1	0	1	1	7	0	8	0	1	1	24
Radiothérapie	206	2	58	1	61	12	328	11	351	1	18	18	655
Recherche Médicale	0	0	0	0	0	3	7	1	11	3	1	0	15
Réédu. et Réad. Fonc	424	32	87	24	143	344	754	65	1 163	6	44	23	1 803
Rhumatologie	1 226	71	397	62	530	88	589	33	710	19	37	46	2 568
Santé Publique	21	4	1	0	5	891	428	32	1 351	38	44	20	1 479
Spécialités chirurgicales													
Chir. Thor. Card. Vasc.	58	0	14	0	14	1	116	0	117	0	7	3	199
Chirurgie Digestive	227	3	48	0	51	4	282	4	290	0	2	9	579
Chirurgie Générale	1 240	20	290	16	326	30	2 217	36	2 283	9	105	78	4 041
Chirurgie Orthopéd.	1 028	9	219	8	236	8	964	14	986	4	24	23	2 301
Chirurgie Pédiatrique	20	0	6	0	6	0	138	2	140	0	1	1	168
Chirurgie Urologique	381	5	96	3	104	3	225	1	229	0	4	9	727
Chirurgie Vasculaire	211	2	45	2	49	0	157	2	159	0	5	2	426
Chir. Plast. Rec. Esth.	369	8	127	3	138	2	93	2	97	0	15	4	623
Gynécologie et Obst.	1 156	70	436	65	571	54	355	35	444	0	48	60	2 279
Gynécologie-Obst.	909	18	288	9	315	26	1 398	23	1 447	2	42	63	2 778
Neuro-Chirurgie	66	2	17	0	19	1	256	1	258	1	12	6	362
Ophthalmologie	3 169	106	985	134	1 225	113	663	44	820	10	80	186	5 490
ORL	1 396	66	579	82	727	45	591	44	680	6	41	46	2 896
Stomatologie	775	24	272	28	324	42	143	9	194	2	42	18	1 355
Total	91 466	4 783	12 653	1 734	19 170	23 085	51 992	2 917	77 994	1 613	6 362	9 259	205 864

¹ Il s'agit en fait d'une nouvelle spécialité médicale ; les étudiants qui ont choisi cette filière sortiront diplômés en 2007
Source : CNOM au 01/01/2005

²⁰ On trouvera en annexe dans le tableau 1.21 la proportion de femmes médecins selon l'activité et selon le sexe pour chaque spécialité.

Depuis 2004 en France, les médecins spécialistes en activité sont légèrement plus nombreux que les médecins généralistes : on compte **50,9% de spécialistes** et **49,1% de généralistes** dans la population de médecins²¹.

Parmi les généralistes, il conviendrait d'identifier ceux qui déclarent un mode d'exercice particulier (MEP) ou une orientation complémentaire, afin d'évaluer la réalité de l'offre de soins concernant la médecine générale. Cette catégorie représente, selon la CNAMTS, 11% des médecins généralistes ayant une activité libérale et, selon l'ONDPS, 22% de l'ensemble des médecins généralistes²². Selon l'IRDES, cet écart s'explique en partie par une carrière relativement courte pour 20% des médecins qui cessent leur activité libérale en moyenne au bout de 18 ans (et 2% à l'issue de 8 ans d'activité)²³. Ce phénomène concerne essentiellement les zones urbaines.

La majorité des spécialistes exercent une **spécialité médicale (76 %)**, 11,1 % d'entre eux exercent en psychiatrie, 7,6% dans l'une des deux spécialités « collectives » (médecine du travail et santé publique) et moins d'un quart une spécialité chirurgicale (24 %). Les spécialités chirurgicales se caractérisent par un mode d'exercice beaucoup plus orienté vers la médecine libérale et mixte.

Les effectifs des différentes spécialités médicales n'évoluent pas au même rythme, et les situations apparaissent également différentes lorsque l'on compare l'évolution 2003-2004 par rapport à la croissance moyenne des effectifs au cours des quinze dernières années (cf. Tableau 1.2).

Certaines spécialités se sont considérablement renforcées depuis l'année dernière ; il s'agit principalement de spécialités chirurgicales : la chirurgie pédiatrique (+115,6%), la chirurgie digestive (+47,9%), la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (+77,2%), la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (+25,2%) et la neuro-chirurgie (+5,2%).

Parallèlement, ce sont l'hématologie (+8,1%) et la néphrologie (+5,8%) qui connaissent des évolutions assez marquées au rang des spécialités médicales.

Cette croissance importante de certaines spécialités chirurgicales compense la diminution des effectifs observée dans les spécialités de la chirurgie générale (-10%) et de la stomatologie (-1,8%). Ces dernières sont d'ailleurs caractérisées par un taux de croissance annuel moyen de -2,3% depuis 1989.

Certaines spécialités médicales connaissent aussi un recul de leurs effectifs depuis l'année dernière : il s'agit essentiellement de la neuro-psychiatrie (-17,3% en 2004, et dont les effectifs ne cessent de diminuer depuis 1989 à un rythme moyen de - 8,9%) et de la spécialité radiodiagnostic et radiothérapie (-15,4% depuis 2003). Certaines des spécialités dites « en crise » feront l'objet d'un examen tout particulier dans la seconde partie de ce rapport.

Si les comportements actuels d'orientation des étudiants se poursuivent, selon les projections du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, les diminutions d'effectifs seraient de 35 à 50 % à l'horizon 2020, sous certaines hypothèses de *numerus clausus*.

Globalement, les spécialités dont les effectifs ont tendance à stagner depuis 2003 sont la médecine générale, la dermatologie, la médecine du travail, la gynécologie-/et obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL.

Les groupes de spécialités qui enregistrent les plus fortes progressions depuis 15 ans, et pour lesquels la progression reste forte en 2004, sont les spécialités liées à la cancérologie (radiothérapie, oncologie médicale (+51,9%) et hématologie), la biologie médicale, et les disciplines « collectives » - la santé publique et la médecine du travail, dont le taux de croissance annuel moyen est respectivement de +30,5% et +44,4% - ou encore de la génétique médicale dernièrement (certaines de ces spécialités représentent cependant des effectifs très faibles).

²¹ *Remarque* : Les médecins compétents en gynécologie et obstétrique sont considérés ici comme médecins spécialistes.

²² Cf. ONPDS, 20004, op.cit.

²³ Selon cette étude, l'âge moyen d'installation des médecins généralistes est de 31 ans, et l'on observe qu'ils s'installent de plus en plus tard, adoptant à l'issue de la thèse des modes d'exercice non durables. Cf. IRDES, Lucas-Gabrielli et Sourty-Le Guellec, *Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)*, Questions d'économie de la santé, n°81, 2004.

Tableau 1.3²⁴
Variation des effectifs de médecins en activité professionnelle globale
selon la spécialité entre 1989 et 2004 (Métropole)

	Effectifs en 1989	Effectifs fin 2003	Effectifs fin 2004	Variation 2003-2004	Variation 2003-2004 en %	TCAM* 1989-2004
Spécialités médicales						
Anatomie et Cyto Pathologie Humaine	987	1 409	1 429	20	1,4%	2,5%
Anesthésie-Réanimation	7 345	8 877	9 067	190	2,1%	1,4%
Biologie Médicale	1 009	2 371	2 439	68	2,9%	6,1%
Cardiologie	3 974	5 673	5 739	66	1,2%	2,5%
Dermatologie et Vénérologie	3 141	3 754	3 783	29	0,8%	1,2%
Endocrinologie et Mala Métabologie	603	1 345	1 386	41	3,0%	5,7%
Gastro-Entérologie	2 122	3 122	3 153	31	1,0%	2,7%
Génétique médicale	-	145	150	5	3,4%	-
Gynécologie Médicale (<i>nouvelle spéc.</i>)	-	0	0	0	0,0%	-
Hématologie	-	186	201	15	8,1%	-
Médecine du travail	24	5 895	5 942	47	0,8%	44,4%
Médecine Générale	82 707	92 844	93 590	746	0,8%	0,8%
Médecine Interne	2 089	2 372	2 346	-26	-1,1%	0,8%
Médecine Nucléaire	-	462	478	16	3,5%	-
Néphrologie	435	1 004	1 062	58	5,8%	6,1%
Neurologie	749	1 647	1 697	50	3,0%	5,6%
Neuro-Psychiatrie	1 753	527	436	-91	-17,3%	-8,9%
Oncologie Médicale	1	514	531	17	3,3%	51,9%
Pédiatrie	4 932	5 948	6 049	101	1,7%	1,4%
Pneumologie	1 732	2 393	2 462	69	2,9%	2,4%
Psychiatrie	7 149	10 656	10 790	134	1,3%	2,8%
Psychiatrie Option Enfants Adolescent	692	1 253	1 245	-8	-0,6%	4,0%
Radiodiagnostic	5 797	6 849	6 991	142	2,1%	1,3%
Radiodiagnostic et radiothérapie	32	26	22	-4	-15,4%	-2,5%
Radiothérapie	391	595	620	25	4,2%	3,1%
Recherche Médicale	4	15	14	-1	-6,7%	8,7%
Rééducation et Réadapt. Fonctionnelle	1 271	1 743	1 740	-3	-0,2%	2,1%
Rhumatologie	2 160	2 466	2 490	24	1,0%	1,0%
Santé Publique	26	1 352	1 415	63	4,7%	30,5%
Spécialités chirurgicales						
Chirurgie Digestive	-	384	568	184	47,9%	-
Chirurgie Générale	5 408	4 236	3 810	-426	-10,1%	-2,3%
Chirurgie Orthopédique	750	2 207	2 299	92	4,2%	7,8%
Chirurgie Pédiatrique	-	77	166	89	115,6%	-
Chir. Plastique Réparatrice Esthétique	-	574	604	30	5,2%	-
Chir. Thoracique Card Vasculaire	-	151	189	38	25,2%	-
Chirurgie Urologique	3	403	714	311	77,2%	44,0%
Chirurgie Vasculaire	-	412	419	7	1,7%	-
Gynécologie et Obstétrique	-	2 172	2 175	3	0,1%	-
Gynécologie-Obstétrique	1 225	2 657	2 674	17	0,6%	5,3%
Neuro-Chirurgie	199	329	346	17	5,2%	3,8%
Ophthalmologie	5 135	5 207	5 231	24	0,5%	0,1%
ORL	2 786	2 810	2 811	1	0,0%	0,1%
Stomatologie	1 841	1 320	1 296	-24	-1,8%	-2,3%
Total spécialités médicales	131 125	165 443	167 267	1 824	1,1%	1,6%
Total spécialités chirurgicales	17 347	22 939	23 302	363	1,6%	2,0%
Total	148 472	188 382	190 569	2 187	1,2%	1,7%

Source : CNOM au 01/01/2005

²⁴ Dans les tableaux 10 de l'annexe est répertoriée, pour chaque département et chaque discipline, l'évolution des effectifs de médecins en activité.

La répartition géographique

La répartition des médecins sur le territoire reste très problématique. Elle est fortement marquée par des inégalités notamment entre des niveaux géographiques fins (tels que celui du canton).

Les outils de régulation (*numerus clausus* et concours de l'examen national classant) ne portent que sur l'aspect quantitatif global des effectifs de médecins à plus ou moins long terme ; la liberté de choix dans le lieu d'installation des médecins demeure donc totale (excepté pour les médecins exerçant en secteur 2).

La densité métropolitaine en 2004, calculée sur la base de la population française au 1^{er} janvier 2005²⁵, **est de 318 pour ce qui concerne l'activité régulière** (cf. tableau 1.8b) ; **156 pour les médecins généralistes et 162 pour les médecins spécialistes.**

Les régions les moins dotées en médecins sont la Picardie (244) et la Haute-Normandie (254). L'Île de France et la région PACA sont les mieux dotées (respectivement 397 et 385).

La répartition départementale marque plus encore ces disparités de dotation. Paris a une situation singulière, caractérisée par une concentration importante de médecins (la densité égale à 794). C'est ensuite la région PACA qui bénéficie d'une densité généreuse (soit 385 médecins pour 100 000 habitants). Le département des Bouches du Rhône jouit notamment d'une densité de médecins généralistes de 191 et de spécialistes de 232. La densité de médecins spécialistes du département de la Haute Loire (68) est presque 8 fois inférieure à celle de Paris (516) et c'est le département de l'Eure qui a la densité de médecins généralistes la plus faible (112).

La césure Nord/Sud est toujours aussi prononcée hormis l'exception du bassin parisien : le sud de la France se distingue par une forte densité médicale en rupture avec le nord (en particulier pour les généralistes).

La correction des inégalités dans la répartition territoriale des professionnels de santé est à l'ordre du jour, avec le récent rapport Berland (2005), qui établit un certain nombre de mesures à prendre afin de fidéliser les médecins dans les zones déficitaires : renforcement de l'information auprès des étudiants, incitations financières et non financières à l'installation, réforme du 3^{ème} cycle et refonte des filières. Déjà, le rapport Descours (2003) proposait une série de mesures analogues portant à la fois sur la formation, les modes d'exercice et la rémunération (incitations financières positives sous la forme d'allègements d'impôts, d'aides pérennes aux cabinets). Certaines mesures envisagées dans le rapport Descours ont été reprises lors d'un conseil interministériel en septembre sur la ruralité : la mise en place future d'une prime à l'installation pour les professionnels de santé s'installant dans des zones peu attractives et des bourses pour les étudiants s'y destinant.

Parallèlement, les facteurs d'attractivité de certaines régions relève ont été analysés par le CNOM en 2002 et 2003²⁶. Le rapport sur la démographie médicale française de l'année de 2002 (cf. CNOM, Étude n°35 de décembre 2002) présentait notamment les résultats d'une étude sur le choix du lieu d'installation et ses déterminants des médecins nouvellement inscrits entre 1998 et 2002.

D'après ces résultats, le choix du canton d'installation portait plus sur les conditions de vie et le niveau d'équipement (distance d'accès aux services : école...), le contexte démographique (croissance démographique) et socio-économique (chômage, revenu...) que sur des raisons purement financières (le revenu espéré par le médecin) ; les médecins exerçant dans les cantons moins attractifs ayant des honoraires supérieurs aux autres.

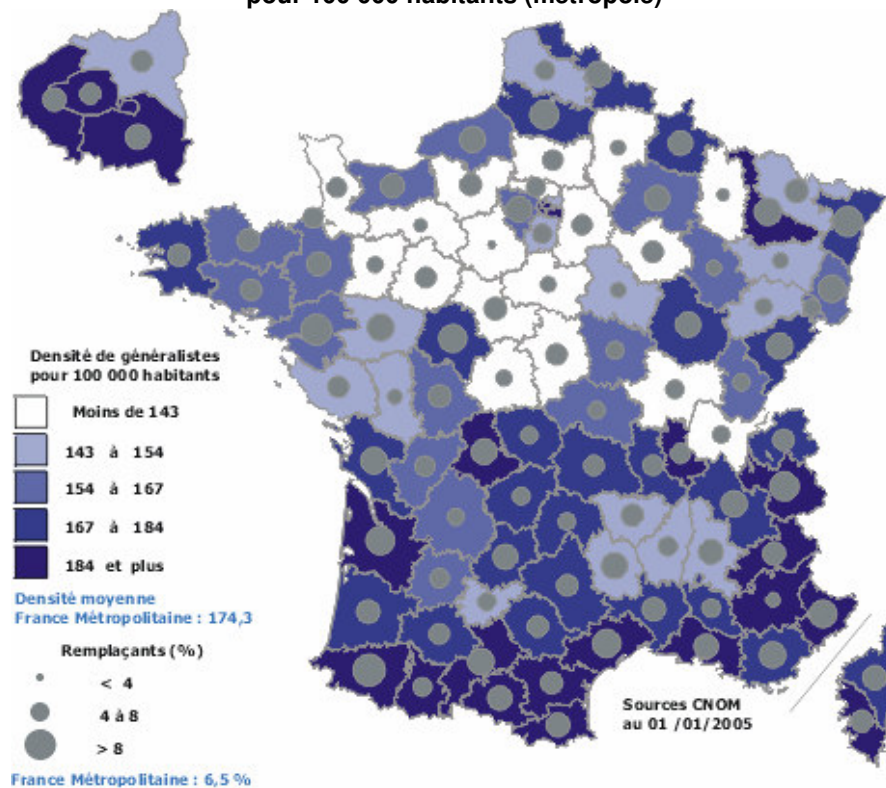
Par ailleurs, une étude du CSDM a mis en avant le fait que, la question du seuil financier à partir duquel l'incitation peut jouer, reste flou (CSDM) alors que le danger de l'effet d'aubaine demeure important²⁷. De même, selon l'ONPDS (2004), l'attractivité de certaines régions dépend aussi de la mise à disposition de ressources humaines et technologiques plus importantes, ce qui peut laisser penser à un renforcement de ces inégalités dans le futur.

²⁵ Voir note de base page n°5.

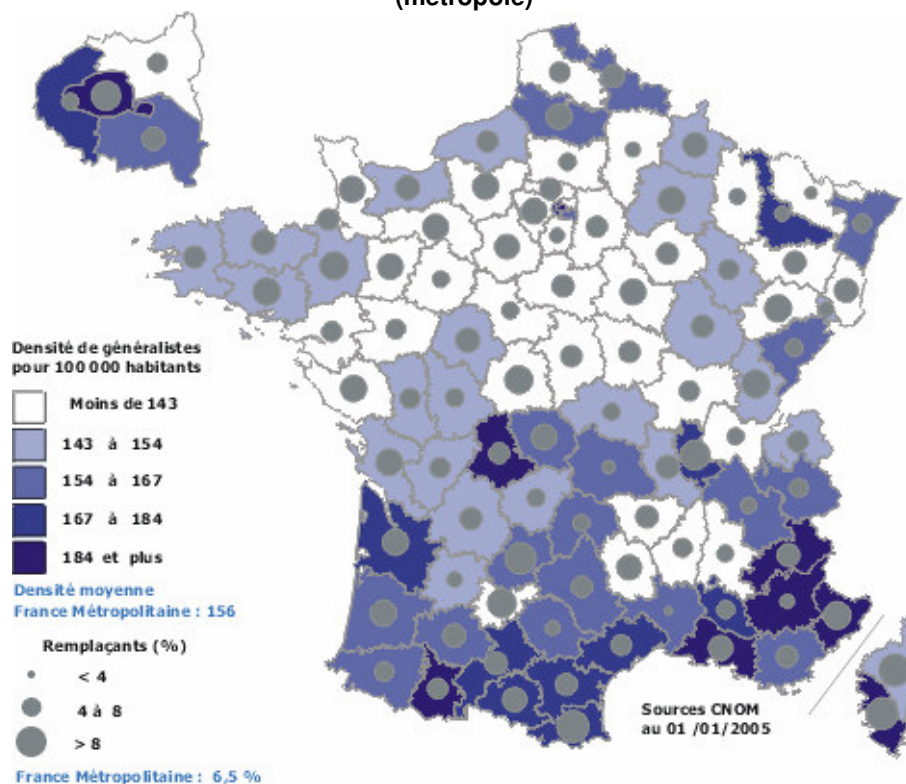
²⁶ Cf. Rapport du CNOM, (2003), Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ? .

²⁷ Bui Dang Han Doan, Lévy D. : « Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale », CSDM, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, n°3-4, juillet-décembre 2000.

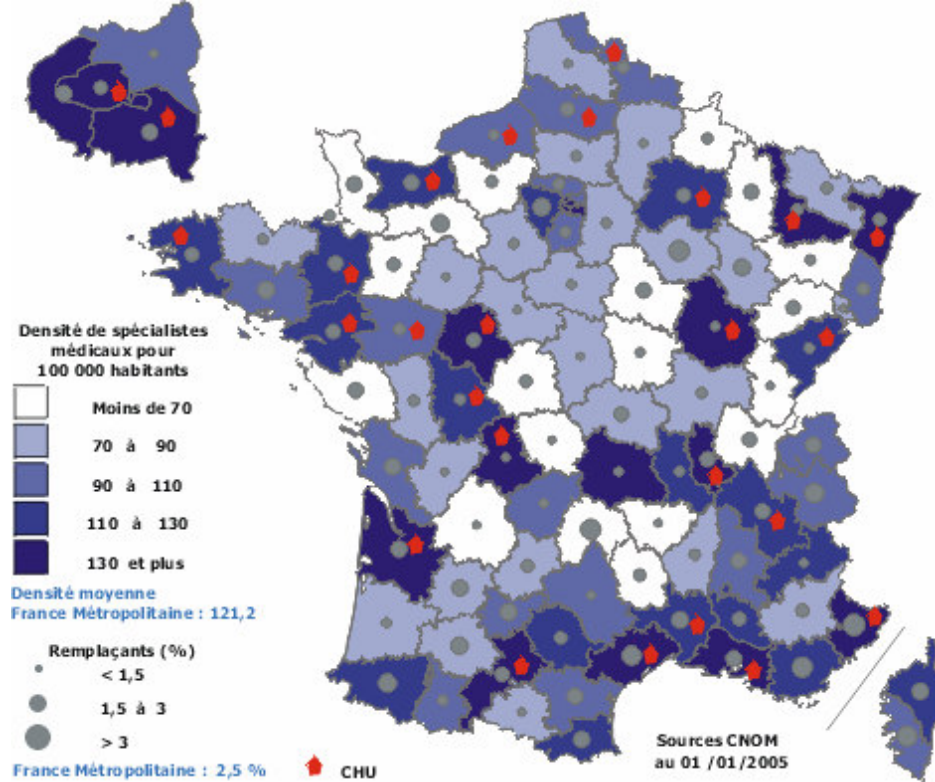
Carte n°1a
**Densité départementale de médecins généralistes en activité professionnelle (total en activité)
pour 100 000 habitants (métropole)**



Carte n°1b
**Densité départementale de médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants
(métropole)**



Carte n°2a
Densité départementale des médecins spécialistes médicaux en activité professionnelle
(en activité régulière) pour 100 000 habitants (métropole)



Carte n°2b
Densité départementale des médecins spécialistes chirurgicaux en activité professionnelle
(en activité régulière) pour 100 000 habitants (métropole)

