



En raison de son poids et afin de faciliter son téléchargement, le rapport a été découpé en cinq fichiers. Pour permettre la navigation entre les fichiers, utilisez la table des matières active (signets) à gauche de l'écran.

Contenu des fichiers

Fichier n° 1 :

Tome 1 (Les effectifs et l'activité des professionnels de santé) - Tome 2 (Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité)

Fichier n° 2 :

Tome 3 - Analyse de trois professions sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale

Fichier n° 3 :

début du Tome 4 (Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours)

Fichier n° 4 :

fin du Tome 4 (Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours)

Fichier n° 5 :

Les contributions des comités régionaux

1

Le rapport 2004

LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

TOME

1

LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le rapport 2004

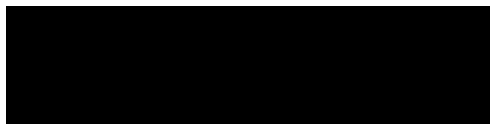


Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



ONDPS



TOME 1

**LES EFFECTIFS
ET L'ACTIVITÉ
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ**



TABLE DES MATIÈRES

ANALYSES ET ENSEIGNEMENTS

Professeur Yvon Berland (ONDPS), Martine Burdillat (ONDPS-DREES),
Christine Daniel (IGAS)

8 INTRODUCTION

11 SITUATION DES EFFECTIFS, ÉTAT DES LIEUX DÉMOGRAPHIQUE

- 11 De façon globale, les effectifs des professions de santé sont stables ou en légère progression, mais la situation à court terme est très contrastée selon les professions et selon les territoires
- 12 *Les effectifs des professions de santé continuent à augmenter dans la période récente*
- 14 *L'analyse menée pour certaines professions révèle que le vieillissement des effectifs et l'importance des départs à la retraite posent d'ores et déjà le problème de leur renouvellement.*
- 19 *Les inégalités dans la répartition des professions de santé sur le territoire national ne sont pas compensées par les nouvelles installations*
- 24 Les auditions menées avec les médecins montrent que les chiffres disponibles sur les effectifs reflètent imparfaitement l'exercice réel
- 27 *Les écarts d'effectifs les plus forts concernent des spécialités médicales et chirurgicales où qualification et mode d'exercice divergent*
- 30 *Une partie importante des omnipraticiens recensés comme généralistes ont un exercice autre que la médecine générale*
- 32 *Pour les chirurgiens, la répartition par spécialité reste imprécise*

34 LES ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR AFFINER LE DIAGNOSTIC DÉMOGRAPHIQUE

- 34 Le constat de la progression ou du maintien des effectifs en activité doit être nuancé par la prise en compte de l'évolution des flux de formation, très contrastée selon les différentes professions de santé
- 35 *Les quotas de formation ont augmenté avec une ampleur inégale selon les professions de santé.*
- 37 *Le numerus clausus des médecins a connu des variations plus fortes que celui des autres professions de santé.*
- 38 *La diminution des flux d'internes en médecine a été inégalement répartie, avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales*
- 41 Les données sur les effectifs doivent être complétées par des données sur le temps effectivement disponible pour des soins
- 41 *Plusieurs évolutions ont affecté le temps disponible pour les soins à l'hôpital*
- 45 *La durée du travail et l'activité des professions de santé sont en constante augmentation*

49 LES ÉVOLUTIONS ENVISAGÉES

- 49** Des réorganisations de l'offre de soins constituent, avec les effectifs et la durée du travail, des modalités de réponse à la demande de soins
- 49** *Les tensions sur l'offre de soins affectent avec plus ou moins d'acuité les différents secteurs d'exercice et les différents territoires*
- 52** *Les regroupements apparaissent comme l'une des façons de répondre dans de meilleures conditions aux demandes de soins*
- 55** *La redéfinition des métiers et la recomposition des compétences*
- 56** Les évolutions souhaitables des contenus et des conditions de la formation
- 56** *Pour les médecins, la définition de tronc communs de formation, avant spécialisation, paraît une voie souhaitable*
- 57** *Le développement des stages en dehors des CHU assurerait de meilleures conditions d'apprentissage de l'exercice libéral*
- 58** *Il est souhaitable de conforter la compétence de soins des professions de santé paramédicales*

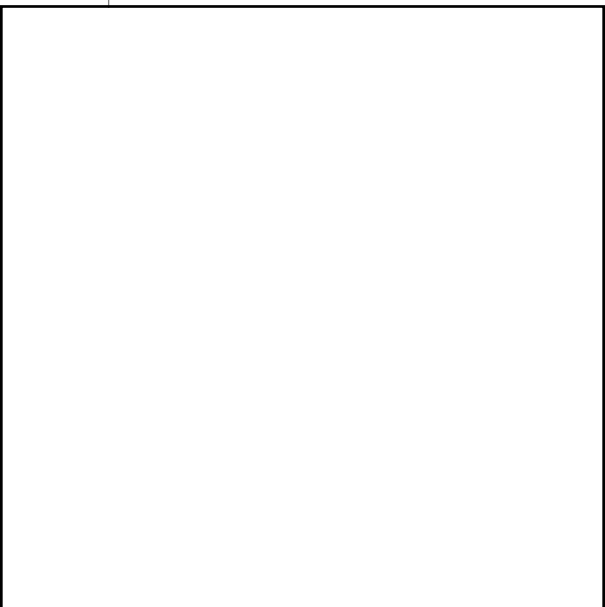
CONTRIBUTIONS

- 63** Compte rendu des auditions avec les professionnels de santé
Tableau récapitulatif et synthèse par spécialité et profession. Les auditions ont été réalisées par le conseil d'orientation, avec le concours de Christine Daniel (IGAS) et de Sylvie le Laidier (CNAMTS)
- 89** Les médecins libéraux et salariés en activité en France au 01/01/2003 : comparaison de plusieurs sources de données
Serge Darriné (DREES)
- 98** Comparaison des effectifs de médecins par spécialité selon le répertoire ADELI et le fichier du CNOM, Sabine Bessière et Serge Darriné (DREES)
- 115** Comparaison des effectifs de pharmaciens d'ADELI et du CNOP au 01/01/2002, Marc Collet (DREES)
- 119** Note de présentation du rapport sur l'état des lieux et l'harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, Odile Romain et Séverine Buisine (DHOS)
- 124** Recensement des diplômés et des nouveaux inscrits à l'Ordre, par région et par spécialité, Comités régionaux et CNOM

ANNEXES

- 147** Principales sources nationales sur le temps de travail ou l'activité des professionnels de santé, Pascale Breuil (DREES)
- 154** Les statuts des personnels médicaux des établissements publics de santé, Michelle Duret (DHOS)
- 155** Schéma des études médicales

ANALYSES ET ENSEIGNEMENTS



I

ntroduction

La première mission de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est de mettre en perspective l'évolution des effectifs des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et de leur métier. C'est à cet objet qu'est consacré le présent tome du rapport. Il rend compte des travaux menés dans le cadre du groupe de travail consacré aux « chiffres et à l'activité », qui s'est donné cette année trois objectifs :

- recenser et confronter les chiffres, identifier les raisons des décalages observés ;
- progresser dans l'analyse de l'activité pour mieux apprécier l'offre de soins ;
- rencontrer les professionnels, dans l'optique de partager avec eux l'analyse des chiffres et de pouvoir les interpréter avec leur concours.

Ce tome privilégie une approche nationale, les analyses territoriales étant regroupées dans le tome 4 du rapport. Certains faits localisés sont toutefois intégrés dans l'analyse, dans la mesure où ils font apparaître ce qui peut caractériser la diversité de la situation globale¹.

Le présent tome traite de la situation des effectifs de l'ensemble des professions de santé, mais des analyses plus approfondies concernent surtout les médecins. Les sages-femmes, les infirmières et les manipulateurs d'électroradiologie médicale font l'objet d'un développement dans le tome 3. L'Observatoire se consacrera, au cours de ses travaux ultérieurs, à l'analyse détaillée des autres professions.

Il retient une description de la situation présente jusqu'en 2015. En effet, à cet horizon, les prévisions globales restent fiables pour les médecins, puisque le *numerus clausus* est connu. Pour les années plus lointaines, à l'horizon 2025, différentes hypothèses, notamment sur le *numerus clausus*, peuvent être formulées. Plusieurs scénarios ont donc été élaborés pour les médecins et donnent lieu à des projections dont les résultats sont présentés dans le tome 2 du rapport.

■ ■ Organiser des échanges avec les professionnels sur la question des effectifs afin de mieux saisir les incohérences entre les chiffres énoncés et d'en expliciter les raisons

D'importants travaux de rapprochement statistique des différents fichiers existants ont été conduits, en particulier sur les infirmiers, les sages-femmes, les pharmaciens et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales. Il existe en effet des discordances entre les sources, qu'il est important d'expliquer. L'Observatoire s'est ainsi situé dans la conti-

1. Les données ont été, d'une part, recueillies auprès des professionnels auditionnés dans le cadre de ce groupe de travail ; elles proviennent, d'autre part, des travaux transmis par certains comités régionaux de l'Observatoire.

nuité des travaux déjà engagés, pour les médecins, dans le cadre du Conseil national de l'information statistique². La particularité des travaux menés au sein de l'Observatoire tient au fait qu'ils ont permis de confronter les données de ces fichiers avec celles dont disposent les représentants des professionnels de santé, à travers les collèges d'enseignants, ou avec celles qui ont été rassemblées par certaines disciplines à l'occasion de la rédaction de Livres blancs ou de la réalisation d'enquêtes. Une partie importante du présent rapport et des contributions rend compte des résultats de ces confrontations, qui ont permis de parvenir à une analyse partagée.

Une autre spécificité de la démarche par rapport aux travaux déjà menés est de prendre en considération non seulement les professionnels recensés en activité, mais également les flux de formation. Cela se justifie d'autant plus que les internes en médecine sont « des praticiens en formation » et participent à ce titre au fonctionnement des services hospitaliers.

■ ■ Développer une analyse qui intègre le temps de travail et les conditions d'exercice des professionnels de santé

Au-delà des effectifs des professions de santé, il est essentiel de connaître le temps de travail mais également les modalités d'utilisation de ce temps pour apprécier les capacités de réponse du système de santé à la demande de soins. Sur ces questions, l'Observatoire n'a pas cherché, lors de sa première année de fonctionnement, à développer de nouveaux travaux. Il a rassemblé plusieurs études existantes et entendu les analyses des professionnels de santé. Ces éléments ne permettent pas d'apporter de conclusions définitives, mais fournissent plusieurs pistes de réflexion.

Ils permettent tout d'abord de repérer les domaines où les connaissances demeurent très lacunaires, ce qui est le cas des données relatives au temps de travail et à l'activité des médecins à l'hôpital.

Les analyses conduisent également à approfondir la réflexion dans deux directions :

- en secteur libéral comme à l'hôpital, le temps disponible directement pour les patients ne découle pas mécaniquement du temps de travail des professions de santé, car ils se consacrent par ailleurs à un certain nombre d'activités. Une partie de leur temps est affecté à la gestion administrative des procédures (qualité, systèmes d'information...). Une autre partie du temps peut être dédiée à la recherche, à la formation, à l'enseignement, ou à la concertation entre équipes. Enfin, l'organisation de l'activité et la disponibilité des équipements peuvent être plus ou moins favorables à l'optimisation du temps consacré aux soins. Prendre en compte ces éléments est déterminant pour mesurer la capacité effective du système de soins à prendre en charge les patients ;
- les variables socio-démographiques comme la féminisation ou le vieillissement des professions de santé ne se répercutent pas mécaniquement sur l'activité car les comportements d'activité et d'installation évoluent au cours du temps et semblent sensibles à la fois aux évolutions de la demande de soins et à l'environnement de l'exercice. Il est donc essentiel de comprendre ces changements de comportements pour anticiper l'offre qui sera effectivement disponible.

2. *Rapport du Conseil national de l'information statistique*, n° 75, septembre 2002, « L'harmonisation des données de démographie médicale ».

■ ■ Réfléchir en termes d'offre de soins de façon coordonnée sur l'ensemble des professionnels de santé

Le travail d'audition conduit au sein de l'Observatoire a illustré l'importance d'une réflexion globale en termes d'offre de soins. Le système présente aujourd'hui des tensions qui sont indéniables. Elles resteront fortes dans les toutes prochaines années dans certaines spécialités médicales et chirurgicales, soit parce que pour certaines d'entre elles les départs à la retraite seront importants, soit parce que l'attractivité de ces spécialités s'est affaiblie et que les étudiants les choisissent moins. Il ressort aussi du travail mené en auditions le constat d'une évolution importante de la prise en charge de certaines pathologies. Le vieillissement des malades, les évolutions et les progrès technologiques conduisent, parmi d'autres facteurs, à des modifications des interventions et des modes de prise en charge.

La prise en charge des patients passe de plus en plus par des coopérations entre professionnels (médicaux mais aussi paramédicaux et médico-sociaux). Les plateaux médico-techniques se multiplient non seulement en chirurgie mais également pour d'autres actes médicaux. Cette évolution a des conséquences sur l'organisation des professions de santé, leurs agencements et leurs regroupements. L'approche démographique, qui repose sur un recensement par spécialité, rend insuffisamment compte de ces réalités et paraît peu apte à constituer à elle seule un outil de pilotage et de régulation d'une politique démographique orientée vers une prise en charge réactive des besoins de santé. De plus, les évolutions attendues des effectifs des différentes catégories de professionnels de santé conduisent à réfléchir sur les partages de compétence entre ces catégories. La structuration de l'offre de soins apparaît ainsi déterminante pour organiser la réponse aux demandes de soins.

Le plan du présent rapport rend compte des différents travaux conduits :

- le premier chapitre présente l'état des lieux démographique des effectifs de l'ensemble des professions de santé. Il est établi d'abord à partir des données administratives et ordinaires qui ont fait l'objet d'un travail important de rapprochement entre les différents fichiers. Cet état des lieux est ensuite approfondi, à partir du propre état des lieux transmis par les professionnels, lors des auditions. Leurs analyses permettent notamment d'enrichir le diagnostic, en prenant en compte l'activité exercée ainsi que ses évolutions ;
- le deuxième chapitre s'attache à préciser les constats démographiques globaux, à partir notamment des informations recueillies lors des auditions. Il existe des contrastes entre les situations des différentes professions et spécialités, et plusieurs éléments y concourent. Certains concernent les flux de formation et donc les possibilités de renouvellement. D'autres proviennent des transformations diverses des conditions d'exercice de l'activité des segments de l'offre de soins ;
- le troisième chapitre rend compte des solutions envisagées par les professionnels, ou celles qui leur paraissent souhaitables pour que s'organise une réponse mieux répartie et de qualité à la demande de soins. Les évolutions évoquées concernent l'organisation de l'activité et les parcours de formation.
- Un quatrième chapitre rassemble le compte rendu des auditions conduites avec les professionnels de santé, et cinq contributions qui apportent des éléments plus précis sur les rapprochements statistiques (contributions 1, 2, 3, 4) et sur les flux de formation et d'entrée dans l'activité professionnelle (contribution 5).

S

ituation des effectifs, état des lieux démographique

De façon globale, les effectifs des professions de santé sont stables ou en légère progression, mais la situation à court terme est très contrastée selon les professions et selon les territoires

Les professions qui interviennent dans le champ de la santé sont très nombreuses. Si l'on ajoute aux professions réglementées par le Code de la santé publique l'ensemble des autres intervenants (notamment aides soignants, ambulanciers, agents hospitaliers, psychologues...), on obtient près de 1 800 000 personnes au 1^{er} janvier 2003¹.

Dans le présent rapport, on se limitera toutefois aux professionnels de santé tels qu'ils sont réglementés par le Code de la santé publique, c'est-à-dire aux professionnels dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par ce code. Quatorze professions entrent dans ce champ : les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes, les opticiens, les manipulateurs en électroradiologie médicale (ERM, ou manipulateurs radio).

Les éléments quantitatifs sont ici rapidement rappelés. Le constat selon lequel les professions de santé n'ont jamais été aussi nombreuses qu'aujourd'hui est confirmé : elles ont pour la plupart des effectifs qui continuent à croître sur les années les plus récentes. Mais deux éléments importants conduisent à relativiser le diagnostic de la situation actuelle : d'une part, les départs à la retraite seront très importants dans certaines professions et, d'autre part, pour les médecins les disparités régionales pourraient s'accroître si l'ouverture importante de postes d'internes en médecine dans les régions ayant la démographie la plus faible ne se traduit pas par un rééquilibrage des installations. En outre, pour appréhender les conséquences de ces disparités entre les territoires, en termes d'offre de soins, il convient de prendre en compte les déséquilibres qui se manifestent entre les différentes structures hospitalières (centres hospitaliers universitaires et hôpitaux généraux, par exemple), ou entre le secteur libéral et le secteur hospitalier. Ces déséquilibres, qui restent mal appréhendés par les statistiques globales sur les professions de santé, pèsent lourdement sur les modalités de prises en charge des patients, et affectent les conditions d'exercice des praticiens.

1. Données sanitaires et sociales, annexe au PLFSS publiée chaque année par la DREES, chapitre III.1. Sources ADELI pour les professions de santé réglementées et enquête emploi de l'INSEE pour les autres professions.

■ ■ Les effectifs des professions de santé continuent à augmenter dans la période récente

La démographie des professions de santé a été analysée de façon détaillée dans le cadre de précédents rapports, études statistiques ou travaux de recherche². En outre, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé publie régulièrement des analyses sur la démographie médicale, ainsi que des statistiques annuelles détaillées sur les professions de santé et leur structure démographique³. Le Conseil national de l'ordre des médecins assure également des publications régulières sur ses effectifs⁴. Le choix a donc été fait ici de se limiter à rappeler la situation globale des effectifs des professions de santé, et de commenter les grandes tendances. La méthode retenue a consisté à s'appuyer sur la confrontation de différentes sources statistiques⁵. Systématiquement présentée et commentée dans le cadre des auditions, cette comparaison entre sources statistiques a été également menée pour les infirmiers et les sages-femmes. Par ailleurs, la DREES et l'Ordre des pharmaciens ont opéré une comparaison de leurs fichiers respectifs. Plusieurs contributions du présent rapport rendent compte des résultats obtenus (cf. contributions 1, 2, 3, et 4 de ce tome). Le tome 3 du rapport annuel de l'Observatoire présente les commentaires plus détaillés des résultats obtenus pour les effectifs des sages-femmes et des infirmiers.

L'analyse de l'évolution des effectifs des professions entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2004 montre que seuls les chirurgiens-dentistes enregistrent sur la période une stagnation de leurs effectifs, alors que l'ensemble des autres professions de santé connaît une progression plus ou moins importante :

- l'augmentation du taux de croissance est de 1,4 % pour les médecins ;
- certaines professions présentent des taux de croissance moyens annuels de leurs effectifs qui se situent autour de plus ou moins 3 % (les pharmaciens, les sages-femmes, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers et les manipulateurs en électroradiologie médicale) ;
- d'autres professions affichent un taux de croissance supérieur à 4 %, la progression pouvant aller jusqu'à 8,1 % pour les opticiens. Ces évolutions, qui concernent surtout les professions de santé non médicales doivent toutefois être analysées avec précaution dans la

2. On peut citer notamment : *Démographie médicale. Peut-on évaluer les besoins en médecins ?*, CREDES, biblio n° 1341, mars 2001. *Rapport sur la démographie médicale*, préparé par la DGS, juin 2001. *La Démographie des professions de santé*, rapport présenté par le Pr. Yvon BERLAND, novembre 2002. *Données sanitaires et sociales*, annexe au PLFSS, doc. cité.

3. Pour les professions de santé, voir SICART (D.), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004 », n° 68, juillet 2004, DREES. Document consultable en ligne à l'adresse :

www.sante.gouv.fr/drees/seriesstat/pdf/seriesstat52

Ce document détaille en particulier les données des professions de santé par sexe, âge, mode d'exercice et département. Pour les médecins, on peut se référer au *Document de travail* n° 57, qui fournit également toutes les données par sexe, âge, mode d'exercice, spécialité, à l'adresse :

www.sante.gouv.fr/drees/seriesstat/pdf/seriesstat68

4. *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2003, décembre 2003*, Conseil national de l'ordre des médecins en partenariat avec le CREDES, étude n° 36.

5. Les échanges de données mis en œuvre entre les différents fichiers, ceux des ordres, ADELI, FNPS et GIP CPS, sont en cours dans le cadre de la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), en cours de constitution. Ce répertoire permettra de disposer d'une source de recensement commune et se traduira par une simplification administrative avec la suppression des formalités d'enregistrement simultanées pour les professionnels. Un numéro d'identification pérenne attribué à chaque professionnel de santé aura vocation à être utilisé par l'ensemble des partenaires sur toute la durée d'activité du professionnel.

mesure où, pour partie, l'augmentation des effectifs peut aussi provenir de l'amélioration de la qualité du fichier ADELI, due à une meilleure exhaustivité de l'enregistrement des professionnels. Dans la suite des travaux de l'Observatoire, il conviendra d'accorder la plus grande importance au recensement des effectifs de ces professions.

TABLEAU 1

EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES : ÉVOLUTION DEPUIS 2000, AU 1^{er} JANVIER

	2000	2001	2002	2003	2004	Taux de croissance annuel moyen
Médecins*	194 000 (192 358)	196 000 (196 006)	198 700 (198 680)	201 400 (201 354)	<i>Non disponible</i> (203 487)	1,3 % (1,4 %)
Chirurgiens-dentistes	40 539	40 426	40 481	40 648	40 904	0,2 %
Pharmaciens	58 407	60 366	62 054	63 909	65 150	2,8 %
Sages-femmes	14 353	14 725	15 122	15 684	16 134	3,0 %
Infirmières	382 926	397 506	410 859	423 431	437 525	3,4 %
Masseurs-kinésithérapeutes	52 056	53 997	55 348	56 924	58 642	3,0 %
Orthophonistes	13 483	13 914	14 323	14 836	15 357	3,3 %
Orthoptistes	2 137	2 236	2 309	2 405	2 507	4,1 %
Psychomotriciens	4 588	4 824	5 086	5 325	5 619	5,2 %
Pédicures-podologues	8 789	9 049	9 470	9 859	10 240	3,9 %
Ergothérapeutes	3 888	4 185	4 433	4 683	4 996	6,5 %
Audioprothésiste	1 313	1 422	1 526	1 620	1 714	6,9 %
Opticiens	10 012	11 026	11 910	12 776	13 679	8,1 %
Manipulateurs radio	21 589	21 876	22 450	23 113	23 928	2,6 %

CHAMP : France métropolitaine.

SOURCES : ministère de la Santé et de la Protection sociale - DREES - Répertoire ADELI.

COMMENTAIRES* : pour les médecins, les chiffres issus du Conseil de l'ordre sont mentionnés en gras, entre parenthèses (source : Conseil national de l'ordre des médecins).

ENCADRÉ 1

LES PRINCIPALES SOURCES SUR LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ

La source statistique qui permet aujourd'hui de comptabiliser les effectifs de l'ensemble des professions de santé est le fichier ADELI (automatisation des listes des professions de santé). Ce fichier est alimenté par les déclarations des professionnels auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qui sont centralisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. Ce fichier présente un certain nombre d'imperfections qui sont analysées dans la partie 2 du rapport, mais il donne une information aujourd'hui de plus en plus fiable sur les effectifs globaux, notamment grâce aux rapprochements effectués avec d'autres données, celles provenant de l'enquête emploi de l'INSEE, et celles provenant des fichiers des ordres, pour lesquels l'inscription est obligatoire pour exercer. Ces rapprochements permettent d'effectuer un redressement des données recueillies, qui vise à corriger les défauts d'inscription dans ADELI.

À côté du fichier ADELI, il existe d'autres sources d'informations sur les effectifs des professions de santé.

Tout d'abord, les professions qui sont représentées par un ordre professionnel ont des données propres issues de l'inscription auprès du Conseil de leur ordre. Ensuite, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données sur les professionnels libéraux, ainsi que de données d'activité sur le nombre de leurs actes. Des informations démographiques peuvent également être obtenues auprès des caisses de retraite des professionnels libéraux. Enfin, pour les professions les plus nombreuses, des sources générales comme le recensement ou l'enquête emploi de l'INSEE peuvent être utilisées. Pour la partie hospitalière, SIGMED, outil de gestion de la DHOS pour le personnel hospitalier statutaire, et les enquêtes, comme la statistique annuelle des établissements suivie par la DREES (SAE), menées auprès des établissements donnent également des informations sur les effectifs. Les professionnels eux-mêmes ont dans certains cas été à l'origine d'enquêtes, de Livres blancs ou de recensements sur leurs spécialités. L'analyse des écarts entre toutes ces sources permet de faire la part entre ce qui relève de différences de champ dans la définition des effectifs et ce qui relève de décalages dans les mises à jour des fichiers, en particulier au moment de l'inscription des professionnels ou de leur départ à la retraite.

■ ■ L'analyse menée sur certaines professions révèle que le vieillissement des effectifs et l'importance des départs à la retraite posent d'ores et déjà le problème de leur renouvellement

Des prévisions sur les départs à la retraite ont été conduites dans le cadre de l'Observatoire de l'emploi public⁶. Ces prévisions ont été réalisées pour l'ensemble des établissements de santé employant des agents de la fonction publique hospitalière, qu'il s'agisse de centres hospitaliers universitaires (CHU), de centres hospitaliers spécialisés ou généraux ou d'hôpitaux locaux⁷. Les effectifs de la fonction publique hospitalière dans ces structures étaient en 1999 proches de 707 000 agents correspondant à un effectif en équivalent temps plein de 666 000 personnes.

Cette étude permet de mesurer le volume des départs attendus entre 1999 (date prise comme référence) et 2015, soit sur une durée de seize années, pour l'ensemble des filières d'emplois (administrative, médico-technique, services de soins, filière technique et ouvrière). Si l'on se concentre sur la filière de soins, près de 280 000 départs à la retraite sont attendus, ce qui représente 56 % des effectifs de cette même filière.

Plus précisément pour les professions de santé, la situation des effectifs, complétée par une analyse des pyramides des âges et une estimation des départs prévisibles à la retraite, fait apparaître une part faible de moins de 35 ans chez les médecins, les dentistes et les pharmaciens. Les médecins et les chirurgiens-dentistes regroupant également les parts les plus importantes de praticiens de plus de 55 ans. L'absence de jeunes, donc du potentiel de renouvellement, est beaucoup moins marquée dans les autres professions de santé.

6. Fonction publique hospitalière – Données démographiques horizon 2015, mai 2003

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/onemfph>

7. Les effectifs de la fonction publique hospitalière sont employés dans trois types de structures juridiques : les établissements autonomes pour personnes âgées, les établissements pour adultes et enfants handicapés (soit le secteur social qui employait 9,7 % des effectifs en 1999) ainsi que les établissements publics de santé (soit le secteur sanitaire qui employait 90,3 % des effectifs de la fonction publique hospitalière en 1999). L'étude présentée concerne les personnels titulaires de la fonction publique hospitalière.

TABLEAU 2

INDICATEURS SYNTHÉTIQUES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ, AU 1^{ER} JANVIER 2003

	Effectifs au 01/01/2003	Part des moins de 35 ans (%)	Part des 55 ans ou plus (%)
Médecins	201 400	7,5	20,4
Chirurgiens dentistes	40 648	14,4	22,6
Pharmaciens	63 909	16,0	17,3
Sages-femmes	15 684	30,6	11,6
Infirmières	423 431	28,0	12,9
Masseurs-kinésithérapeutes	56 924	29,6	18,7
Orthophonistes	14 836	30,6	11,2
Orthoptistes	2 405	39,6	10,9
Psychomotriciens	5 325	36,4	5,9
Pédicures-podologues	9 859	37,9	14,6
Ergothérapeutes	4 683	47,9	6,4
audioprothésiste	1 620	35,7	21,9
Opticiens	12 776	49,0	13,7
Manipulateurs radio	23 113	29,6	10,3
Ensemble des professions réglementées par le code de santé publique	876 613	22,6	15,7

CHAMP : France métropolitaine.

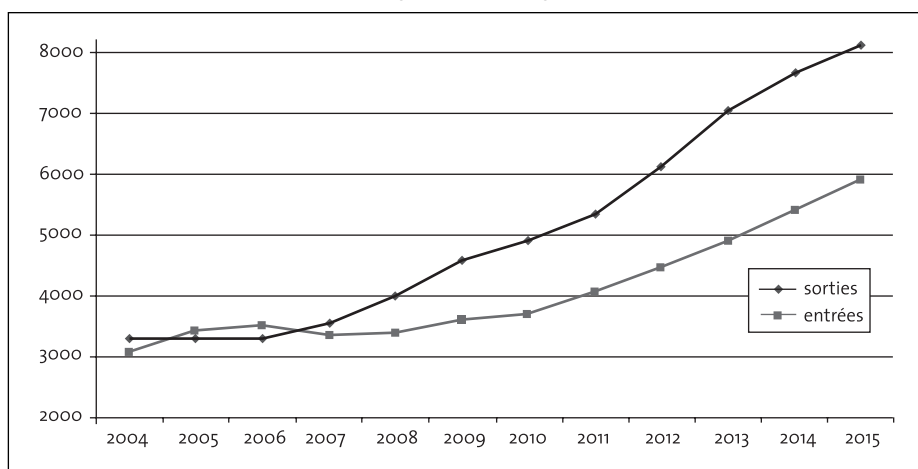
SOURCE : ministère de la Santé et de la Protection sociale - DREES - Répertoire ADELI.

■ **POUR LES MÉDECINS, L'IMPORTANCE DES DÉPARTS PRÉVISIBLES À LA RETRAITE
SE TRADUIT PAR UNE SITUATION TENDUE DANS LES TOUTES PROCHAINES ANNÉES**

Si l'on rapproche, pour les médecins, le nombre prévisible de départs à la retraite, dans les prochaines années, du nombre de nouveaux diplômés susceptibles de « prendre la relève », on peut distinguer trois périodes : jusqu'en 2007, le nombre d'entrées et de sorties est à peu près équivalent ; à partir de 2008 jusqu'en 2015 le solde devient négatif de façon croissante. Ce n'est qu'à partir de 2016 que s'ouvrirait une période où le solde, toujours négatif, pourrait le devenir de façon décroissante⁸, sous l'hypothèse d'un numerus clausus fixé à 7 000 et d'un âge moyen de départ à la retraite à 64 ans. Ce constat global, qui a été précisé pour chacune des spécialités auditionnées, se traduit déjà pour certaines par une situation tendue. Il est donc essentiel d'envisager dès à présent les pistes qui permettraient de répondre à une diminution sensible des effectifs entre 2008 et 2015. Pendant cette période en effet, les modifications du numerus clausus ne pourront avoir aucune influence.

8. Projections établies par le bureau des professions de santé de la DREES. Une publication à paraître au 4^e trimestre 2004 donnera le détail par grande discipline (DARRINÉ (S.), *Études et résultats*). Voir aussi le tome 2 du présent rapport, consacré à l'analyse prospective.

ENTRÉES ET SORTIES PAR ANNÉE PROJETÉE (AU 31 DÉCEMBRE)



SOURCE : DREES

ENTRÉES : il s'agit du nombre d'étudiants en médecine diplômés et entrant sur le marché du travail, en tenant compte de tous les phénomènes pouvant « freiner » leur entrée : redoublement en cours d'études, voire abandon, délai à l'entrée en activité plus ou moins long après le diplôme, fuites (départs à l'étranger), etc.

SORTIES : il s'agit du nombre de professionnels en activité sortant d'activité pour cause de retraite ou de décès.

REMARQUE : ces entrées et sorties sont plus significatives pour une période couvrant quelques années projetées, que pour une seule année projetée, du fait des imprécisions du modèle qui peut faire entrer ou sortir d'activité une partie des médecins avec un peu d'avance ou de retard.

■ LES PHARMACIENS ONT DES EFFECTIFS EN AUGMENTATION, DONT LA RÉPARTITION PAR CANTON A ÉTÉ ANALYSÉE

Un important travail de comparaison des fichiers a été effectué entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (cf contribution 3 dans ce rapport). Deux fichiers principaux ont été rapprochés dans ce but :

- celui des actifs inscrits à l'Ordre des pharmaciens (fichier ICOP du Conseil national de l'ordre des pharmaciens) ;
- celui des actifs inscrits auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), informations qui remontent ensuite auprès de la DREES et sont centralisées dans le fichier ADEL.

Globalement, les effectifs des pharmaciens sont en augmentation régulière depuis 2000, avec un taux de croissance moyen annuel d'environ 3 %.

La comparaison entre les fichiers fait apparaître un écart sur les effectifs globaux de 3,9 % au 1^{er} janvier 2004 (66 266 pharmaciens dans ADEL, contre 68 974 dans le fichier de l'Ordre), avec une forte tendance à la résorption des écarts (ceux-ci étaient de 9,3 % en 1999). Les écarts qui subsistent s'expliquent par la sous-évaluation dans le fichier ADEL des pharmaciens adjoints et la surévaluation du nombre de titulaires d'officine. En effet, les remontées d'informations sur les départs à la retraite des titulaires d'officine ne se font que partiellement. En conséquence, les classes d'âges les plus élevées sont légèrement surreprésentées parmi les titulaires.

Pour analyser cet écart, la confrontation entre les fichiers a été conduite à un niveau plus fin. Pour les modes d'exercice (notamment titulaires d'officine, pharmaciens qui travaillent dans l'industrie ou la distribution, adjoints et remplaçants en officine), la répartition des pharmaciens par grand secteur d'activité s'avère assez proche entre les deux sources, les titulaires d'officine représentant la plus grande partie des effectifs (autour de 75 % dans les deux fichiers).

La comparaison montre en revanche que les disparités entre les deux fichiers sont très inégalement réparties selon les régions ou les départements. Le tome 4 fournit un diagnostic de la répartition des pharmaciens d'officine au niveau cantonal, pour chaque région.

■ **LA CROISSANCE DES EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES DANS LA PÉRIODE RÉCENTE PROFITE PLUS AU SECTEUR LIBÉRAL QU'AU SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC**

Trois sources de données existent sur la profession de sage-femme : le répertoire ADELI (DREES), le fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) et le SNIR (CNAMTS, uniquement professions libérales).

Au 1^{er} janvier 2004, le répertoire ADELI affiche 16 134 sages-femmes en France métropolitaine. Au 31 décembre 2003, le CNOSF recense 16 054 sages-femmes. La comparaison entre les sources ADELI et celles du Conseil de l'ordre des sages-femmes a été menée dans le cadre du groupe de travail de l'Observatoire consacré aux sages-femmes. Cet examen montre que les chiffres portant sur les effectifs globaux sont très proches, mais que des différences se manifestent principalement aux âges d'inscription et de désinscription, car dans les deux cas la démarche est plus rapide ou plus systématique à l'Ordre.

La profession a commencé à vieillir depuis la fin des années 1980, en raison de la légère baisse du nombre de diplômées. L'évolution des âges est liée notamment à celle des quotas, ou plus récemment du numerus clausus, et à la durée de la formation, qui est passée à quatre années en 1984.

L'âge moyen des sages-femmes est de 41,2 ans en 2003. Selon les données du CNOSF, il varie selon les secteurs d'activité, il est de 47 ans en PMI et de respectivement 39 ans et 40 ans pour les salariés du secteur public et du secteur privé.

Un des faits importants mis en évidence par le groupe de travail est la modification de la répartition des effectifs qui s'effectue en faveur du secteur libéral sans compenser toutefois la fuite des effectifs du secteur hospitalier public. Entre 2001 et 2003, selon les données du CNOSF, le secteur public hospitalier a perdu 972 sages-femmes, alors que les effectifs des sages-femmes libérales et salariées privées n'ont progressé que de 156 et de 172. Cela pose la question du devenir de près de 600 sages-femmes.

■ **LES EFFECTIFS INFIRMIERS SONT EN CROISSANCE RÉGULIÈRE MAIS LES SPÉCIALISATIONS ET LES LIEUX D'EXERCICE SONT INSUFFISAMMENT REPÉRÉS**

Un important travail de confrontation des différents fichiers a été conduit par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Les résultats permettent d'établir un recensement, dont les résultats synthétiques sont présentés dans ce rapport (cf. contribution 4 de ce tome) et dans une version plus détaillée sur le site de l'Observatoire. Au total, huit fichiers ont été rapprochés : deux fichiers à vocation généraliste (le recensement de la population et l'enquête emploi de l'INSEE) ; le répertoire ADELI de la DREES ; deux fichiers sur les établissements (enquête SAE de la DREES et enquête SPE de la DHOS) ; les données de la CNAMTS ; les données de la CAR-

PIMKO⁹ et la statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux. Sur la base des travaux de comparaison engagés, un premier redressement a été proposé et permet d'aboutir aux résultats présentés dans le tableau ci-après¹⁰ :

TABEAU 3

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS INFIRMIERS

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés	Effectifs bruts ADELI	Effectifs redressés
Libéraux (activité principale)	54 750	51 226	57 023	53 386	57 493	54 254	58 590	54 267	59 456	54 014
Hospitaliers	271 608	271 608	278 496	278 496	289 768	289 768	299 013	299 013	309 981	309 081
Salariés non hospitaliers	40 758	82 698	47 407	83 617	50 245	84 535	53 256	85 454	54 894	86 372
Total	367 126	405 532	382 926	415 499	397 506	428 557	410 859	438 734	423 431	449 467

SOURCE : DHOS, données au 1^{er} janvier.

CHAMP : France métropolitaine.

D'après ces données, le rythme d'évolution des effectifs infirmiers est en moyenne entre 1999 et 2003 de 2,6 % par an, le secteur hospitalier enregistrant la progression la plus importante de ses effectifs avec plus de 3 % par an, soit 14 % en quatre ans.

Selon les projections établies par la DREES, les départs importants des infirmiers seraient plus que compensés par les flux d'entrée, si l'on maintient le quota de formation actuel (30 000) et si les comportements actuels de sortie d'activités se poursuivent (cf. tome 3 du rapport).

Le recensement spécifique des infirmiers ayant une spécialisation est aujourd'hui mieux connu dans le secteur sanitaire public. Le répertoire ADELI, qui en dénombre 8 %, les sous-évalue certainement du fait d'une insuffisante déclaration des professionnels. En effet, à l'exception des puéricultrices, les spécialisations peuvent s'effectuer après une expérience professionnelle, et certains infirmiers restent inscrits dans leur activité passée. Les statistiques de la DHOS pour les établissements publics de santé donnent les éléments suivants mesurés au 31 décembre 2001 : 3,5 % d'IADE, 3,3 % de puéricultrices, 2,5 % d'IBODE.

Les pics de départ à la retraite sont en 2011 et 2012, pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) et pour les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), ces pics sont à partir de 2014.

■ ■ Les inégalités dans la répartition des professions de santé sur le territoire

9. La CARPIMKO est l'une des onze sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance-vieillesse des professions libérales ; doivent s'y affilier les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, exerçant à titre libéral.

10. Le principe du redressement d'ADELI sur les effectifs infirmiers a consisté à caler les effectifs des libéraux recensés dans ADELI sur ceux de la CNAMTS, à ne pas redresser les effectifs totaux des infirmiers hospitaliers et à redresser ceux des infirmiers salariés non hospitaliers à partir de l'enquête emploi. Cette démarche aboutit à augmenter les effectifs globaux, notamment du fait d'un fort redressement sur les effectifs d'infirmiers salariés non hospitaliers.

national ne sont pas compensées par les nouvelles installations

Les professions de santé sont réparties de façon inégale sur le territoire. Ces différences de densité ne peuvent être justifiées par les différences entre les populations visées, comme le souligne encore le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie¹¹. Les travaux de l'Observatoire conduisent par ailleurs à souligner que ces inégalités de densité pour les médecins ne sont pas compensées par les nouvelles installations, bien au contraire.

■ LES DISPARITÉS RÉGIONALES DE DENSITÉ SE RETROUVENT POUR TOUTES LES PROFESSIONS DE SANTÉ

Dans le cadre des travaux conduits au sein du groupe de travail, plusieurs éléments doivent être soulignés sur le point déjà fort documenté des disparités régionales de densité pour toutes les professions de santé.

Tout d'abord, l'ampleur des inégalités territoriales n'est pas identique pour toutes les professions. Parmi les cinq professions de santé les plus représentées numériquement, les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes, les écarts de densité les plus élevés concernent les médecins spécialistes et les masseurs-kinésithérapeutes¹². Pour les médecins spécialistes, deux régions se situent très nettement au-dessus de la moyenne : l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un autre groupe de régions, le plus souvent méridionales, est légèrement au-dessus de la moyenne nationale (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Alsace). Toutes les autres régions ont une densité inférieure à la moyenne française, qui est de 173 spécialistes pour 100 000 habitants. En Picardie, la densité de spécialistes, de 113 pour 100 000 habitants, est inférieure de 34,7 % à la moyenne nationale. Les écarts pour les infirmiers sont supérieurs à ceux observés pour les médecins et ils ont tendance à s'accroître dans le temps. En 1990, l'amplitude des écarts entre régions extrêmes était de 1 à 1,5 en 2001, il est aujourd'hui de 1 à 1,9, les disparités étant encore plus marquées pour les infirmiers libéraux¹³. En revanche, pour les pharmaciens, les écarts de densité sont plus faibles. Ainsi, pour les pharmaciens, la densité régionale la plus forte (Limousin) est supérieure de 26,6 % à la moyenne nationale et la densité la plus faible inférieure de 15,6 % à la moyenne nationale (Lorraine).

Si l'on considère les cinq professions de santé évoquées précédemment, on retrouve un classement assez comparable des régions, même si certaines régions se retrouvent dans une situation atypique pour l'une ou l'autre des professions. La Picardie est la région qui enregistre parmi les plus faibles densités pour l'ensemble des cinq professions, la région Champagne-Ardenne, la Haute et la Basse-Normandie faisant également partie des régions très faiblement pourvues. À l'inverse, l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur font presque systématiquement partie des régions les mieux pourvues. L'héliotropisme des professions de santé se retrouve presque identiquement pour les cinq professions ici retenues, de sorte que les écarts de densité affectent l'ensemble de l'offre de soins. Il faut signaler le cas particulier des infir-

11. *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie*, janvier 2004, p. 99-105 consacrées à la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

12. Analyse des densités des 5 professions de santé les plus représentées numériquement au 01/01/2003 pour les médecins et au 01/01/2004 pour les autres professions, source : ADELI.

13. Cf. *Rapport de l'Observatoire*, tome 3.

miers, dont la densité en Île-de-France est significativement plus faible que la densité moyenne de la France.

Les écarts de densité observés au 1^{er} janvier 2004 sont très proches de ceux analysés au tout début des années 2000. Ils confirment donc le constat selon lequel, après avoir diminué de façon significative entre 1985 et 1995, les disparités de densité régionales pour les différentes professions de santé apparaissent stables globalement depuis cette date.

Toutefois, comme l'ont montré plusieurs études, les inégalités de répartition géographique doivent être analysées à un niveau plus fin que la région. Cette question, qui est étudiée dans le tome 4 du rapport annuel de l'Observatoire fondé sur une approche cantonale, fait également l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre des comités régionaux de l'Observatoire.

■ LES RÉGIONS JUGÉES LES MOINS ATTRACTIVES PEINENT À RETENIR LES JEUNES MÉDECINS FORMÉS SUR PLACE

L'attribution d'un nombre de places au concours, par université et donc par région, ne conduit pas forcément à une répartition maîtrisée des médecins sur le territoire, car le pouvoir de rééquilibrage du *numerus clausus* est très variable d'une région à l'autre¹⁴. Cela provient notamment du fait qu'il n'existe pas encore en France de politique de régulation à l'installation opérationnelle pour le secteur libéral, comme cela a été institué dans d'autres pays¹⁵. Il en résulte que la capacité des régions à former des diplômés et leur capacité à les retenir ne sont pas toujours corrélées, comme le fait apparaître le tableau 4.

Il est habituel de considérer qu'il existe une relation entre chaque faculté de médecine – il y en a 43, dont 11 à Paris-Île-de-France – et une zone périphérique, au sein de laquelle les nouveaux diplômés s'installeraient préférentiellement. Cette relation existe ; il suffit d'observer les cartes de densité médicale pour constater une densité de médecins supérieure à proximité de chaque faculté. Ce phénomène traduit sans doute aussi l'attrait de l'urbanisation et de l'ensemble des services offerts pour les nouveaux diplômés.

La relation entre le lieu de formation et le lieu d'installation doit également être analysée en prenant en compte d'autres évolutions survenues plus récemment. Ainsi, depuis le milieu des années 1980 et l'institution de l'internat comme voie unique de formation des futurs spécialistes, la réussite au concours et l'obtention d'un poste d'interne constituent, pour près de la moitié des candidats reçus, le motif d'un changement interrégional et donc d'une rupture avec la faculté d'origine¹⁶ (celle où ont été suivis les deux premiers cycles de formation).

Désormais, un interne sur deux effectue son internat de quatre ans, souvent prolongé par un clinicat de deux à quatre ans, à distance de sa région et dans une autre faculté. Cela affaiblit d'autant la notion de « faculté d'origine » comme déterminant principal du lieu d'installation. Et cet affaiblissement va encore s'accroître avec l'institution en 2004 de l'internat pour tous, au terme duquel, à partir de 2005, ce sera la totalité des futurs médecins, spécialistes ou généralistes, qui pourront effectuer leur troisième cycle dans une

14. BREUIL (P.), « Démographie médicale : intérêt et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques », *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, XXXIII^e année, n° 2, p. 165-186, avril-juin 2003. NIÉL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

15. BOURGUEIL, DURR, ROCAMORA HOUZARD, « La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni », *Études et résultats*, n° 120, juin 2001, DREES.

16. CHABOT (J.-M.), « Concours d'internat : Résultats par facultés et commentaires », *Revue du praticien*, 1995, 45 : 2581-2582.

autre région que celle de leur faculté d'origine.

TABLEAU 4

**PROPORTION DE MÉDECINS EXERÇANT DANS LEUR RÉGION DE THÈSE AU 01-01- 2003
PARMI LES MÉDECINS DIPLÔMÉS ENTRE 1993 ET 2001**

Région de diplôme	Généralistes		Spécialistes	
	hommes	femmes	hommes	femmes
Alsace	72 %	74 %	64 %	66 %
Aquitaine	71 %	75 %	67 %	66 %
Auvergne	78 %	84 %	56 %	62 %
Basse-Normandie	83 %	78 %	57 %	51 %
Bourgogne	77 %	68 %	43 %	40 %
Bretagne	84 %	79 %	69 %	67 %
Centre	73 %	71 %	54 %	47 %
Champagne-Ardenne	76 %	71 %	53 %	49 %
Franche-Comté	76 %	73 %	50 %	50 %
Haute-Normandie	81 %	77 %	56 %	51 %
Île-de-France	56 %	71 %	51 %	74 %
Languedoc-Roussillon	73 %	69 %	71 %	64 %
Limousin	58 %	58 %	55 %	45 %
Lorraine	75 %	68 %	61 %	53 %
Midi-Pyrénées	77 %	78 %	71 %	72 %
Nord — Pas-de-Calais	82 %	75 %	63 %	61 %
Pays de la Loire	80 %	77 %	64 %	63 %
Picardie	74 %	74 %	49 %	46 %
Poitou-Charentes	81 %	73 %	53 %	46 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	88 %	86 %	85 %	87 %
Rhône-Alpes	80 %	80 %	78 %	78 %

SOURCE : répertoire ADEL de la DREES, données redressées au 01/01/2003.

CHAMP : France métropolitaine.

LECTURE : parmi les hommes généralistes diplômés en Alsace, 72 % d'entre eux y travaillent (et donc 28 % travaillent dans une autre région).

L'acuité de ce problème, dont se sont fait particulièrement l'écho certains comités régionaux, a justifié le lancement d'un recensement des flux de diplômés et des flux d'inscrits à l'Ordre des médecins, par spécialité. Il a été réalisé par chaque comité régional de l'Observatoire, avec le concours des facultés de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003 et devra être poursuivi année par année. Dès à présent, on peut clairement constater que le bilan fait sur trois années 2001, 2002 et 2003 montre que, dans certaines régions (par exemple Île-de-France, PACA), le nombre de médecins spécialistes inscrits à l'Ordre est bien supérieur à celui des spécialistes ayant terminé leur formation dans ces mêmes régions. Une constatation inverse peut être observée pour d'autres régions, (par exemple la Haute-Normandie et la Picardie).

L'analyse des données recueillies fait en effet apparaître que certaines régions, dispo-

sant de capacités de formation importantes et qui connaissent donc de nombreuses sorties de diplômés, ne sont pas attractives à cette même hauteur pour l'installation dans ces spécialités¹⁷. La puissance de la relation entre faculté de formation et zone d'installation est particulièrement intéressante à observer dans les régions qui présentent déjà un risque de « pénurie médicale » à court et moyen terme, comme notamment la Picardie, le Centre, la Bourgogne, la région Champagne-Ardenne, la Basse-Normandie ou la Haute-Normandie.

Cette dernière région, qui comprend deux départements (Seine-Maritime et Eure) et une faculté de médecine à Rouen, a fait l'objet d'un travail mené par le comité régional de l'Observatoire en partenariat avec les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Il a permis de localiser géographiquement les lieux d'installation des nouveaux diplômés¹⁸. Il apparaît ainsi que moins de 49 % (69 sur 142) des médecins spécialistes diplômés à la faculté de médecine de Rouen en 2000 et 2001 se sont finalement installés au sein de la région. Pour ces deux mêmes années, la fuite est moins importante en ce qui concerne les médecins généralistes nouvellement diplômés, 66 % (68 sur 102) s'installant soit en Seine-Maritime soit dans l'Eure.

Finalement, ces données semblent indiquer une relation assez « distendue » entre la faculté d'étude de troisième cycle et la localisation de l'installation ultérieure, notamment pour une région signalée comme une de celles où le risque de pénurie est établi.

Cette relation distendue se retrouve pour des facultés pourtant implantées dans un autre contexte. Ainsi, une thèse réalisée en 2004 à la faculté Necker-Enfants malades¹⁹ montre que sur l'ensemble des étudiants diplômés en médecine générale entre 1992 et 2001 (soit 10 promotions successives) et exerçant la médecine générale en cabinet, près de 40 % exercent en milieu rural ou semi-rural – nécessairement à distance de Necker – et 60 % en milieu urbain.

Il peut être déduit de ces travaux que le choix d'une localisation d'installation dépend vraisemblablement d'un grand nombre de facteurs, parmi lesquels la proximité de la faculté d'origine ne constitue qu'un élément, dont l'importance est probablement variable.

Il ressort aussi qu'il est aujourd'hui difficile de reconstituer le parcours professionnel d'un étudiant dès lors qu'il a obtenu son diplôme et quitté sa faculté. Ce constat confirme l'intérêt d'un répertoire national fiable, comme le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), permettant de suivre chaque médecin depuis son internat – où il commence à prescrire – jusqu'au terme de son exercice professionnel.

■ LES DÉSÉQUILIBRES DANS L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE SONT MAL APPRÉHENDÉS PAR LES STATISTIQUES GLOBALES

Paradoxalement, la connaissance du secteur libéral est aujourd'hui meilleure que celle du milieu hospitalier. Dans le secteur libéral, la nécessité pour le patient d'envoyer sa feuille de soins pour être remboursé par l'assurance-maladie garantit l'inscription du professionnel auprès de cette administration. Par ailleurs, l'information recueillie sur les actes pratiqués permet une connaissance fine de l'activité des professionnels de santé qui travaillent en secteur libéral.

En revanche, la connaissance des effectifs présents dans les établissements hospita-

17. Cf. les tableaux par région, contribution 5, de ce tome.

18. Ce travail a été limité aux diplômés de 2000 et 2001, trop peu de médecins diplômés en 2002 et 2003 étant encore installés.

19. MANGÉY-LE CONTE (C.), *Devenir professionnel de 10 promotions de médecine générale thésées entre 1992 et 2001*. Thèse de médecine Paris V-Necker 2004.

liers reste imparfaite. Selon l'enquête statistique annuelle des établissements de santé (SAE), réalisée chaque année par la DREES et qui couvre l'ensemble des établissements publics et privés, les personnels médicaux des seuls établissements publics représentent, en 2002, 53 146 personnes, dont les statuts sont variés²⁰. Les systèmes d'information sont aujourd'hui davantage centrés sur le suivi des personnels statutaires, c'est-à-dire les personnels hospitalo-universitaires²¹ et les praticiens hospitaliers à temps plein et à mi-temps pour lesquels la DHOS remplit un rôle direct de gestion (cf. annexe sur les statuts hospitaliers). Les médecins hospitaliers sont mal caractérisés en partie du fait de la porosité entre les catégories²².

Or, face aux difficultés de recrutement, certains hôpitaux ont multiplié localement le recours à des professionnels de santé recrutés dans des conditions non statutaires. Plusieurs de ces statuts permettent des recrutements locaux qui ne sont pas recensés au niveau national, ni parfois même déclarés par les établissements auprès de la DRASS ou de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). De ce fait, les médecins « non statutaires » peuvent être recrutés dans un hôpital sans nécessairement que leur présence dans cet hôpital soit recensée au niveau régional et *a fortiori* au niveau national.

Ce point est particulièrement important car le travail mené par les comités régionaux et lors des auditions conduit à souligner combien l'absence de données fiables dans ce domaine limite le diagnostic de l'offre de soins. En effet, outre l'impossibilité d'un recensement quantitatif, l'absence de données chiffrées sur le secteur hospitalier précisant les qualifications et les statuts des professionnels de santé qui exercent dans ce cadre rend très difficile une appréciation de la nature et de la pérennité de la prise en charge hospitalière des patients.



En conclusion, le secteur des professions de santé aura à connaître un vieillissement et un important renouvellement dans les dix années à venir, avec une partie des effectifs, principalement pour les médecins, qui ne sera pas compensée. Le suivi fin des modalités selon lesquelles s'opéreront les renouvellements apparaît comme une priorité. Leurs effets pourraient être très contrastés selon les professions, selon les structures d'exercice et selon les territoires. Il est nécessaire de mobiliser les systèmes d'information, en particulier au niveau régional, afin d'évaluer dès à présent les solutions à apporter pour maintenir une offre de soins satisfaisante.

Les auditions menées avec les médecins montrent

20. En ETP, les catégories les plus importantes sont les praticiens hospitaliers (31 510), puis les attachés (9 063), viennent ensuite les assistants (4 239), les autres salariés (3 260), les hospitalo-universitaires (3 012), puis les hospitaliers universitaires non titulaires (2 032), source SAE, chiffres provisoires.

21. Les effectifs des personnels hospitalo-universitaires représentent, au 1^{er} janvier 2003, 9 067 personnes, dont 5 518 sont titulaires (PU-PH, MCU-PH) et 3 549 sont temporaires (AHU, CCA). Source : ministère de l'Éducation nationale.

22. SCHWEYER (F.-X.), « Crises et mutations de la médecine hospitalière », *La Crise des professions de santé*, sous la direction de Kervasdoué, Dunod, 2003.

que les chiffres disponibles sur les effectifs reflètent imparfaitement l'exercice réel

L'analyse des effectifs des différentes professions de santé s'est effectuée par une confrontation entre les résultats issus des données statistiques aujourd'hui disponibles et les données dont disposent les professionnels sur les effectifs de leur spécialité et l'évolution de son activité, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Concrètement, le travail a pris la forme d'auditions associant le conseil d'orientation de l'Observatoire, avec l'appui de la CNAMTS, et les représentants des spécialités médicales et chirurgicales et des professions (cf. encadré 2).

ENCADRÉ 2

LA MÉTHODE DE TRAVAIL PAR AUDITION AU SEIN DE L'OBSERVATOIRE

Vingt-huit auditions se sont tenues : des représentants des médecins généralistes, de quinze spécialités médicales, de dix spécialités chirurgicales, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes ont été entendus par l'Observatoire.

Parmi les professions, l'Observatoire a privilégié celles qui avaient produit des données sur la démographie, notamment sous forme de Livres blancs ou d'enquêtes spécifiques.

Six spécialités médicales (dermato-vénéréologie ; endocrinologie, génétique médicale ; médecine interne ; médecine du travail ; rhumatologie) et trois spécialités chirurgicales (chirurgie maxillo-faciale ; chirurgie thoracique et cardiaque ; neuro-chirurgie) n'ont en revanche pu être auditionnées lors de cette première année de travaux de l'Observatoire. De même sept autres professions de santé n'ont été ni auditionnées ni étudiées de façon approfondie : les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les audioprothésistes et les opticiens. Ces professions seront auditionnées dans la deuxième étape des travaux. L'organisation des auditions s'est déroulée selon le même schéma :

La composition du « groupe » de professionnels auditionnés a été à chaque fois décidée par le collège de la spécialité. Elle a visé à assurer une représentation la plus variée possible de la profession. À chacune des auditions, ont participé quatre à six professionnels, représentant des modes d'exercice variés (secteur libéral, secteur hospitalier : CHU, hôpitaux généraux...), des institutions diverses (dans tous les cas les collèges et les sociétés savantes, quelquefois des syndicats professionnels) et des origines géographiques différentes (région parisienne, agglomérations importantes ou plus petites...).

Du côté des institutions productrices de statistiques, étaient présents à chacune des auditions le bureau des professions de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES), le Conseil national de l'ordre des médecins, le service statistique de la Caisse nationale d'assurance-maladie (pour les données sur les libéraux) et la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, pour la partie hospitalière (DHOS).

Sous l'autorité du président de l'Observatoire, les réunions elles-mêmes ont été l'occasion de présenter les données statistiques et d'évoquer les préoccupations propres à chaque spécialité, selon une grille d'entretien transmise à l'avance aux représentants des spécialités auditionnées.

Des comptes rendus détaillés de chacune de ces auditions ont été rédigés, en intégrant éventuellement des compléments des services statistiques. Ils sont publiés en ligne sur le site de l'Observatoire. Pour chaque spécialité, un résumé des auditions a été établi (cf. compte rendu des auditions). Ces comptes rendus comme ces résumés ont été validés par les représentants des spécialités auditionnés.

Les quinze spécialités médicales auditionnées sont les suivantes :

- anatomo-cyto-pathologistes
- anesthésistes-réanimateurs
- cardiologues
- hématologues
- hépato-gastro-entérologues
- néphrologues
- neurologues
- oncologues
- pédiatres
- pneumologues
- psychiatres
- spécialistes en médecine nucléaire
- spécialistes en médecine physique et de réadaptation
- spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale
- spécialistes en santé publique.

Les dix spécialités chirurgicales auditionnées sont les suivantes :

- chirurgiens généraux
- chirurgiens digestifs
- chirurgiens infantiles
- chirurgiens orthopédistes
- chirurgiens vasculaires
- gynécologues-obstétriciens
- ophtalmologues
- oto-rhino-laryngologues
- spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- urologues.

Les infirmiers et les sages-femmes ont été associés dans le cadre du groupe de travail qui leur était spécifiquement consacré. Le tome 3 du rapport annuel de l'Observatoire rend compte des travaux menés sur ces deux professions, ainsi que sur celle des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Le choix de cette méthode de travail était notamment justifié par le fait que la répartition par spécialité des effectifs de médecins et de chirurgiens pose d'importants problèmes de rapprochement statistique, qui avaient déjà été identifiés dans le cadre des travaux réalisés au sein du Conseil national de l'information statistique²³. Les rapprochements effectués dans le cadre de l'Observatoire comme ceux menés à l'initiative des institutions collectrices permettent de mieux comprendre d'où proviennent ces écarts. La constitution du RPPS, répertoire unique et partagé, prévoit une mise à jour qui doit permettre une plus grande cohérence et fiabilité du recensement²⁴. En effet, les échanges avec les professionnels auditionnés ont permis d'identifier que la difficulté de parvenir à un recensement fiable résulte souvent de la non-coïncidence, forte dans certaines spécialités, entre le diplôme obtenu et déclaré par le biais de la formation et l'exercice effectivement pratiqué. Les données issues des fichiers du ministère de la Santé et du Conseil national de l'ordre sont en effet issues de déclarations des professionnels, généralement faites sur la base de leur qualification initiale. Il n'existe en revanche aucune mise à jour régulière de ces déclarations, en particulier pour rendre compte des évolutions de l'exercice effectif des professionnels, qui peut pourtant s'éloigner de sa spécialité initiale²⁵.

Le fait que plusieurs démarches puissent être retenues pour compter les effectifs provient fondamentalement du fait qu'il coexiste deux modes d'approche institutionnelle du médecin. L'un est rattaché à la problématique de la formation, l'autre à la problématique de l'exercice (cf. encadré 3).

23. Rapport cité.

24. Outre le fait que ce répertoire sera alimenté à partir d'un seul guichet, toutes les informations feront l'objet d'une validation. Un numéro identifiant unique, attribué à chaque professionnel, permettra de suivre son parcours.

25. Ces problèmes se posent pour les généralistes et pour les médecins issus des anciens régimes (avant la réforme de l'internat en 1983). Les nouveaux régimes d'études médicales, le DES et le DESC, conduisent à un exercice quasi exclusif.

DISCIPLINES, FILIÈRES, SPÉCIALITÉS, COMPÉTENCES, QUALIFICATIONS MÉDICALES²⁶

Les réformes successives des études médicales entraînent parfois des difficultés d'interprétation des termes utilisés pour délimiter les champs respectifs de la formation et de l'exercice professionnel des médecins. Il convient de bien distinguer :

- d'une part ce qui est du domaine de l'organisation de l'enseignement et de la recherche universitaires, à savoir les *disciplines* et les *filières*,
- d'autre part ce qui concerne l'exercice professionnel, à savoir les *spécialités*, les *compétences* et la *qualification*.

■ *La « discipline » médicale*

La notion de « discipline » fait spécifiquement référence aux connaissances, à la recherche scientifique qui les enrichit et à l'enseignement qui les diffuse. La « discipline » correspond donc au trésor des connaissances d'un domaine défini. Quelques exemples de « disciplines » : l'anatomie, la physiologie, la pharmacologie, mais aussi la neurologie, la pédiatrie, l'urologie, etc.

■ *La « filière » de formation*

La notion de « filière » de formation est apparue en 1983 avec la réforme du 3^e cycle des études médicales instaurant l'internat qualifiant, en application des directives européennes. En effet, les textes régissant le 3^e cycle prévoient depuis cette réforme qu'après proclamation des résultats du concours d'internat mis en place en 1983, puis de l'examen classant national qui le remplace à partir de 2004, les étudiants doivent choisir, en fonction de leur rang de classement, la « filière » d'études spécialisées qu'ils vont suivre, chaque « filière » étant contingentée par décision conjointe des ministères chargés de la Santé et de l'Éducation nationale. L'objectif de ce contingentement est d'obtenir l'adéquation la plus appropriée entre le nombre d'étudiants formés, filière par filière, et les besoins du pays.

■ *La « spécialité »*

Avec le terme de « spécialité », on sort du strict domaine de l'enseignement et de la recherche, sans toutefois le quitter tout à fait, pour entrer dans celui de la pratique professionnelle.

Les études de 3^e cycle, désormais toutes spécialisées²⁷, correspondent en effet à la préparation de quatre types de diplômes nationaux : les diplômes d'études spécialisées (DES), les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de groupe I ou II, les capacités de médecine. La possession d'un de ces diplômes constitue un prérequis obligatoire pour la présentation au concours de praticien hospitalier dans la « spécialité » correspondante.

■ *La « compétence »*

Un médecin diplômé dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme de 1983 peut se faire reconnaître comme « médecin compétent qualifié » :

- soit parce qu'il possède un certificat d'études spéciales (ou les connaissances correspondantes appréciées par la Commission nationale de qualification concernée — voir chapitre suivant) pouvant conduire à l'attribution d'une qualification de spécialiste, mais ne souhaite pas exercer cette « spécialité » de façon exclusive. Par exemple un spécialiste de médecine interne peut être qualifié « compétent » en réanimation ou un chirurgien généraliste « compétent » en chirurgie orthopédique.

26. Cet encadré a été rédigé à partir d'une contribution de B. NEMITZ, doyen de la faculté d'Amiens, transmise à l'Observatoire.

27. La mise en place de l'examen classant national en 2004, obligatoire pour tous les étudiants en médecine accédant au 3^e cycle, et la transformation concomitante de la médecine générale en spécialité font qu'il n'y aura plus demain en France que des médecins spécialistes.

- soit parce qu'il possède un (ou plusieurs) certificat(s) d'études spéciales dans un (ou des) domaine(s) ne pouvant donner droit qu'à une « qualification de compétence » comme par exemple, à l'époque, à l'allergologie ou la médecine appliquée aux sports.

■ La « qualification »

Depuis la réforme de 1983 tous les médecins exerçant en France reçoivent une « qualification » (et une seule) précisée sur un document annexé à leur diplôme de docteur en médecine et délivré après validation du 3^e cycle. Cette « qualification » est attribuée dans la « spécialité » correspondant au DES ou DESC du groupe II obtenu.

La « qualification de spécialiste » implique que le médecin qui en bénéficie exerce exclusivement la spécialité pour laquelle il est qualifié. C'est au moment de son inscription au tableau de l'Ordre des médecins que la « qualification » du médecin prend toute sa signification puisqu'il doit être inscrit au tableau correspondant à la « qualification » obtenue. Dans cette procédure, l'Ordre ne se prononce pas sur la validité de la « qualification » à prendre en considération mais prend simplement acte de celle qui a été décernée par l'Université.

■ ■ Les écarts d'effectifs les plus forts concernent des spécialités médicales et chirurgicales où qualification et mode d'exercice divergent

Lors des auditions, les trois sources statistiques principales ont été confrontées afin d'identifier les écarts de définition et de mise à jour existant entre les différentes sources de données, au nombre de 4 pour les libéraux et au nombre de 2 pour les salariés (cf. tableau 1 de la contribution 1 de ce tome) et de comprendre leur incidence sur les écarts d'effectifs constatés.

Les écarts d'effectifs constatés pour les spécialités en médecine entre le fichier ADEL et celui de l'Ordre des médecins procèdent en effet en grande partie des différences entre les champs retenus dans chacun des fichiers :

- l'Ordre ne définit comme spécialistes que les médecins qualifiés spécialistes²⁸. Cette définition réglementaire est plus restrictive que celle retenue dans ADEL qui comprend, outre les qualifiés spécialistes, les médecins ayant une formation hospitalière et universitaire (c'est-à-dire ayant réussi le concours national de praticien hospitalier) sans être « qualifiés spécialistes »²⁹. ADEL recense ainsi plus de 4 000 médecins dans ce cas, sans doute considérés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre. Pour six spécialités, les praticiens hospitaliers représentent plus de 10 % des spécialistes recensés dans ADEL, et même plus d'un quart pour l'hématologie ;
- le traitement des compétents exclusifs diffère également entre l'Ordre et ADEL. ADEL suit la réglementation en vigueur pour l'assurance-maladie³⁰ et considère ainsi comme spécialistes

28. Plus précisément, sont qualifiés spécialistes : les médecins issus du nouveau régime des études médicales et titulaires d'un diplôme d'études spécialisé (DES) ou d'un DESC qualifiant ; parmi les médecins issus de l'ancien régime : les titulaires d'un certificat d'études spécialisées, les internes de CHU qui ont obtenu le CES par équivalence, ou les médecins ayant demandé et obtenu la reconnaissance de leur qualification auprès de l'Ordre.

29. Jusqu'en 1999 (sauf pour la psychiatrie), des places à ces concours (concours dits « de type IV ») étaient en effet ouvertes chaque année à des médecins ne disposant pas de la qualification de spécialiste.

30. « Outre les qualifications conférées par les diplômes ou attribuées par l'Ordre des médecins, il existe la notion de « qualification des médecins spécialistes au regard de l'assurance-maladie ». Cela signifie que certains médecins sont considérés comme des spécialistes dans le cadre de la convention conclue entre les organismes de Sécurité sociale et les médecins spécialistes. Le ministre chargé de la Sécurité sociale a pris un arrêté le 1^{er} juin 1994 (JO du 19 août 1994) reconnaissant ce titre aux titulaires des compétences suivantes : gynécologie médicale, obstétrique, urologie, sous réserve que ces médecins exercent soit exclusivement une de ces compétences, soit simultanément deux d'entre elles, soit une ou deux d'entre elles et la chirurgie générale », extrait de la documentation d'ADEL.

les médecins ayant des compétences exclusives en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ou chirurgie urologique. Ces médecins, lorsqu'ils exercent en libéral, cotent leurs actes comme des spécialistes et ces actes sont remboursés aux patients comme tels par l'assurance-maladie. Mais n'étant pas « qualifiés spécialistes », ces médecins sont recensés à l'Ordre en tant que généralistes à exercice particulier³¹. Plus de 3 400 médecins sont dans ce cas.

TABEAU 5
LES CHAMPS RETENUS. ADELI-ORDRE DES MÉDECINS

	Ordre des médecins	ADELI
Médecins « qualifiés spécialistes »	Spécialistes	Spécialistes
Médecins « compétents qualifiés » « non qualifiés spécialistes »	Généralistes	Généralistes
Praticiens hospitaliers « non qualifiés spécialistes »	Généralistes	Spécialistes
Médecins « compétents exclusifs »	Généralistes à exercice particulier	Spécialistes

LECTURE : les praticiens hospitaliers « non qualifiés spécialistes » sont enregistrés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre, et comme spécialistes dans ADELI.

Le travail de l'Observatoire sur les spécialités médicales et chirurgicales a consisté à commenter ces sources statistiques avec les représentants des spécialités et à confronter ces données avec celles que ces derniers ont parfois constituées, à partir d'une approche différente (cf. comptes rendus exhaustifs des auditions sur le site).

Les réflexions engagées par les spécialistes partent plutôt de l'exercice de la spécialité, intégrant tous les médecins qui l'exercent y compris lorsqu'ils n'ont pas la qualification ordinale. Les données recueillies sur certaines des spécialités auditionnées sont obtenues à partir de plusieurs sources : recensements exhaustifs effectués par le biais des coordinateurs des collèges, enquêtes ad hoc conduites avec l'appui d'instituts extérieurs, évaluation des effectifs à partir d'indicateurs, comme le nombre d'adhérents aux sociétés savantes ou le nombre de participants à des congrès médicaux.

Les observations suivantes peuvent être formulées à l'issue de ces confrontations³² :

Pour huit spécialités médicales sur les quinze reçues, on peut considérer que les écarts entre les sources sont faibles : anatomo-pathologie, cardiologie, hépato-gastro-entérologie, médecine physique et de réadaptation, neurologie, pédiatrie, pneumologie, radiologie.

Pour les huit autres spécialités, trois catégories d'explications des écarts constatés entre les sources doivent être distinguées.

Une première explication des écarts, qui les concerne toutes, provient du fait qu'un certain nombre de praticiens hospitaliers ont été reçus au concours dans cette discipline sans avoir été qualifiés dans cette spécialité. Ces praticiens sont recensés dans le fichier ADELI dans la spécialité dans laquelle ils exercent comme praticien hospitalier et sont recensés par l'Ordre dans leur qualification d'origine. Dans deux spécialités, cette source d'écart a un fort impact, l'anesthésie-réanimation (avec plus de 650 praticiens dans cette situation recensés par ADELI) et la psychiatrie (avec plus de 680 praticiens dans ce cas).

31. Ce mode de classement a été adopté pour les médecins compétents en gynécologie et obstétrique à partir de 2001. Jusqu'en 2000, l'Ordre les recensait parmi les spécialistes en gynécologie-obstétrique.

32. Cf. Compte rendu des auditions, tableau récapitulatif pour l'ensemble des professions auditionnées.

Cette situation s'explique pour l'anesthésie-réanimation, dans le cadre de l'ancien régime des études de médecine, par l'importance des médecins ayant un CES – n'ouvrant pas nécessairement à la reconnaissance au titre de la spécialité par le Conseil de l'ordre. Dans le cas de la psychiatrie, l'existence d'une dérogation renouvelée annuellement par le ministère de la Santé permet encore aujourd'hui de recruter des praticiens hospitaliers n'ayant pas la qualification dans cette spécialité. Cela contribue à expliquer le grand nombre de praticiens dans cette situation.

Pour d'autres spécialités, les écarts ne sont pas tant entre les différents fichiers des institutions qu'entre ces fichiers et les données des professionnels. En effet, les professionnels privilégient une approche par l'activité et intègrent dans leurs effectifs les médecins qui exercent dans cette spécialité. La prise en compte de ces médecins conduit à redresser à la hausse les effectifs de quatre spécialités :

- les hématologues, où les spécialistes au sens strict sont environ 200 mais pour lesquels les effectifs sont estimés à environ 500. La spécialité étant très jeune, la majorité des médecins exerçant dans cette discipline sont des médecins ayant une compétence en hématologie ;
- les néphrologues, qui sont environ 1 000 spécialistes et dont le nombre de médecins exerçant la néphrologie est évalué à environ 1 300. Le décalage s'explique notamment par le fait qu'un nombre important de médecins généralistes se sont progressivement spécialisés dans une pratique de dialyse, et n'ont pas nécessairement sollicité ou obtenu auprès des commissions de qualification siégeant au Conseil de l'ordre la reconnaissance de leur spécialité³³ ;
- les oncologues, qui sont estimés à 1 100 spécialistes d'après les fichiers. Les médecins ayant une compétence en oncologie sont très nombreux (plus de 1 800 dans ADELI ; 2 400 dans les fichiers de l'Ordre) mais il est très difficile d'estimer combien exercent effectivement l'oncologie ; l'effectif de médecins exerçant à titre principal l'oncologie est donc certainement supérieur aux 1 100 spécialistes recensés, mais sans que l'on puisse donner d'évaluation précise ;
- les spécialistes en médecine nucléaire, qui seraient environ 520 à exercer cette spécialité, alors que les deux sources comptabilisent environ 400 spécialistes au sens strict.

Un troisième cas de figure doit être mentionné, celui de la santé publique. Dans cette spécialité, l'écart entre la qualification et l'exercice réel est très élevé et explique probablement largement l'origine des écarts (ADELI recense environ 950 spécialistes au sens strict, contre plus de 1 400 pour l'Ordre). L'une des hypothèses formulées par les professionnels auditionnés est que, fréquemment, la santé publique est exercée comme seconde carrière par des médecins. De ce fait, ces derniers peuvent avoir signalé leur changement d'exercice auprès de l'Ordre, mais ne pas avoir effectué cette démarche auprès de la DDASS, qui continuerait donc à les comptabiliser dans leur ancienne spécialité.

Ainsi, par spécialité, la plupart des écarts trouvent une explication. Il est toutefois difficile de tirer des conclusions quantifiées totalement fiables, notamment parce que les médecins qui ne sont pas comptabilisés dans leur spécialité d'exercice (que ce soit des médecins ayant une compétence en hématologie ou en oncologie, ou des médecins de santé publique) sont comptabilisés ailleurs, sans que l'on sache exactement où (médecine générale, autres spécialités...). On peut toutefois émettre l'hypothèse que, globalement, les fichiers tendent plutôt à sous-estimer les effectifs de médecins de certaines spécialités et à les surestimer pour la médecine générale.

33. Les membres siégeant dans ces commissions sont nommés par le ministre.

Ces confrontations confirment aussi l'importance que revêt dans la démarche de diagnostic démographique la prise en compte des écarts entre la qualification obtenue, la qualification déclarée et l'activité exercée. La situation des omnipraticiens qui est évoquée maintenant est, de ce point de vue, très illustrative.

■ ■ Une partie importante des omnipraticiens recensés ont un exercice autre que la médecine générale

Les effectifs globaux des omnipraticiens sont relativement bien identifiés, puisque les différences de chiffres entre le fichier ADELI et celui de l'Ordre, s'expliquent par les différences de concepts et de définition des champs considérés :

- le fichier ADELI considère comme spécialistes les médecins qui ont été reçus au concours de praticien hospitalier dans une discipline correspondant à une spécialité sans en avoir la qualification, alors que l'Ordre les classe parmi les omnipraticiens (environ 4 000 médecins dans ce cas, principalement en psychiatrie et en anesthésie-réanimation, comme cela a été vu plus haut) ;
- le fichier ADELI classe les médecins ayant une compétence exclusive en gynécologie et en urologie parmi les spécialistes, car ils relèvent d'une tarification de spécialiste pour l'assurance-maladie, alors que l'Ordre les classe parmi les omnipraticiens.

Pour les praticiens exerçant spécifiquement dans le secteur libéral, les écarts constatés entre les données globales issues d'ADELI et celles de la CNAMTS (respectivement, pour la France métropolitaine 63 163 et 60 976, hors remplaçants) trouvent également des explications.

Mais l'audition a permis d'établir que le problème posé est, au-delà du chiffrage, celui de l'identification de la part des omnipraticiens qui exercent la médecine générale. Les données ADELI font apparaître que sur les 100 000 omnipraticiens recensés dans ce fichier, seulement 77 844 déclarent un mode d'exercice en médecine générale (hors acupuncture et homéopathie)³⁴. Pour le secteur libéral, les données de la CNAMTS permettent également de repérer que seulement 54 405 médecins sur les 60 976 identifiés ne sont pas des médecins à exercice particulier (MEP) ou à orientation complémentaire.

Les données de la CNAMTS, qui sont renseignées à partir des informations sur la cotation des actes figurant sur la feuille de soins, fournissent une bonne photographie des médecins exerçant la médecine générale. Mais ces données, qui n'intègrent pas les remplaçants, peuvent également sous-estimer la part des médecins ayant une autre activité à côté de l'exercice libéral, ainsi que celle des médecins ayant un exercice spécialisé mais qui, n'étant pas qualifiés, continuent à coter des actes de consultation classique, ou encore ceux pour lesquels les patients ne présentent pas de demande de remboursement.

Les auditions conduites avec les médecins généralistes comme avec les différentes spécialités médicales laissent penser que le vivier des omnipraticiens libéraux exerçant la médecine générale est plus faible que ce qu'il n'y paraît. Plusieurs éléments contribuent en effet à une réorientation des médecins exerçant la médecine générale :

- dans certaines spécialités, les professionnels considèrent qu'une partie des praticiens est constituée de médecins généralistes ayant acquis des connaissances dans la spécialité,

34. Médecins généralistes selon les compétences qu'ils détiennent et leur mode d'exercice. Source ADELI, France entière, cité dans le compte rendu de l'audition.

sans avoir acquis la compétence au sens ordinal. En particulier, pour la néphrologie, l'oncologie, l'hématologie, les écarts de chiffres avec les données des professionnels sont pour partie expliqués par un effectif relativement significatif de médecins dans cette situation ;

- les passerelles universitaires (DU, DIU, capacités, DESC de type I), qui permettent d'aller de la médecine générale vers l'exercice d'une médecine plus spécialisée, se sont développées. À titre d'exemple, en médecine physique et de réadaptation, vient de se créer un DIU qui doit permettre à des médecins généralistes d'exercer dans la spécialité sous certaines conditions. Avec la mise en place de la réforme des études médicales de 3^e cycle, qui aligne la formation en médecine générale avec celle des autres spécialités, le risque de voir des étudiants choisir une spécialisation au travers d'un DESC dès la fin de leur cursus apparaît important ;
- les passerelles hospitalières existent également. Elles sont possibles dans le domaine de la psychiatrie, où les dérogations annuelles autorisent des médecins non qualifiés dans la spécialité à se présenter au concours. Elles sont également possibles vers des exercices en plein développement, en particulier la médecine d'urgence dans les hôpitaux et la gériatrie dans les hôpitaux ou dans des établissements pour personnes âgées. Les médecins généralistes ayant acquis une capacité dans ces domaines représentent des effectifs en forte progression, comme en témoigne notamment l'importance des recrutements de praticiens hospitaliers en médecine d'urgence.
- l'exercice de la médecine du travail ou de la médecine en santé publique représente souvent une possibilité de seconde carrière pour des médecins généralistes.

Ces passages de la médecine générale vers d'autres exercices préoccupent les médecins généralistes qui se sont exprimés lors de leur audition à l'Observatoire.

Pour expliquer l'importance de ces transferts vers d'autres exercices que celui de la médecine générale, ils mettent en avant deux éléments : le premier concerne le manque d'attractivité grandissant de cette activité pour les jeunes du fait des conditions de travail et d'horaires ; le second se rapporte au manque de perspectives et à l'absence de possibilités organisées d'évolution dans la carrière. Ces éléments peuvent contribuer à expliquer le choix d'un certain nombre de médecins généralistes de se diriger vers d'autres formes d'exercice que la médecine générale, afin justement d'évoluer dans leur pratique. La définition de la médecine générale comme spécialité qui vient d'intervenir ouvre sur ce point des possibilités, elle laisse toutefois ouverte la question de la couverture des besoins de soins auxquels répondent ces praticiens. Cette question se pose avec encore plus d'acuité si l'on tient compte des attentes à leur égard que manifestent un grand nombre de spécialistes. En effet, de nombreux transferts d'activité et de soins sont envisagés en direction des médecins généralistes, soit au titre des missions de soins de santé publique (prévention, dépistage, suivi des pathologies chroniques...), soit au titre d'une recomposition souhaitable des compétences. La question de l'existence du vivier de généralistes qui rendrait possibles ces évolutions et celle de leur impact sur la médecine de proximité, dont le maintien est par ailleurs déclaré prioritaire, apparaissent urgentes à examiner.

Ces évolutions de carrière sont déjà à l'œuvre et appelées sans doute à se développer. Mis à part le départ à la retraite, des cessations sont constatées, tout au long de la carrière, pour les omnipraticiens, et pour un médecin sur cinq, selon les résultats d'une étude du CREDES, la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas dix-huit ans³⁵. L'absence de

35. LUCAS- GABRIELLI (V.) et SOURTY-LE GUELLEC (M.-J.), « Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », *Question d'économie de la santé*, n° 81, avril 2004, CREDES.

suivi de ces évolutions ne permet donc guère, *in fine*, de se prononcer sur leur importance et sur la nature des risques éventuels qu'ils peuvent faire peser sur les évolutions de la médecine de premier recours.

■ ■ Pour les chirurgiens, la répartition par spécialité reste imprécise

La comptabilisation des effectifs des spécialités chirurgicales rencontre plus de difficultés encore que pour les spécialités médicales, notamment du fait des modifications successives de la réglementation qui sont intervenues dans le régime de formation des chirurgiens.

Parmi les dix spécialités chirurgicales reçues dans le cadre de l'Observatoire, seules deux ne posent pas de difficultés majeures pour ce qui est du recensement de leurs effectifs : l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie.

Les écarts constatés pour la gynécologie-obstétrique proviennent du fait évoqué précédemment : l'Ordre et ADELI se réfèrent à des réglementations différentes pour définir leur champ de recensement.

Pour toutes les autres spécialités, la pratique de l'exercice a contribué à brouiller les frontières entre chirurgie générale et spécialités chirurgicales. Le cas de la chirurgie digestive est emblématique de ces difficultés. En effet, la qualification des médecins exerçant la chirurgie générale et digestive a varié en fonction du régime des études médicales sous lequel ils ont obtenu leur diplôme : qualification en chirurgie générale jusqu'en 1983, en chirurgie viscérale de 1984 à 1991 et en chirurgie viscérale et digestive à partir de 1992. Selon la date d'obtention du diplôme, les médecins qui exercent la chirurgie générale et digestive sont donc classés dans les deux sources soit parmi les chirurgiens généraux, soit en tant que chirurgiens viscéraux et digestifs.

Plus généralement, l'ancien régime des études médicales conduit à classer en « chirurgie générale » beaucoup de praticiens qui exercent en réalité une chirurgie spécialisée. L'urologie est caractéristique de cette situation : alors que 400 à 500 spécialistes sont recensés (selon les fichiers de l'Ordre et les fichiers ADELI), les professionnels estiment qu'il y a environ 1 000 chirurgiens qui exercent en urologie, principalement par la voie d'une compétence en urologie. L'orthopédie et la chirurgie vasculaire ont des problèmes de chiffrage comparables, même s'ils sont d'une ampleur moindre³⁶.

Le régime des gardes contribue en outre à maintenir une certaine opacité. En effet, un chirurgien peut avoir une activité spécialisée (chirurgie infantile, chirurgie vasculaire) mais être sollicité pour des gardes sur une palette d'interventions plus large. Cela explique dans un certain nombre de cas le maintien des chirurgiens dans la catégorie de la chirurgie générale plutôt qu'une déclaration dans la spécialité de leur exercice. Cette difficulté a été signalée à plusieurs reprises dans les auditions conduites avec les chirurgiens.



36. Il n'y a pas de compétence en chirurgie vasculaire, mais nombre de chirurgiens généraux ont une pratique d'exercice partiel en chirurgie vasculaire, sans abandonner la chirurgie générale, pour des motifs de garde ou de clientèle bien souvent.

En conclusion, les problèmes de comptabilisation des effectifs concernent surtout les spécialités médicales et chirurgicales où exercice et qualification initiale divergent.

Les évolutions de carrière, les changements d'exercice ne sont pas systématiquement déclarés et donc enregistrés, de telle sorte que les fichiers rendent imparfaitement compte de la réalité de l'offre de soins. Le fait qu'une partie importante des omnipraticiens recensés a un exercice autre que la médecine générale doit être particulièrement souligné. La mise à jour des évolutions qui interviennent dans les carrières constitue un point crucial pour l'amélioration de l'information démographique. La mise en place d'un répertoire partagé des professions de santé (RPPS) devrait contribuer à cet objectif.



es éléments à prendre en compte pour affiner le diagnostic démographique

Le constat de la progression ou du maintien des effectifs en activité doit être nuancé par la prise en compte de l'évolution des flux de formation, très contrastée selon les différentes professions de santé

La fixation de quotas ou de *numerus clausus*¹ pour une profession de santé est une question par définition conflictuelle. Elle met en effet en cause des intérêts largement contradictoires, entre volonté de maîtrise des dépenses de santé, souhait des professionnels de maintenir leurs revenus et appréciation de l'adéquation entre le nombre de professionnels et les besoins de santé de la population. Les évolutions du *numerus clausus* des médecins illustrent comment ces contradictions ont abouti à de fortes variations des effectifs formés. Ces variations sont sources de tensions d'autant plus importantes que les jeunes étudiants en médecine, à travers l'internat, constituent également une ressource importante pour le fonctionnement des services hospitaliers. De surcroît, les modalités de régulation des postes d'internes ont abouti à renforcer la concurrence entre spécialités, contribuant à des baisses d'effectifs fondées sur les choix des étudiants plus que sur une évaluation des besoins à venir de professionnels.

Plusieurs incertitudes brouillent l'information sur les flux de formation. D'une part, la pertinence, pour la prévision, des outils nationaux de quotas ou de *numerus clausus* peut être mise à mal par le cadre juridique qui permet la validation des diplômes acquis au niveau européen (cf. l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes évoqué plus loin). L'intégration de cette donnée se posera dès l'année prochaine pour les médecins². D'autre part, le délai qui sépare la date du début et de la fin de la formation dans une spécialité donnée peut subir des variations par rapport au délai théorique de quatre ou cinq ans. Dans les faits, la période de formation est plus longue. Les résultats d'une enquête, menée à l'initiative de l'Observatoire en décembre 2003 auprès des facultés de médecine, corroborent ce constat³. On s'aperçoit qu'en anesthésie-réanimation, seulement 69 % des internes ont terminé leur cursus, ce qui

1. Ces deux termes, consacrés par l'usage, ne relèvent pas de la terminologie juridique. Ils font tous les deux références à une limitation du nombre d'entrées dans un cursus de formation, soit dès la première année du premier cycle de formation (quota), soit à l'issue de la première année pour l'entrée en deuxième année (*numerus clausus*). Est ainsi publié annuellement, pour les médecins, un arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'éducation, « fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle d'études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine ».

2. Cf. titre III n° 2004-67 du décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

3. Cette enquête concerne les DES d'anesthésie-réanimation, de pédiatrie et de psychiatrie.

démontre que le délai de formation est supérieur aux quatre ans pour 31 % de la cohorte d'étudiants.

■ ■ Les quotas de formation ont augmenté avec une ampleur inégale selon les professions de santé

TABLEAU 6

ÉVOLUTION DES QUOTAS POUR 5 PROFESSIONS

	Sages-femmes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Psychomotriciens
1990	629	14 576	1 466	595	290
1991	629	15 141	1 466	565	290
1992	668	18 608	1 466	495	290
1993	668	18 744	1 466	475	296
1994	668	18 625	1 466	475	300
1995	668	18 466	1 466	475	300
1996	663	18 236	1 466	464	300
1997	663	16 236	1 466	458	300
1 998	663	17 236	1 419	451	304
1 999	729	18 436	1 369	461	304
2000	729	26 436	1 314	466	310
2001	759	26 436	1 336	516	332
2002*	900	26 436	1 406	526	332
2003	940	30 000	1 560	600	360
2004	975	30 000	1 655		

SOURCE : DGS.

* instauration en 2002 d'un *numerus clausus* pour les sages-femmes.

Les quotas de formation des cinq professions de santé qui fonctionnent selon ce système évoluent de façon très contrastée :

- les infirmiers ont des quotas de formation qui ont fortement progressé entre 1990 et 2003, malgré une légère baisse entre 1996 et 1999. En 2004, le quota de 30 000 infirmiers représente plus du double du quota de 1990, qui était de moins de 15 000 places ;
- le quota, puis le *numerus clausus* depuis 2002, des sages-femmes est lui aussi en augmentation régulière depuis 1999. On sait que, pour cette profession, le quota ne reflète pas le nombre de sages-femmes qui pourront exercer, en raison notamment d'un taux d'échec et d'abandon des études de l'ordre de 14 % ;
- les psychomotriciens ont un quota de formation en légère progression ;
- à l'inverse, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ont des quotas de formation qui apparaissent plus stables sur l'ensemble de la période.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, il existe une spécificité, qui a été évoquée comme posant un problème par les professionnels lors de leur audition. Elle résulte de l'importance du nombre des autorisations d'exercice délivrées à des praticiens diplômés d'écoles européennes, qui remet en cause l'effectivité des quotas appliqués en France. En effet, les 1500

nouveaux kinésithérapeutes formés chaque année en France sont rejoints sur le marché du travail par un nombre croissant de diplômés extérieurs (900 en 2002, 1 390 en 2003). Les 2/3 sont titulaires de diplômes obtenus en Belgique, pays où le quota n'est pas en vigueur pour la formation⁴.

TABLEAU 7
NOMBRE D'AUTORISATIONS D'EXERCICE DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
DÉLIVRÉES DE JANVIER À DÉCEMBRE 2003 PAR PAYS D'ORIGINE DE LA FORMATION

Pays dans lequel le diplôme a été obtenu	Nombre d'autorisations d'exercice délivrées
Belgique*	1 028
Espagne	263
Allemagne	53
Grande-Bretagne	18
Pays-Bas	10
Suisse	7
Autres (Danemark, Italie, Norvège, Autriche)	11
TOTAL	1 390

SOURCE : DHOS.
 * Ce sont en grande majorité des étudiants français qui obtiennent leur diplôme en Belgique.

4. DARRINÉ (S.), « Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et résultats*, n° 242, juin 2003, DREES, ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité et *Documents de travail, série Études* n° 34, septembre 2003.

■ ■ Le numerus clausus des médecins a connu des variations plus fortes que celui des autres professions de santé

Le numerus clausus a été instauré en 1971 pour les médecins et les odontologistes, et en 1980 pour les pharmaciens.

TABLEAU 8 – ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS

	Médecins	Odontologistes	Pharmaciens
1971-1972	8 588	1 938	
1972-1973	8 571	1 938	
1973-1974	8 564	1 903	
1974-1975	8 607	1 863	
1975-1976	8 669	1 882	
1976-1977	8 671	1 871	
1977-1978	8 281	1 856	
1978-1979	7 913	1 765	
1979-1980	7 121	1 591	
1980-1981	6 409	1 432	2 800
1981-1982	6 409	1 432	2 800
1982-1983	5 900	1 317	2 800
1983-1984	5 000	1 159	2 500
1984-1985	4 754	1 020	2 500
1985-1986	4 754	1 020	2 250
1986-1987	4 460	950	2 250
1987-1988	4 100	900	2 200
1988-1989	4 100	850	2 200
1989-1990	4 000	850	2 250
1990-1991	4 000	850	2 250
1991-1992	3 750	800	2 250
1992-1993	3 500	800	2 250
1993-1994	3 570	800	2 250
1994-1995	3 576	800	2 250
1995-1996	3 576	800	2 250
1996-1997	3 576	800	2 250
1997-1998	3 583	800	2 250
1998-1999	3 700	800	2 250
1999-2000	3 850	800	2 250
2000-2001	4 100	801	2 250
2001-2002	4 700	801	2 250
2002-2003	5 100	850	2 400
2003-2004	5 550*	930	2 600

SOURCE : DGS.

* Chiffre auquel il faut d'ajouter les 50 postes ouverts par un recrutement sur dossier directement en DCEM1.

■ ■ La diminution des flux d'internes en médecine a été inégalement répartie, avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales

La baisse des effectifs des étudiants en médecine, qui a résulté de la baisse continue du *numerus clausus* entre 1977 et 1997, ne s'est pas répercutée de façon homogène. D'une part, le rapport entre le nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes, qui était de 60 sur 40 dans les années 1980, s'est inversé dans les années 2000 ; d'autre part, au sein des spécialités, la répartition a différemment bénéficié aux unes et aux autres.

Certaines spécialités ont bénéficié de la création d'une filière, d'abord la psychiatrie, la santé publique et la biologie, ensuite la médecine du travail, et récemment en 2000 l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la gynécologie médicale et la pédiatrie. Les autres spécialités médicales et chirurgicales sont rassemblées dans une filière commune, soit la filière « spécialités médicales », soit la filière « spécialités chirurgicales ». La répartition annuelle du nombre d'internes se fait filière par filière, ce qui conduit à protéger les disciplines médicales et les disciplines chirurgicales filiarisées au dépens de celles qui sont rassemblées dans la filière spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

TABEAU 9

NOMBRE DE PLACES OUVERTES AU CONCOURS DE L'INTERAT PAR DISCIPLINE*

Année	1985	1990	1995	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Spécialités médicales	1 305	1 281	1 140	1 110	1 000	670	660	660	677
Anesthésie-réanimation						200	205	220	240
Pédiatrie						148	165	177	195
Spéc. médicales y compris anesthésie et pédiatrie	1 305	1 281	1 140	1 110	1 000	1 018	1 030	1 057	1 112
Médecine du travail		60	65	65	100	86	66	66	66
Santé publique	231	40	85	85	70	65	65	65	65
Spéc. chirurgicales						286	286	286	306
Gynécologie-obstétrique						140	170	200	198
Spéc. chirurgicales y compris obstétrique	555	529	435	430	392	426	456	486	504
Biologie	221	150	115	110	105	72	50	50	50
Psychiatrie	235	280	210	200	176	176	176	176	185
TOTAL places	2 547	2 340	2 050	2 000	1 843	1 843	1 843	1 900	2 002
Numerus clausus (N-5)	6 409	4 754	4 000	3 750	3 750	3 576	3 576	3 583	3 700
Nombre places/Numerus clausus	40 %	49 %	51 %	53 %	52 %	52 %	52 %	53 %	58 %

SOURCE : DGS.

* En 2004, le nombre de places ouvertes est de 2504, hors médecine générale.

Les effets de la concurrence entre spécialités apparaissent d'autant plus forts qu'ils jouent à plusieurs niveaux. Ils se manifestent d'abord sur le choix initial de la spécialité, les spécialités filiarisées, qui bénéficient d'un certain nombre de places réservées, étant protégées de la concurrence qui existe entre les autres.

Un autre élément, qui concerne les procédures de choix de stages par les internes, pourrait également influencer la répartition inégale entre les spécialités. Les auditions ont confirmé

que les politiques régionales de définition des stages validants pour les internes étaient très variables. Certaines régions définissent strictement le nombre de ces stages, en adéquation avec le nombre de candidats potentiels. La plupart des régions offrent toutefois un nombre de stages significativement supérieur au nombre d'internes disponibles, à la fois pour maintenir un choix pour les internes et pour ne pas afficher directement la suppression d'un poste d'interne dans un service. Le résultat est que certains services ont beaucoup de difficultés à attirer un jeune interne.

Ce dernier point est renforcé par le fait que l'attractivité d'un service, pour les internes, est un phénomène cumulatif. Moins les internes sont nombreux dans un service, plus les tours de garde reviennent rapidement et donc plus les conditions de travail sont difficiles. De même, les internes privilégient le plus souvent des lieux de formation où il y a plusieurs internes. Ainsi, les services qui ne fonctionnent plus que sur un seul interne (faute de postes ou faute de candidats) sont de moins en moins attractifs.

Il est difficile d'apprécier sur le long terme l'évolution relative des jeunes formés dans les différentes spécialités dans la mesure où les flux de sortie des diplômés sont mal connus. L'Éducation nationale suit en effet principalement les flux d'inscription dans les facultés, et non les parcours des étudiants.

Les données des professionnels, transmises lors des auditions, permettent également de mesurer l'importance sur une plus longue période de la diminution des effectifs des internes formés dans certaines spécialités.

On peut citer à titre d'exemple les médecins spécialistes en anatomo-cyto-pathologie, qui ont transmis sur cette question des données précises à l'Observatoire. Le nombre annuel de nouveaux diplômés à l'échelle nationale dans cette spécialité a en effet chuté de 88 (moyenne 1980-1989) à 41 (moyenne 1990-1999). En 2000 et 2001, il y a eu 35 DES délivrés dans la discipline et en 2002 ils étaient 38. Les estimations du nombre de DES délivrés dans un futur proche font apparaître une diminution encore plus prononcée : les professionnels estiment qu'entre 2004 et 2007 environ 18 DES seront délivrés chaque année⁵. Cette diminution des flux se traduit directement sur le nombre de postes d'internes. Au plan national, le nombre théorique de postes d'internes en anatomo-cyto-pathologie était fixé à 137 en mai 2003. Sur ce total, 96 postes étaient pourvus en mai 2003 – soit un total de postes non pourvus de 41.

Les représentants de l'hépto-gastro-entérologie, qui ont rédigé un Livre blanc de la profession, s'alarment également de la diminution du nombre d'internes dans la spécialité⁶. Alors que 130 médecins étaient formés par an en moyenne au niveau national dans les années 1990, ce nombre est actuellement de 50. Selon les spécialistes de cette discipline, la baisse importante du nombre des étudiants choisissant le DES d'hépto-gastro-entérologie laisse prévoir un déficit plus important que celui qui est établi dans les projections de la DREES, à partir du nombre de places ouvertes.

Le nombre d'internes s'engageant dans la voie de la médecine physique et de réadaptation a également fortement diminué. Les professionnels considèrent qu'avec la réforme de l'accès aux spécialités intervenue à partir de 1989, 189 médecins ont obtenu leur DES entre 1988

5. Sources : données transmises par les professionnels, issues notamment du *Bulletin des enseignants en anatomo-cyto-pathologie*, n° 14, octobre 1999 ; n° 17, octobre 2002 ; n° 19, novembre 2003. Ces données résultent d'enquêtes menées sous l'impulsion de l'Association française des enseignants et chercheurs en anatomie pathologique (AFECAP), qui réalise des enquêtes sur la démographie des internes à partir des coordonnateurs interrégionaux.

6. Le *Livre blanc de l'hépto-gastro-entérologie, Les maladies de l'appareil digestif et du foie, Les enjeux*, éditions Masson, mars 2001, ouvrage collectif coordonné par FOURNET (J.) et DHUMEAUX (D.).

et 1997, soit une moyenne de 21 diplômés par an. Auparavant, les chiffres étaient nettement plus élevés, avec un pic en 1988, où 100 médecins avaient obtenu le diplôme de médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation⁷.

La neurologie signale également des difficultés de même nature. Un chiffre local a été cité concernant l'Île-de-France, avec un passage de 20 internes en neurologie en 1996 à 6 ou 7 en 2002.

D'autres disciplines ont fait valoir la question de la baisse du nombre d'internes : la cardiologie, l'hématologie, l'oncologie, la néphrologie en particulier ont cité ce problème.

Certaines disciplines chirurgicales soulignent également cette baisse du nombre des chirurgiens en formation, qui touche inégalement les différentes branches de la chirurgie. Lors des auditions, les urologues en particulier ont fait valoir une baisse significative sur la période récente du nombre des internes en formation (20 et 22 inscrits en DESC d'urologie respectivement en 2000 et 2001, à comparer avec les 33 puis 46 sortis ces mêmes années – à titre d'exemple).

Les auditions ont montré que certaines disciplines ne souffraient pas directement de déficit d'attractivité auprès des jeunes dans les années les plus récentes. Il s'agit des spécialités qui ont une forte dimension technique, ce qui semble constituer un facteur d'attractivité important pour les jeunes⁸. La radiologie est, par exemple, dans ce cas.



En conclusion, la répartition des effectifs des internes entre les spécialités s'opère principalement à partir de la filiarisation des disciplines chirurgicales et médicales et à partir des choix des internes et de leur appréciation du plus ou moins grand intérêt de telle ou telle spécialité. La répartition ne résulte pas de régulations décidées à partir des besoins. Des diminutions très fortes du nombre d'étudiants formés ont eu lieu dans des disciplines répondant pourtant à des besoins futurs importants. La concurrence entre les spécialités s'opère aussi au détriment de celles ayant une plus grande pénibilité (gardes...). Ainsi, la diminution des flux de formation des internes peut-elle contribuer à expliquer les difficultés de fonctionnement que ressentent certaines spécialités à l'hôpital, alors même que les effectifs globaux des médecins en exercice dans la spécialité peuvent ne pas diminuer.

7. *La Démographie en MPR*, document de la Fédération française de médecine physique et de réadaptation, 26 avril 2002. *Démographie et orientation de la MPR, enquête 1996, réponses au questionnaire général nominatif*, bulletin 97-1 du Syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER).

8. En Île-de-France, près de 30 % des internes en début ou en fin de cursus expliquent leur choix de spécialité par son attractivité. La qualité de vie à terme n'intervient dans le choix que de 13,9 % d'entre eux et la rémunération pour 8,1 % d'entre eux. Cf. *Livre blanc des internes, À quoi rêvent les jeunes spécialistes ?* Observatoire régional de la démographie médicale d'Île-de-France, URML Île-de-France, syndicat des internes des hôpitaux de Paris, novembre 2003.

Les données sur les effectifs doivent être complétées par des données sur le temps effectivement disponible pour des soins

Au-delà des effectifs des professions de santé, pour apprécier l'adéquation de l'offre de soins à la demande, il est nécessaire de mieux connaître le temps effectivement disponible pour les soins, qui dépend du temps de travail effectif des professions de santé, mais également de facteurs organisationnels.

La définition du temps de travail, tout autant que les modes d'organisation du travail répondent à des déterminants très différents entre le secteur libéral et les établissements hospitaliers, ce qui conduit donc à les distinguer pour appréhender la durée du travail des professions de santé.

■ ■ Plusieurs évolutions ont affecté le temps disponible pour les soins à l'hôpital

Le temps de travail des professions de santé a connu des transformations juridiques importantes à l'hôpital : mise en place de la réduction du temps de travail pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, et nouvelle définition du temps de travail pour les personnels médicaux, sont les deux principales évolutions intervenues au début des années 2000.

Parallèlement, les comportements des professions de santé face au travail semblent s'être modifiés, même si ces évolutions ne sont pas toujours bien appréhendées.

■ *LE TEMPS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL A CONNU D'IMPORTANTES TRANSFORMATIONS JURIDIQUES*

Les modifications qui ont touché les conditions de travail sont différentes selon les personnels concernés.

Pour les personnels non médicaux il s'agit essentiellement de la réduction du temps de travail. L'application de la réduction du temps de travail (RTT) dans la fonction publique hospitalière s'est faite en plusieurs temps. En premier lieu, un protocole d'accord sur la mise en place des 35 heures a été signé le 27 septembre 2001 entre le ministère de la Santé et quatre organisations syndicales. Ce protocole définissait pour l'essentiel les règles du jeu du passage aux 35 heures en fixant comme date limite de mise en place de la RTT le 1^{er} janvier 2002 pour les personnels non médicaux.

Pour les professionnels médicaux, le protocole d'accord signé entre les organisations représentatives des praticiens hospitaliers et les pouvoirs publics le 22 octobre 2001 prévoit :

- d'une part une réduction du temps de travail qui se traduit par l'attribution forfaitaire de 20 jours de congés supplémentaires dès le 1^{er} janvier 2002 pour l'ensemble des médecins ;
- d'autre part, l'application de la directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993 interprétée par la CJCE (arrêt SIMAP du 3 octobre 2000). Cela conduit à une redéfinition du temps de travail des médecins des établissements publics de santé qui doit intégrer les périodes de permanence sur place (anciennes gardes) dans le temps effectif de travail, et comporter un repos de onze heures par période de vingt-quatre heures, en limitant le temps hebdomadaire de travail à quarante-huit heures en moyenne calculées sur une période de quatre mois.

En raison de la réorganisation des structures hospitalières et de leur fonctionnement qu'implique la mise en place de ces dispositions, leur mise en œuvre a été fixée au 1^{er} janvier 2003.

Simultanément, les personnels médicaux et non médicaux ont bénéficié de la possibilité d'ouvrir un compte épargne-temps et d'y affecter des jours de congés non pris. Ces réformes ont été accompagnées de l'attribution de moyens complémentaires importants :

- pour les personnels non médicaux (dont les personnels médico-sociaux), 45 000 postes entre le 1^{er} janvier 2002 et le 1^{er} janvier 2005 ;
- pour les personnels médicaux, 3 500 postes nouveaux sont prévus sur quatre ans. Une première tranche de 2000 emplois sur 2002-2003 et une deuxième tranche de 1500 postes en 2004-2005.

Une première source de difficultés vient du fait que les créations de postes ont été étalées dans le temps, alors que les réductions du temps de travail se sont appliquées à compter de la date du 1^{er} janvier 2002. On peut donc considérer que les années 2003 et 2004 sont des années de transition entre deux régimes de temps de travail, les délais de mise en œuvre des moyens d'accompagnement de la réforme expliquant une partie des difficultés constatées dans le milieu hospitalier. À cela s'ajoute les difficultés de recrutement sur un certain nombre de postes, qui peuvent encore allonger les délais entre la création du poste budgétaire et la présence effective d'un professionnel de santé supplémentaire.

Pour les personnels médicaux, la situation a été particulière. Le protocole d'accord a non seulement réduit la durée du travail (vingt jours de congé supplémentaire) et limité la durée hebdomadaire à quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois, mais il a aussi affecté la définition même du temps de travail des médecins, pour lesquels, jusqu'au 1^{er} janvier 2003, les gardes étaient comptabilisées en sus des obligations de service. L'intégration des périodes de permanence sur place dans le temps effectif de travail a conduit à redéfinir l'organisation de la permanence médicale, en limitant au minimum les temps de présence sur place, du fait des augmentations d'effectifs exigées pour y faire face.

Ces modifications ont par ailleurs pesé inégalement sur les différentes spécialités médicales. Elles ont en effet impacté directement les spécialités qui assurent la permanence médicale obligatoire 24h/24, en particulier les services d'urgence, les services de réanimation, les services d'obstétrique, l'anesthésie... alors que c'est dans ces mêmes spécialités que les problèmes de recrutement sont les plus importants du fait des contraintes qu'elles génèrent.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs ont conduit à la signature de protocoles d'accord prévoyant un certain nombre de mesures d'assouplissement de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux hospitaliers. Plusieurs dispositions ont ainsi été prévues dans ces protocoles d'accord : possibilité de rachat des jours RTT non pris, augmentation de la durée de conservation des droits épargnés sur le compte épargne-temps, bonification des jours affectés au compte-épargne temps.

■ L'IMPACT DES RÉFORMES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL DES PROFESSIONS NON MÉDICALES MET EN JEU DES QUESTIONS D'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS

La DREES a conduit une enquête, en collaboration avec la DHOS, pour interroger les établissements de santé sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière⁹. Cette enquête statistique, qui

9. BOUSQUET (F.), « Enquête sur la mise en place de la RTT dans la fonction publique hospitalière », *Document de travail*, n° 51, mars 2003, DREES, et *Études et résultats*, n° 224, mars 2000, DREES.

s'est déroulée pendant l'automne 2002, permet d'appréhender la façon dont s'est traduite la réduction du temps de travail pour les différentes catégories de personnel non médicaux (enquête réalisée sur un échantillon d'environ 1 000 établissements). Le calendrier de mise en œuvre des réformes pour les personnels médicaux étant plus tardif, il est encore trop tôt pour disposer d'éléments d'appréciation.

L'analyse du temps de travail dans les hôpitaux doit prendre en compte le fait que les durées de travail étaient, avant même l'application de la réduction du temps de travail, différentes selon les catégories de personnel non médicaux :

- les personnels dits de jour, ayant des horaires fixes en journée,
- les personnels dits à repos variables, travaillant au moins 10 dimanches ou jours fériés par année civile,
- des personnels de nuit, qui étaient officiellement aux 35 heures depuis 1993.

À partir de la situation de ces différentes catégories de personnel, qui n'était d'ailleurs pas totalement identique d'un établissement à l'autre, les négociations conduites ont réparti la réduction du temps de travail entre une diminution de la durée hebdomadaire du travail, qui est passée à une durée de 37,5 heures, et la mise en place de journées dites RTT dans la plupart des établissements, avec une moyenne se situant autour de 15 jours de congés supplémentaires. Les durées déclarées par les établissements sont presque toujours inférieures aux durées maximales légales de travail¹⁰. Par ailleurs, l'enquête estime entre 5,6 % et 5,9 % des effectifs le nombre de créations de postes programmées dans le champ sanitaire, soit un pourcentage plus faible que l'abaissement de la durée du travail – l'hypothèse étant que la réduction du temps de travail doit s'accompagner d'une meilleure organisation des établissements.

Une enquête plus approfondie a été réalisée sur la perception des effets de la réduction du travail sur un échantillon de 17 établissements publics¹¹. Elle fait ressortir l'importance des facteurs organisationnels. En effet, dès lors que la compensation salariale a été définie comme principe et que les créations d'emplois l'étaient par la tutelle, les principales marges de manœuvre locales résident justement dans l'organisation du travail.

La diminution du temps de travail a des impacts différents selon les établissements. Plus faible dans les centres hospitaliers spécialisés psychiatriques que dans les hôpitaux locaux par exemple, cette diminution fait apparaître quatre questions d'organisation comme particulièrement sensibles :

- les temps de chevauchement d'équipes dans les services de soins, qui déterminent les conditions dans lesquelles l'information sur les patients peut être transmise entre deux équipes ;
- les amplitudes d'ouverture de certaines consultations ou de certains services comme l'imagerie, une réduction des horaires d'ouverture pouvant limiter l'accès des patients à des consultations ou à des examens ;
- la coordination entre professionnels de santé dans les endroits où le travail en commun est indispensable. Le fonctionnement du bloc opératoire devient ainsi de plus en plus compliqué car il doit intégrer et coordonner les absences prévisionnelles de toutes les catégories de personnel (chirurgiens, anesthésistes, infirmières du bloc opératoire diplômées d'État (IBODE), infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE)...). Des « jours bleus » sans opéra-

10. Cela s'explique principalement par le fait que les établissements ont généralement intégré dans leur décompte les 3 jours de congés supplémentaires inhérents à la prise de congés hors saison et au fractionnement de ces congés.

11. TONNEAU (D.), « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 », *Études et résultats*, n° 302, avril 2004, DREES.

tion ont été définis dans certains blocs opératoires pour coordonner les absences de tous les personnels ;

- l'organisation des pools de remplacement est très différente d'un établissement à l'autre, certains pools sont spécialement dédiés au remplacement des jours de RTT, d'autres interviennent pour tous les remplacements indifféremment.

■ **LE TEMPS DE PRÉSENCE ET DE DISPONIBILITÉ POUR LES SOINS SE MODIFIE**

Les nombreuses données disponibles sur le temps de travail ont fait l'objet d'un inventaire pour l'Observatoire (cf. annexe 1). L'exploitation de ces données n'a pu être réalisée dans le cadre de cette première année de travail. La diversité des sources et de leur champ implique un important travail d'analyse afin de pouvoir formuler des interprétations fiables. Pour illustrer les précautions d'interprétation que nécessitent ces données en termes de disponibilité pour les soins, l'exemple du temps partiel est en effet éclairant. Cette forme de travail se développe dans les professions de santé non médicales à l'hôpital. Les chiffres attestent, pour la plupart de ces professions, d'une nette progression de cette forme de travail entre 1995 et 2001. Mais la prise en compte de la nature du temps partiel doit conduire à relativiser son incidence potentielle. L'exemple des infirmiers montre que, pour cette profession, la quotité de travail associée au temps partiel a au contraire augmenté dans les hôpitaux publics¹². En outre, on note, pour les sages-femmes, que l'augmentation des effectifs à temps partiel s'accompagne d'une augmentation concomitante plus forte, en 2000, des effectifs à temps plein (+ 4,7 % contre 3 %) ¹³.

TABLEAU 10

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS À TRAVAIL À TEMPS PARTIEL

CHEZ LES PERSONNELS NON MÉDICAUX DES SERVICES DE SOINS ENTRE 1995 ET 2001

	1995	2001
Infirmiers	20 %	26 %
Aides soignants	14 %	21 %
Agents de service hospitalier	12 %	18 %
Sages-femmes	27 %	35 %
TOTAL	17 %	23 %

SOURCES : SAE, DREES.

On doit aussi souligner que les données sur le temps de travail portent le plus souvent sur un temps de travail moyen. Or les travaux sur ce thème font apparaître que le temps de travail d'une même catégorie de professionnels de santé varie de façon importante, en fonction des conditions d'installation ou d'exercice, selon les périodes (cf. encadré 4) et selon le type de zones¹⁴. Une enquête sur l'évaluation du temps de travail, citée par les neurologues lors de leur audition, indique que la durée hebdomadaire moyenne, évaluée à 48 heures, recouvre de fortes disparités entre catégories. Comparé aux femmes, les hommes travaillent en moyenne 9 heures de plus par semaine (50,5 heures contre 41,5 heures). Par ailleurs, le temps de travail moyen hebdomadaire est plus faible chez les neurologues salariés (45,5 heures) que chez les neurologues de statut mixte (50,5 heures) ou libéral (50 heures).

12. Cf. tome 3.

13. Source : annexe du PLFSS 2004, citée dans le tome 3.

14. FIVAZ (C.) et LE LAIDIER (S.), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », *Point stat.*, n° 33, juin 2001.

ENCADRÉ 4

EMPLOI DU TEMPS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

UNE ÉTUDE MENÉE SUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN BRETAGNE

Une étude a été menée, en 2002, auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes en Bretagne pour analyser leur activité et leurs conditions de travail, respectivement pendant une semaine d'été et pendant une semaine d'hiver. Cette enquête fournit certaines informations portant à la fois sur la durée du travail et sur la nature de l'activité des médecins.

- La semaine fait apparaître des comportements contrastés, les femmes préférant le mercredi comme jour de congé alors que le jeudi est un jour de congé pour les hommes médecins installés en groupe ; ces observations rejoignent des constats nationaux.
- La durée de travail a été calculée dans l'enquête à partir des heures de début et de fin de travail, ne prenant donc pas en compte la durée de la pause à midi. Il s'agit d'une information qui va au-delà des analyses des actes effectuées par la CNAMTS. L'enquête aboutit à une durée moyenne hebdomadaire de 52 heures pour la semaine d'hiver et de 57 heures pour la semaine d'été. Pour la semaine d'hiver, l'enquête montre que les femmes ont travaillé autant que les hommes. En revanche, pour cette même semaine, les médecins qui exercent seuls travaillent en moyenne 54 heures et ceux qui sont en groupe travaillent en moyenne 49 heures. Sur la durée journalière, les médecins installés en zone rurale travaillent une heure de plus que ceux installés en milieu urbain (10 h 15 par jour versus 9 h 15 par jour).

SOURCES : Bataillon (R.), Levasseur (G.), Samzun (J.-L.), Baromètre des pratiques en médecine libérale, enquête « conditions de travail », URML, octobre 2003.

Levasseur (G.), Schweyer (F.-X.), Tréguer (C.), Les Médecins généralistes bretons, enquête sur les médecins généralistes et leurs pratiques professionnelles, novembre 2002.

■ ■ La durée du travail et l'activité des professions de santé sont en constante augmentation

Les résultats de plusieurs analyses réalisées dans la période récente font apparaître qu'il n'existe plus nécessairement une corrélation entre les données d'activité ou de durée du travail et les variables démographiques telle que l'âge ou le sexe. Dans ce domaine, en effet, la réponse à la demande peut conduire à une évolution forte et rapide des comportements. Par exemple, si l'on se situe au niveau de l'ensemble de la profession, l'augmentation significative du temps de travail des infirmiers libéraux compense pratiquement l'impact du développement du temps partiel hospitalier (cf. tome 3).

■ L'ACCROISSEMENT DE LA DURÉE DU TRAVAIL ET DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS, DANS LE SECTEUR LIBÉRAL

L'évolution du temps de travail sur la période 1989-2001 a été étudiée pour les médecins. Cette étude issue de la confrontation de plusieurs enquêtes statistiques (enquête emploi de l'INSEE et SNIR de la CNAMTS) conduit à relativiser l'impact des déterminants démographiques sur l'activité des médecins, en particulier dans le secteur libéral¹⁵. Pour le dire autrement, les médecins n'ont pas des comportements d'activité stables sur la période et semblent ajuster leur activité en fonction de la demande de soins. Ainsi, si les femmes travaillent tou-

15. NIEL (N.), PERRET (J.-P.), « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années 1990 », *Données sociales INSEE*, 2002.

jours moins que les hommes en 2001, l'écart entre hommes et femmes se réduit : égale à 60 % de celle des hommes en 1989, l'activité des généralistes femmes installées en libéral représente plus de 70 % de celle des hommes en 2001.

Ainsi, sur la période 1989-2001, la structure démographique des médecins a changé, avec une proportion plus importante de femmes (29 % en 1989 ; 36 % en 2001, 37,2 % en 2003). Sur la même période, le temps de travail moyen des médecins a augmenté de deux heures : il se situe en 2001 à 51 heures par semaine, contre 49 heures en 1989.

De même, les activités moyennes annuelles aux différents âges de la vie active se resserrent. On peut faire l'hypothèse qu'une modification à venir de la structure par âge dans le secteur libéral aurait de moins en moins d'impact sur l'activité exercée.

Les données sur le nombre et la nature des actes effectués constituent, de façon complémentaire aux données relatives à la durée du travail, des indications sur l'importance de l'activité et sur ses variations. Les statistiques globales d'activité en secteur libéral sur la période de 2000-2004, qui ont été systématiquement rassemblées pour toutes les professions médicales et chirurgicales auditionnées, font d'abord apparaître que l'activité est en progression pour toutes les spécialités : la progression du nombre d'actes est ainsi systématiquement supérieure à l'évolution des effectifs libéraux, bien que la part des femmes au sein de ces effectifs soit également croissante.

TABLEAU 11

ÉVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL TOTAL D'ACTES EXÉCUTÉS PAR LES MÉDECINS LIBÉRAUX

En milliers d'actes	1985	1990	1995	2000	2001	2002	TCAM* en % 2001-2002	TCAM* en % 1985-2002
Généralistes	213 978	232 762	257 036	281 180	282 335	280 534	- 0,6	+ 1,5
MEP	19 730	21 625	22 421	23 346	23 409	23 669	+ 1,1	+ 1,0
TOTAL OMNIPRATICIENS	233 708	254 387	279 457	304 526	305 744	304 203	- 0,5	+ 1,5
Anesthésie	5 444	8 204	11 038	11 151	11 233	11 746	+ 4,6	+ 4,5
Cardiologie	14 032	18 876	17 345	15 088	15 271	15 868	+ 3,9	+ 0,6
Chirurgie	8 410	7 819	7 488	6 900	6 794	6 848	+ 0,8	- 1,3
Dermatologie-vénéréologie	7 365	10 788	12 547	13 622	13 965	14 185	+ 1,6	+ 3,8
Radiologie	28 266	41 305	46 811	52 583	57 552	62 377	+ 8,4	+ 4,7
Gynécologie-obstétrique	13 775	17 530	18 819	20 038	20 108	20 092	- 0,1	+ 2,2
Appareil digestif	3 214	3 795	4 344	4 992	5 113	5 358	+ 4,8	+ 3,0
Médecine interne	1 499	1 747	1 921	1 893	1 883	1 935	+ 2,7	+ 1,4
Neuro-chirurgie	64	116	167	208	214	234	+ 9,5	+ 7,9
O.R.L.	7 005	8 003	8 454	8 921	9 033	9 126	+ 1,0	+ 1,5
Pédiatrie	7 810	9 441	10 388	10 715	10 879	10 886	+ 0,1	+ 1,9
Pneumologie	2 470	3 021	3 410	3 476	3 485	3 553	+ 0,2	+ 2,1
Rhumatologie	5 301	6 494	7 048	6 960	7 106	7 280	+ 2,4	+ 1,8
Ophtalmologie	14 605	18 435	20 903	23 677	24 619	25 729	+ 4,5	+ 3,3
Urologie	536	691	858	1 259	1 370	1 546	+ 12,8	+ 6,3
Neuro-psychiatrie	3 699	3 125	2 367	1 497	1 377	1 248	- 9,4	- 6,2

SOURCE : CNAMTS, *Carnets statistiques* 2004, n° 110.

* TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Le nombre total d'actes effectués en 2002 a augmenté de 1,4 % par rapport à l'année précédente. Le taux de croissance annuel moyen calculé sur la période 1985-2002 s'élève à +2,1 %.

De 2001 à 2002, les actes de spécialistes ont progressé significativement de +4,1 %, quand ceux des omnipraticiens ont légèrement diminué de 0,5 %. Selon le type d'acte étudié¹⁶, les évolutions sont différentes : ainsi, le nombre des consultations augmente de 2,2 % en 2002 alors que les visites continuent de décroître de 12,9 %. Celui des actes de chirurgie ou d'échographie (K-KE, KC) évolue à +6,6 %, ce qui représente une forte croissance comparée à la période 1990-2002 où le taux de croissance annuel moyen était de 1,7 %. Celui des actes de radiologie (Z) connaît une évolution comparable avec un taux de croissance de 7,8 % en 2002 et de 2,1 % par an entre 1990 et 2002.

Tout semble se passer comme si la sollicitation par les patients conduisait à une augmentation globale de l'activité, indépendamment de la part relative des hommes et des femmes. L'adaptation du secteur libéral à une plus ou moins grande pression de la demande se retrouve dans l'analyse géographique de l'activité : l'activité est en effet globalement plus forte dans les régions où la densité de médecins généraliste est plus faible (même si certains généralistes de régions à forte densité ont une activité très supérieure à celle de généralistes de régions à faible densité)¹⁷.

L'adaptation à la demande a été également mise en évidence dans une étude réalisée par le CREDES, qui porte sur la carrière des médecins généralistes selon leur date d'installation. Les résultats de cette étude montrent que les jeunes médecins s'installent plus tardivement que leurs aînés (35 ans en 2001, 31 ans dans les années 1980), mais qu'ils rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt. Leur niveau d'activité se traduit par un nombre d'actes en milieu de carrière équivalent à celui des aînés en fin de carrière¹⁸. Cette étude met en évidence que l'activité des femmes suit la même tendance, mais à un niveau moins élevé. Les auteurs de l'étude soulignent que cette progression significative du niveau d'activité des jeunes généralistes correspond à une inversion de la tendance observée dans la période 1979-1983. Cette inversion, enregistrée au début des années 1990, intervient dans la période où s'amorce un ralentissement de la croissance des effectifs médicaux.

■ LE REPOSITIONNEMENT DU TEMPS CONSACRÉ AU TRAVAIL ET LA REDÉFINITION DU TEMPS CONSACRÉ AUX SOINS

L'ensemble des évolutions évoquées restent largement à documenter. Elles semblent toutefois converger vers le constat selon lequel ni le temps de travail des professionnels de santé, ni leur comportement d'activité, ni leur souhait d'exercice ne connaîtront la stabilité des générations antérieures¹⁹.

Des évolutions des modes de vie sont souvent évoquées. Elles se traduiraient par une aspiration à une diminution du temps de travail. Les éléments présentés précédemment semblent indiquer que cette aspiration, si elle est avérée, pourrait trouver des modalités diverses de réalisation, non réductibles à une diminution standardisée du temps de travail, car différents indices montrent qu'il existe plutôt un repositionnement du temps consacré au travail. Il se

16. « Structure des actes en médecine libérale en 2002 », « Le Secteur libéral des professions de santé en 2002 », *Carnets statistiques*, n° 110, 2004, CNAAMS.

17. FIVAZ (C.), Sylvie LE LAIDIER (S.), doc cité.

18. LUCAS-GABRIELLI (V.), SOURTY-LE GUELLEC (M.-J.), article cité.

19. On note par exemple, pour les infirmiers, une forte augmentation de la mobilité qui conduit les recruteurs à évoquer un « nomadisme infirmier » (cf. tome 3 du rapport).

traduit notamment par une moins grande appétence à assurer les contraintes de gardes. Il est rendu possible par des changements de trajectoires professionnelles au cours de la carrière, entre modalités et statuts d'exercice, ou bien encore, pour les femmes, par des interruptions transitoires de l'activité. Il se manifeste aussi à travers le souhait de préserver ses conditions de vie en dehors de l'activité professionnelle, souhait que traduit l'augmentation évoquée des installations des cabinets en dehors des lieux de domicile.

La réduction du temps médical qui résulterait de cette réduction du temps consacré au travail ne semble pas globalement mécanique. Ses effets localisés sont de ce fait moins prévisibles. Elle pourrait être porteuse d'une réduction ciblée de l'offre de soins médicale dans certains secteurs d'activité, du fait d'une moindre attractivité liée à l'absence de souplesse des conditions de travail. Beaucoup de spécialités ont fait, par exemple, état d'une forte aspiration des jeunes générations vers le statut de salarié, et les travaux menés sur les infirmiers montrent que leur choix d'emploi intègre de plus en plus les conditions de travail, ce comportement expliquant les problèmes de recrutement que rencontrent les services de gériatrie par exemple. Un déséquilibre d'attraction entre les secteurs d'exercice pourrait créer d'importants problèmes de fonctionnement. Les tensions provoquées par l'interdépendance, en termes de charge de travail des secteurs hospitalier et libéral sont évoquées dans le tome 3, pour les sages-femmes.

La réduction du temps passé au travail ne constitue pas le seul élément qui influence la part du temps consacré aux soins. Certaines transformations du contenu de l'activité y contribuent également. Outre la part jugée grandissante consacrée à la gestion des procédures et des enquêtes administratives, les professionnels ont souligné lors des auditions le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Beaucoup ont également noté que le temps consacré aux patients et à leurs familles s'allonge et que le développement du travail en réseau prend aussi du temps. Enfin, la nécessité pour beaucoup de disposer de davantage de temps pour la formation continue, pour la mise à niveau des connaissances et pour les échanges est soulignée dans le secteur libéral²⁰.



En conclusion, différents indices témoignent de transformations importantes dans les comportements et les aspirations des professionnels de santé. Une logique unique ne semble pas les sous-tendre, puisque l'aspiration énoncée à une diminution du temps de travail se conjugue, par exemple, à une augmentation, dans les faits, de l'activité. Ce paradoxe pourrait relever d'une adaptation contrainte par la demande ou témoigner de la force du sens du « devoir », pour ces professions. Ces transformations impliquent certainement la nécessité d'intégrer, pour établir l'état des lieux et la prospective démographiques, des données renseignant plus précisément le temps de travail, les modalités de la répartition de l'activité entre les différents soignants. Des informations décrivant la nature du temps médical sont aussi utiles pour saisir ce qui, dans la durée, entretient ou à l'inverse pourrait tarir l'attractivité de ces professions.

20. L'organisation des échanges sur les conditions de travail est jusqu'à présent moins développée dans ce secteur que dans le secteur hospitalier public, cf. LE LAN (R.), avec la collaboration de BAUBEAU (D.), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, n° 335, août 2004, DREES.



es évolutions envisagées

Des réorganisations de l'offre de soins constituent, avec les effectifs et la durée du travail, des modalités de réponse à la demande de soins

Parmi les professions de santé, les spécialités médicales et chirurgicales sont dans une situation particulière du fait de la tension aiguë qui se manifeste déjà sur les effectifs de certaines d'entre elles et compte tenu des projections démographiques, qui prévoient une diminution importante de leurs effectifs, malgré la hausse du *numerus clausus* récemment décidée (cf. tome 2 du rapport de l'Observatoire).

De ce fait, elles ont développé des réflexions sur les solutions possibles pour anticiper cette évolution des effectifs et de la durée du travail, considérant qu'au-delà de la réduction du temps de travail les jeunes générations avaient, face au travail, une attitude différente de celle de leurs aînés qu'il fallait intégrer. Le fait le plus notable est l'extrême attention portée par tous à la question des inégalités de situations et à leurs effets, tant sur l'accès à l'offre de soins que sur la qualité de l'exercice. Deux évolutions sont très fréquemment citées comme souhaitables pour entamer une sortie de crise « par le haut » : d'une part, une réorganisation de l'offre de soins qui privilégie un regroupement des moyens et, d'autre part, un partage des compétences différent entre professions de santé, qui laisse une place plus grande à des professions autres que les médecins.

■ ■ Les tensions sur l'offre de soins affectent avec plus ou moins d'acuité les différents secteurs d'exercice et les différents territoires

Les variations de densité selon les régions, commentées précédemment, constituent bien sûr un premier indicateur de cette situation et permettent de faire apparaître que certaines régions, par exemple, ne comptent que 4 à 6 oncologues.

Mais les auditions ont permis de mettre en évidence la nécessité d'enrichir le constat démographique médical global :

- d'un diagnostic démographique par spécialité et par profession, réalisé à un niveau fin. L'examen par établissement paraît, pour les gynécologues-obstétriciens par exemple, une tâche urgente à conduire¹. Les problèmes spécifiques rencontrés par les hôpitaux généraux ont été soulignés par la presque totalité des spécialités, car ils voient la part de leur prise en charge augmenter, alors qu'ils sont fréquemment confrontés à un problème de ressources et de compétences ;

1. Cf. tome 3, l'analyse des disparités pour les sages-femmes.

- de la prise en compte de la nature de l'activité réellement exercée afin de mieux appréhender les caractéristiques et la qualité de l'offre. La possibilité que soit préservée une part de l'activité programmée est fréquemment évoquée comme un préalable pour le maintien des compétences médicales. Certains exercices, au dire des spécialistes, en particulier les chirurgiens, requièrent impérativement le maintien d'une activité programmée². Plus largement, le déséquilibre entre activité programmée et activité en urgence au sein de l'hôpital peut être lu à la fois comme le résultat de certaines tensions (psychiatrie, pédiatrie) et comme un facteur de tensions dans l'organisation ;
- de la prise en compte de la situation sanitaire et des caractéristiques de la population ;
- d'une appréciation des coopérations indispensables entre spécialités et entre les différentes professions de santé. Au-delà d'insuffisances d'effectifs, les tensions observées dans la réponse à la demande de soins sont souvent liées à des questions renvoyant à l'articulation entre spécialités médicales d'une part, entre spécialités médicales et autres professionnels de santé d'autre part. Outre l'exemple évident des anesthésistes et des chirurgiens, ont été cités par les neurologues les coopérations avec les psychomotriciens et les psychologues, pour la médecine physique et de réadaptation, les besoins de kinésithérapeutes³. Le raccourcissement des durées de séjour, qui se traduit forcément par une autre place laissée à la dimension relationnelle entre le patient et le soignant, constitue sur ce point un facteur qui sollicite sans doute des mutations des modes de coopération.

Des analyses sont entamées sur ces questions par les professionnels. Elles portent sur l'étude par spécialité et par territoire de santé (chez les cardiologues). Les odontologistes se préoccupent aussi particulièrement de la démographie au niveau des cantons ou des communes. Une enquête récente sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) répond aux préoccupations relatives à la répartition des centres de dialyse énoncées par les néphrologues. Cette étude montre que l'augmentation sensible du nombre de centres, qui est passé de 208 en 1994 à 281 en 2001, s'accompagne d'une forte variabilité régionale du nombre de patients pris en charge ainsi que des équipements mobilisés, et des dotations en personnel médical et non médical⁴.

Les comités régionaux se sont largement fait l'écho de cette demande exprimée lors des auditions. De nombreuses initiatives, menées avec les unions régionales des médecins libéraux (URML) ou les ordres régionaux ou départementaux notamment, témoignent de l'importance de cet état des lieux localisé, relevé également par C. Descours⁵.

Pour le secteur hospitalier, les taux de vacance constituent un indicateur intéressant. Sans analyse approfondie, cette information reste toutefois à utiliser avec prudence. Son caractère partiel est particulièrement mis en évidence dans un travail réalisé dans le Nord - Pas-de-Calais, qui montre que sur presque le quart des postes de praticien hospitalier (PH) de la région déclarés vacants au *Journal officiel* faute de titulaires, seulement un poste sur 10 est réellement vacant, c'est-à-dire non occupé même provisoirement. L'analyse des vacances de postes médicaux dans les établissements publics de santé de cette région qui a été effectuée à l'échelle de

2. *La Chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, rapport présenté par le Pr J. DOMERGUE et le Pr H. GUIDICELLI à l'attention du Ministre, février 2003.

3. Sur les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, cf. le tome 3 du rapport.

4. BAUBEAU (D.), TRIGANO (L.). « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et résultats*, n° 327, juillet 2004, DREES.

5. DESCOURS (C.), Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins à l'attention du Ministre, 22 janvier 2003.

chaque établissement met en évidence d'autres éléments intéressants⁶, comme le fait, par exemple, qu'il y ait peu d'écarts entre le taux de vacance des PH et le taux de vacance global, un grand nombre de postes d'assistants restant également vacants. Ou encore que les différences infra-régionales et entre établissements soient importantes. Plusieurs établissements éloignés de la métropole présentent des taux de vacance élevés.

Lors des auditions, la démarche consistant à mettre en regard le nombre de lits et le nombre de médecins, a été présentée comme susceptible de fournir un état des lieux intéressant. Une évaluation concernant l'hospitalisation néonatale, menée par les pédiatres, a permis de recenser le nombre de médecins présents pour 100 lits de réanimation, dans les différentes régions⁷. L'intérêt de ces données est qu'elles concernent aussi bien les personnels médicaux titulaires, que non titulaires. Cette enquête fait apparaître de très fortes disparités de moyens entre les régions, aussi bien pour les postes de titulaires que pour les non-titulaires. À titre d'exemple :

- les deux régions avec le plus de praticiens hospitaliers (hors outre-mer) étaient respectivement l'Auvergne (30,6 PH pour 100 lits) et la région Champagne-Ardenne (26,3 PH pour 100 lits) ; les deux régions les moins pourvues étaient le Limousin (4,4 PH pour 100 lits) et la Franche-Comté (6 PH pour 100 lits) ;
- pour les attachés, les disparités apparaissent encore plus marquées. Quatre régions affichent n'avoir aucun attaché (Champagne-Ardenne, Bourgogne, Limousin, Poitou-Charentes) alors que d'autres ont des chiffres élevés (44,8 attachés pour 100 lits en Lorraine, 33,9 attachés pour 100 lits en Île-de-France).

Enfin, le travail mené lors des auditions de nombreuses spécialités laisse apparaître, tant du côté des professionnels que des étudiants, une plus grande exigence en matière de formation et une tendance à envisager un seuil plancher de compétences techniques, pour les stages comme pour l'installation, qu'elle soit hospitalière ou libérale. Une plus grande attractivité des « lieux d'excellence professionnelle » pour l'apprentissage pourrait ainsi pénaliser encore davantage les lieux de formation ne disposant pas de ces ressources.

La plupart des professionnels auditionnés ont mentionné des problèmes de « compétence », voire de sécurité des prises en charge. Derrière ce constat, il y a parfois des problèmes de personnes n'ayant pas la qualification pour occuper le poste qui serait sinon vacant. Le problème soulevé plus fondamentalement, et de façon aiguë dans les hôpitaux généraux, est celui du seuil de compétence nécessaire. Ce seuil peut renvoyer à un nombre minimal d'actes ou de patients, il peut également renvoyer à un nombre minimal de praticiens, en deçà duquel des coopérations et des complémentarités indispensables à l'exercice ne sont pas atteintes.

De façon incidente, bien que ce thème n'ait pas fait l'objet de travaux cette année dans le cadre de l'Observatoire, on peut formuler l'hypothèse que cette situation donne lieu à des appréciations, fondées ou non, de la part des patients et de leurs familles, qui peuvent les conduire à éviter certains lieux de soins. Des analyses sur le comportement et les trajectoires de soins des patients, sujet également moins documenté pour le secteur hospitalier que pour le secteur libéral, permettraient d'éclairer ce processus éventuel.

6. Note DRASS, Inspection régionale de la santé, Analyse des vacances de postes médicaux dans les établissements publics de santé de la région Nord - Pas-de-Calais. Situation au 30 septembre 2004, source SIGMED et enquête auprès des CH.

7. Enquête menée par les pédiatres et réalisée par questionnaire sur la semaine du 11 au 17 juin 2001. Les résultats figurent dans le compte rendu de l'audition des pédiatres.

■ ■ Les regroupements apparaissent comme l'une des façons de répondre dans de meilleures conditions aux demandes de soins

Le regroupement des ressources et des compétences est une évolution d'ores et déjà engagée dans le secteur hospitalier⁸, comme dans le secteur libéral. Le nombre de médecins libéraux exerçant en société ou en cabinet de groupe a augmenté de 18 % entre 2000 et 2003. Dans ce secteur d'exercice, selon une enquête réalisée en 2002 par la DREES et la CNAMTS, 44 % des médecins libéraux exercent en groupe tandis que 11 % partagent leurs locaux avec d'autres professionnels⁹. Ce mouvement récent, qui est inégalement développé selon les spécialités, semble être le fait des praticiens les plus jeunes et les plus récemment installés. Il s'inscrit dans des logiques diverses, une logique de rentabilité et de mutualisation des moyens. Il traduit aussi une volonté d'amélioration des conditions d'exercice et de vie. Le regroupement constitue en outre une modalité de réponse à la baisse localisée du nombre de professionnels de santé.

Les auditions ont enfin fait apparaître la nécessité, dans de nombreux cas, d'une masse critique de moyens de diagnostic et de compétences pour assurer la qualité et la diversité des soins, et l'intérêt de la création de « pôles d'excellence » ou de « centres de référence »¹⁰. Les regroupements visés ici peuvent aboutir, comme l'ont indiqué les chirurgiens généraux, pour la Franche-Comté, à la fermeture de certains plateaux techniques.

■ LE DÉVELOPPEMENT DES PLATEAUX TECHNIQUES CONDUIT À REGROUPER LES STRUCTURES DE SOINS AVEC UN EFFECTIF MINIMAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET UN BASSIN DE POPULATION SUFFISAMMENT LARGE

Pour plusieurs spécialités auditionnées, médicales ou chirurgicales, la question du regroupement est analysée sous l'angle des conditions nécessaires au fonctionnement d'un « plateau technique » de qualité. Quatre éléments au moins apparaissent déterminants pour ces spécialités qui recourent à un plateau technique :

- le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont tant le coût que les bons usages requièrent la mutualisation des savoir-faire. On note en effet davantage d'exercice en groupe pour les spécialités les plus techniques¹¹. Le plateau technique permet la disponibilité de ces moyens, auxquels les jeunes étudiants ont été formés au cours de leurs études. La chirurgie vasculaire, par exemple, est une discipline « multi-technologique », qui fait notamment appel aux techniques de coelioscopie et qui fera prochainement appel aux techniques robotiques. Mais la disponibilité de ces capacités diagnostiques suppose l'intervention de compétences variées afin d'en permettre l'utilité thérapeutique pour le patient. Les neurologues mentionnent sur ce point des cas où les patients arrivent avec des résultats d'examens d'imagerie qui n'ont pas été demandés par des neurologues et ne s'avèrent donc pas nécessairement pertinents ;
- la qualité de l'exercice médical suppose, dans plusieurs spécialités, une taille minimale. Celle-ci peut découler de la nature même de la spécialité. Ainsi, dans le cas de l'anatomo-pathologie, la qualité des examens dépend en partie de l'existence d'un bassin de population minimal qui per-

8. « Recomposer l'offre hospitalière », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 2003.

9. AUDRIC (S.), « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et résultats*, n° 314, juin 2004, DREES, ministère de la Santé et de la Protection sociale.

10. Sur ce point pour la chirurgie, cf. les propositions DOMERGUE, GUIDICELLI, rapport cité.

11. AUDRIC (S.), doc. cité.

mette de valider les échantillonnages. De même, la réalisation d'un nombre minimal d'actes sur une période de temps apparaît comme une condition pour maintenir des compétences, par exemple chirurgicales. Or certains actes ou certaines pathologies ont une incidence faible, ne permettant pas cette activité minimale nécessaire à l'entretien des compétences ;

- le fonctionnement d'un « plateau technique » implique la présence simultanée de plusieurs professionnels de santé, ces conditions étant plus aisément réunies à partir d'un seuil minimal de population. Des centres d'urologie, regroupant 4 à 6 praticiens couvrant toutes les spécialités, permettraient, selon ces spécialistes, de couvrir les besoins d'un bassin de 300 000 à 400 000 habitants. Les spécialités ayant recours à des plateaux techniques sont par ailleurs pour la plupart favorables au développement de nouvelles professions de santé associées au fonctionnement de ces plateaux techniques. Plusieurs exemples de nouveaux métiers ont ainsi été évoqués par les professionnels de santé : des cyto-techniciens ou des gestionnaires de tumorothèque pour l'anatomo-pathologie ; des techniciens en cardiologie ; des techniciens spécialisés dans les épreuves fonctionnelles respiratoires pour la pneumologie...

- le coût d'installation enfin est un élément essentiel pour ce qui est des regroupements dans le secteur libéral de ces spécialités. En effet, le coût d'acquisition de certaines techniques devient hors de portée pour un médecin libéral installé seul et les représentants de plusieurs spécialités ont indiqué qu'aujourd'hui une installation en libéral – au-delà même des aspirations des plus jeunes peu attirés par un exercice solitaire – devenait inconcevable en termes financiers en dehors du regroupement.

Ces quatre éléments (attractivité pour les jeunes, exigence de qualité, recours simultané à plusieurs professions de santé, coût d'installation) se retrouvent dans la plupart des auditions des professionnels de santé représentant des spécialités médicales qui recourent à un plateau technique. On peut citer, notamment : l'anatomo-cyto-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la cardiologie, l'hépto-gastro-entérologie, la néo-natalogie hospitalière (la pédiatrie libérale relevant d'une autre logique), la pneumologie, la radiologie.

Cette tendance à considérer les regroupements comme inévitables s'accompagne d'une réflexion particulière sur l'attractivité en milieu hospitalier et sur les modes de coopération entre structures de soins, qu'il s'agisse des coopérations public/privé ou des coopérations entre structures de niveaux différents. Quelques exemples concrets peuvent en être donnés.

L'audition à l'Observatoire des radiologues illustre les points de vue de certains professionnels sur cette question. En particulier, pour renforcer l'attractivité des postes offerts dans la spécialité en milieu hospitalier, il apparaît essentiel aux professionnels d'ouvrir ces postes dans des services attractifs pour les plus jeunes et donc dans des services de taille suffisante. L'exemple du Nord - Pas-de-Calais a été cité pour montrer comment une telle politique pouvait conduire à améliorer l'accès de la population à des examens radiologiques de qualité. À partir de centres hospitaliers pivots où sont créés les postes, se développent des coopérations avec d'autres structures hospitalières, soit sous forme de vacations partagées, soit sous forme de télétransmission d'images. Une telle réorganisation conduit à admettre le fait qu'en dessous d'une certaine masse critique, il n'est plus possible d'assurer de manière satisfaisante la gestion d'un service d'imagerie par des praticiens hospitaliers.

Les chirurgiens infantiles ont pour leur part préconisé l'organisation d'une réponse hiérarchisée, basée sur des collaborations entre les structures, à l'instar de celle qui se met en place entre le CH de Saint-Denis et le service de chirurgie pédiatrique Robert-Debré. Un certain nombre de praticiens formés par celui-ci ont été nommés PH à Saint-Denis. Pour conserver leur tech-

nicité, ils peuvent toutefois opérer certains patients à Robert-Debré. Les hématologues ont mentionné l'organisation et la répartition mises en place à Bordeaux entre le CHU et le secteur libéral. Le dispositif, non formalisé mais qui fonctionne, permet au secteur libéral d'assurer la prise en charge des pathologies ambulatoires. Cette solution apporte sans doute une réponse à la question posée par beaucoup de la pertinence de l'occupation des lits hospitaliers.

■ LE REGROUPEMENT APPARAÎT COMME UNE FAÇON DE CONCILIER UN ACCÈS SATISFAISANT DE LA POPULATION AU SYSTÈME DE SANTÉ AVEC DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE TRAVAIL ACCEPTABLES POUR LES PROFESSIONNELS

La question du regroupement dépasse toutefois les activités où les nécessités techniques et thérapeutiques poussent à de telles évolutions. Elle résulte de deux autres préoccupations plus larges :

- la nécessité d'assurer une permanence des soins, en préservant des conditions de travail et de vie non détériorées ;
- la volonté de développer les collaborations de formes diverses entre professionnels de santé.

La nécessité d'assurer une permanence des soins concerne des exercices très différents. Elle se retrouve dans certains services hospitaliers, comme la réanimation, la chirurgie, les services d'urgence et elle s'impose aux médecins généralistes tenus d'assurer une permanence des soins de ville, y compris en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet, c'est-à-dire le soir et les week-ends. L'exercice en cabinet de groupe offre des possibilités qui peuvent modifier le confort de l'exercice et l'organisation du temps. En effet, selon une enquête réalisée en 2002 par la DREES et la CNAMTS, l'exercice en groupe permet plus souvent l'emploi de personnel : seulement 16 % des médecins libéraux exerçant en société n'emploient aucun salarié (contre 53 % des médecins n'exerçant pas en groupe)¹². L'amélioration des conditions d'exercice, apportée notamment par la présence, beaucoup plus fréquente, d'un secrétariat chez les médecins en groupe, semble évidente. Selon une enquête réalisée en Bretagne, un généraliste répond en moyenne à 30 conseils téléphoniques par semaine et un tiers de ses consultations ne sont pas programmées¹³.

Les regroupements connaissent un développement important et ils suscitent un intérêt dû à différents facteurs. L'analyse de ce phénomène devrait être approfondie afin de mieux en appréhender les avantages, mais aussi les conditions juridiques et institutionnelles qui en permettraient le déploiement¹⁴. Par exemple, les ORL ont fait valoir, pour le secteur libéral, l'obstacle que constituent la cotation et la rentabilité très différentes des actes entre les diverses sous-spécialités que sont la cancérologie, l'exploration sensorielle (surdité, vertiges) et la rhinologie¹⁵.

En outre, la confirmation d'une telle réorganisation de l'offre devrait conduire à développer des évaluations permettant de saisir son impact sur l'accès aux soins car le phénomène de concentration des cabinets conduit mécaniquement à accroître les disparités entre les territoires. Il serait alors pertinent d'examiner la question de l'accessibilité de la population à un

12. AUDRIC (S.), art. cité.

13. LEVASSEUR (G.), BATAILLON (R.), SAMZUN (J.-L.), résultats de l'enquête « Conditions de travail » du baromètre des pratiques, URML Bretagne, 2002.

14. IGAS, rapport présenté par JEANNET (A.), DR VIENNE (P.), avec la participation de COSTARGENT (G.), *Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*, 2004 044, avril 2004.

15. La nouvelle classification des actes qui devrait aboutir en octobre 2004, dans le cadre de la refonte de la nomenclature, a pour objectif de repositionner la cotation d'un certain nombre d'actes.

plateau technique performant. Il deviendrait aussi indispensable de mieux réguler les trajectoires des patients. Les auditions ont en effet permis de souligner le problème aigu que représentent les orientations inadaptées, soit par défaut de détection en neurologie par exemple, puisque 25 % seulement des hypertendus sont détectés, soit du fait d'une occupation non pertinente des lits hospitaliers, évoquée notamment en médecine de la réadaptation, en hématologie et en chirurgie.

■ ■ La redéfinition des métiers et la recomposition des compétences

Un nombre croissant de médecins envisagent une évolution de l'exercice de leur activité, et ce pour des raisons qu'il convient de distinguer. On peut, de façon synthétique, identifier trois cas de figures.

Une première série de raisons se rapporte à une logique de recentrage sur le métier et à un bon usage de la qualification :

- la surspécialisation de certaines professions est déjà à l'œuvre en particulier chez les chirurgiens (orthopédie, chirurgie infantile, ophtalmologie par exemple, mais aussi néphrologie). Elle implique un recentrage sur le domaine ou la pathologie et une pratique sélective d'une activité, pour que soit maintenu un niveau d'intervention et de compétence de haut niveau dans le domaine. Un transfert d'une part de l'activité vers d'autres professionnels (médecins et non-médecins) constitue dans ce cas un moyen de préserver le temps nécessaire à l'activité de référence.
- la montée de la préoccupation de prévention, comme le suivi des pathologies chroniques se traduit par la croissance d'une activité de suivi médical des patients que certains spécialistes considèrent devoir être partagée avec d'autres professionnels, afin de préserver, comme dans le cas précédent, une activité conforme aux compétences acquises.

Une deuxième série d'éléments manifeste qu'il existe d'ores et déjà des pratiques de transferts, et la formulation d'un besoin de transfert est une façon d'en revendiquer la reconnaissance. Les manipulateurs radio et les orthoptistes rentrent dans cette catégorie.

Il existe enfin des évolutions de métiers qui traduisent l'interdépendance accrue des professionnels autour du soin et la nécessité de coopérations nouvelles. Elles sont liées au développement des technologies et elles appellent des collaborateurs, pour permettre l'utilisation des équipements (par exemple les manipulateurs d'électroradiologie médicale) et aussi, bien que cela dépasse le champ de la mission, leur maintenance. Elles sont également liées à la nécessité d'une intervention médico-sociale, considérée comme indûment endossée par les médecins (cf. la médecine physique et de réadaptation, la psychiatrie). Des recompositions des métiers sont enfin rendues nécessaires du fait de l'évolution des pathologies. Les recommandations consensuelles de prise en charge des patients et l'examen des capacités thérapeutiques devraient permettre d'éviter l'apparition d'une concurrence entre spécialités, évoquée lors des auditions.



En conclusion, les collaborations entre professionnels de santé sont généralement envisagées positivement car elles permettraient de récupérer du temps de travail médical, mais aussi du temps de formation complémentaire et de gagner du temps libre. Plusieurs aspects ont été soulignés comme particulièrement importants pour assurer leur crédibilité : outre la présence en effectifs des catégories appelées à la substitution ou au transfert, se pose la question de leur reconnaissance statutaire. L'autre aspect porte sur la rémunération des actes transférés. Ces évolutions envisagées positivement dans le secteur hospitalier, comme dans le secteur libéral, posent, plus spécifiquement pour le secteur libéral et le secteur médico-social, le problème de la solvabilité des employeurs leur permettant de rémunérer les salariés, que tous envisagent mieux formés. Enfin, la question de la responsabilité civile et des problèmes médico-légaux doit être traitée. Pour l'heure, les médecins considèrent qu'ils devraient conserver le contrôle, l'autorité et la responsabilité des actes.

Les évolutions souhaitables des contenus et des conditions de la formation

Contrairement à ce qui se passe dans de nombreux pays européens, le cursus des études du 3^e cycle n'offre en France aucun tronc commun de formation. Par ailleurs, l'exercice d'une discipline est exclusif, il n'existe aucune passerelle entre spécialités¹⁶. Cette situation entraîne des rigidités de carrière pesantes pour les étudiants en formation, et rend difficiles des évolutions d'exercice parfois nécessaires en termes d'offre de soins. La situation actuelle pourrait enfin constituer un frein au développement des coopérations entre les spécialités, présenté comme une nécessité pour une prise en charge des patients et des pathologies plus complète et polyvalente. C'est pourquoi des évolutions ont été largement préconisées lors des auditions.

La réflexion sur l'évolution des formations est évidemment alimentée par l'eupéanisation des diplômes. Elle est aussi liée, en rapport avec l'augmentation du *numerus clausus*, à la question des capacités de formation et des lieux pertinents pour les stages.

■ ■ Pour les médecins, la définition de troncs communs de formation, avant spécialisation, paraît une voie souhaitable

La définition de troncs communs, qui a presque été unanimement souhaitée, revêt selon les spécialités des objectifs divers. Le projet, évoqué devant l'Observatoire par les chirurgiens plastiques, serait de créer une formation commune de spécialité qui regrouperait dans son domaine la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique, la chirurgie de la main et la chirurgie pédiatrique. Une plus grande unicité de la formation médicale et chirurgicale fait l'objet de réflexions avancées. Elle vise, pour les ORL, les ophtalmo et les gynécologues-obstétriciens par exemple, une approche moins cloisonnée du patient. Les inconvénients de

16. HARDY-DUBERNET (A.-C.), *La Réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*. Laboratoire Georges Friedman, LEST, recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MiRe, novembre 2001.

ce cloisonnement sont illustrés par les chirurgiens généraux et digestifs, car le fait qu'ils aient abandonné l'endoscopie les a éloignés du diagnostic et de la prise en charge globale des patients.

L'excès de spécialisation peut nuire également à la lisibilité de l'exercice auquel conduit le choix de la filière, comme cela a été souligné pour l'anatomie-cytologie. D'une façon générale, offrir aux futurs médecins des conditions de formation leur permettant de se faire une idée et de choisir en toute connaissance de cause leur future orientation paraît une priorité. Le fait que beaucoup de maquettes soient actuellement si contraignantes conduit à ce qu'un étudiant qui ne fait pas le choix d'une spécialité dès le premier stage ne peut plus véritablement changer d'orientation.

La question de la formation et de son évolution, comme celle des effectifs, a été fréquemment posée, lors des auditions, en lien avec l'évolution technique de l'exercice et la recomposition des activités que ces progrès susciteront. En d'autres termes, beaucoup soulignent les limites d'une gestion de la formation qui ne tiendrait pas compte de « ce qui doit être fait, et de ce qui va être fait ». Les besoins en effectifs, comme les contenus des formations sont à examiner également pour nombre d'entre eux à la lumière des transformations des prises en charge. Les chirurgiens généraux tentent de recueillir, par le biais d'un questionnaire, des éléments permettant de définir le contenu du métier. Ils ont aussi en projet de faire remplir, par chaque chirurgien, quelques pages sur le devenir d'une pathologie. On peut de même évoquer le fait que l'ensemble des chirurgiens développent leur réflexion en tenant compte de la diminution de la chirurgie invasive. Certains se posent la question de la part qui pourrait être attribuée aux conditions actuelles de la formation pour expliquer une rupture des vocations, ou la baisse de l'attractivité de la discipline.

■ ■ Le développement des stages en dehors des CHU assurerait de meilleures conditions d'apprentissage de l'exercice libéral

La formation est centrée sur les CHU, toutes les analyses convergent sur ce constat. Les auditions ont permis d'identifier que des inflexions en la matière seraient profitables tant à la formation elle-même qu'à l'apprentissage de l'exercice.

La situation actuelle présente plusieurs inconvénients : elle conduit d'abord à une non-familiarisation, voire une méconnaissance de l'exercice libéral. « La proximité avec l'hôpital rend toute rupture problématique », note A.-C. Hardy-Dubernet. Ce diagnostic qui rejoint celui de la plupart des spécialités est commenté avec une acuité particulière par les cardiologues, les chirurgiens digestifs, les pédiatres et les médecins généralistes. La méconnaissance de la pratique des soins hors CHU, mais également le manque d'éléments d'information sur le fonctionnement pratique des autres structures (hôpitaux périphériques, cabinets) pourraient constituer des explications aux reports constatés de l'installation. La pratique des remplacements permet en quelque sorte d'acquérir cette connaissance de l'exercice libéral. L'inconnu que représente le « hors CHU » pourrait aussi alimenter le mouvement grandissant qui s'opérerait chez les jeunes générations vers le statut salarié.

Un autre inconvénient fréquemment souligné est la trop grande attente que manifestent les étudiants à l'égard du clinicat. En conséquence, le nombre de postes d'internes affectés à une discipline dépend plus des possibilités de l'obtention d'un clinicat que des réalités démographiques et des besoins de répartition des personnes. Les dispositifs de postinternat, autres que le clinicat, n'offrent pas les mêmes avantages, en particulier l'accès à l'exercice en sec-

teur 2. Ils sont donc moins prisés par les internes. Les hôpitaux généraux manquent dans toutes les spécialités de postes de postinternat, et cette pénurie entretient leur manque d'attractivité.

L'augmentation du *numerus clausus* offre des opportunités de réformes que beaucoup soulignent. En particulier, le fait que les capacités de formation n'apparaissent pas toujours à la hauteur des besoins générés par cette augmentation pourrait permettre des évolutions. Il a été fréquemment souligné lors des auditions que la pénurie actuelle ou annoncée dans certaines spécialités pourrait constituer un facteur favorable pour revoir la répartition afin d'envisager une meilleure utilisation des possibilités et des lieux de formation.

Hormis les spécialités caractérisées par un exercice hospitalier pratiquement exclusif, pour des raisons techniques ou scientifiques, comme l'hématologie ou la génétique¹⁷, beaucoup de spécialités s'accordent pour souhaiter le développement de stages dans le secteur libéral et hospitalier non universitaire. De nombreux exemples illustrent l'engagement de réflexions permettant la définition de bonnes conditions d'accueil, car cet aspect constitue un préalable pour la crédibilité de l'opération. En Bourgogne, améliorer l'accueil des internes de médecine générale dans les hôpitaux généraux apparaît comme une voie pour parvenir à de futures installations mieux disséminées sur le territoire. Pour éviter l'isolement, les lieux de stage proposés dans cette région sont choisis de façon que les internes se retrouvent au moins à trois dans les hôpitaux généraux. Pour favoriser les stages dans les hôpitaux généraux, les internes ne peuvent choisir le CHU de Dijon comme lieu de stage qu'une seule fois parmi les cinq stages qu'ils doivent effectuer.

Enfin la définition standard de la garde paraît inappropriée et certains spécialistes, par exemple les chirurgiens orthopédistes et les spécialistes du radiodiagnostic, préconisent une prise en compte de la lourdeur de la garde.

■ ■ Il est souhaitable de conforter la compétence de soins des professions de santé paramédicales

Les améliorations souhaitées dans ce domaine visent en premier lieu à conforter la compétence de soins des professionnels de santé¹⁸. Les auditions ont en effet fait apparaître le risque que se développent des dérives marchandes. Elles se manifestent dans certains domaines de santé en émergence, comme l'obésité, ou l'esthétique, ou apparaissent dans des secteurs où une confusion entre dépistage et appareillage peut être entretenue. Le cas des opticiens est évoqué par les ophtalmologues. L'exemple d'entreprises commerciales qui réalisent des audioprothèses est avancé par les ORL. Ces entreprises effectuent un lobbying intense, en s'appuyant sur des médecins généralistes qu'ils salarient pour réaliser des audiogrammes conduisant à une prescription d'appareillage.

L'universitarisation de la formation constitue une réponse positive à cette exigence pour les masseurs-kinésithérapeutes, actuellement formés dans 37 écoles dont 11 sont

17. Au 1^{er} janvier 2003, cinq spécialités regroupent un pourcentage égal ou supérieur à 80 % de praticiens en secteur libéral (dermatologie, gynécologie médicale, chirurgie plastique, ophtalmologie et stomatologie) ; à l'opposé, cinq en regroupent un pourcentage égal ou inférieur à 25 % (médecine interne, néphrologie, oncologie médicale, chirurgie infantile et neurochirurgie). Source DREES.

18. Cf. MATILLON (Y.), *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des professions de santé*, rapport de mission à l'attention du ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, août 2003.

publiques, qui recrutent diversement soit sur diplômes, soit sur concours. C'est aussi le cas pour les orthoptistes, les 12 écoles qui assurent leur formation étant de niveaux très disparates. Le cadre universitaire pourrait assurer la formation des assistants dentaires, très peu nombreux car leur fonction actuelle est peu attractive, ou celle des gypsothérapeutes qui ne bénéficient ni de formation, ni donc de reconnaissance.

Des évolutions de la formation sont souhaitées dans certains cas pour permettre un accroissement de la technicité des interventions des infirmiers. De telles possibilités sont présentées comme nécessaires pour les IBODE, les infirmiers psychiatriques, les infirmiers anesthésistes. La spécialisation des infirmiers par pathologie, souhaitée par les oncologues notamment, ouvre des possibilités de création de compétences nouvelles, et permet une évolution technique de carrière, qui semble attendue. Cette spécialisation suppose toutefois que soient examinées la question des évolutions professionnelles ultérieures et celle du besoin d'infirmiers généralistes.

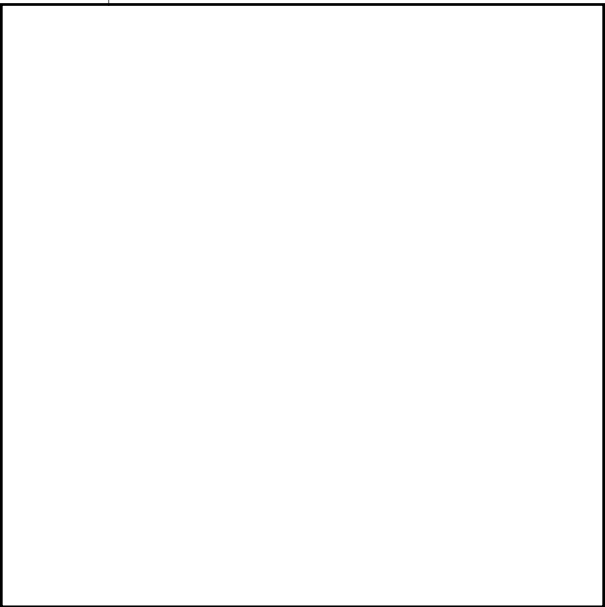
Enfin, une attention particulière semble devoir être portée aux professions techniques qui assurent le bon fonctionnement et la disponibilité des matériels¹⁹, comme les ingénieurs biomédicaux hospitaliers et les radio-physiciens, indispensables au bon fonctionnement de la dosimétrie. Bien que non classés parmi les professions de santé, ces personnels, en nombre très insuffisant, constituent un maillon indispensable dont l'absence peut nuire à la capacité de réponse du système de santé.



En conclusion, les professionnels développent face aux tensions actuelles et annoncées des réflexions qui indiquent une possibilité de sortie de crise qui s'appuierait sur des évolutions des conditions d'exercice et sur des évolutions des métiers. Ils témoignent, par leur capacité réflexive, mais aussi d'action, d'une réelle volonté de définir les parcours renouvelés de formation, des conditions de coopération plus adaptées et des règles de répartition plus équitables et performantes, au-delà des appartenances sectorielles.

19. SCHWEYER (F.-X.). *Les Ingénieurs biomédicaux hospitaliers. La gestion négociée des techniques et des modes d'intervention dans le champ hospitalier*. LAPSS, ENSP. Recherche financée par la mission Recherche de la DREES, novembre 2003.

CONTRIBUTIONS





Compte rendu des auditions avec les professionnels de santé *Résumés**

*Les auditions ont été réalisées par le conseil d'orientation,
avec le concours de Christine Daniel (IGAS)
et de Sylvie Le Laidier (Département des études
et des statistiques, CNAMTS)*

* Les comptes rendus exhaustifs sont consultables sur le site de l'Observatoire.

TABLEAU 1

LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS DE SANTÉ AUDITIONNÉES

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	Ordre	ADELI sur un champ comparable à l'Ordre	ADELI	Qualifiés spécialistes	Médecins exerçant la spécialité ¹ (au sens d'ADELI)
Anatomie et cytologie pathologiques	1 521	1 559	1 631	1 550	1 600
Anesthésie-réanimation	9 511	9 711	10 365	9 500 à 9 700	10 350
Cardiologie	5 705	5 746	5 904	5 700	5 900
Hépatogastro-entérologie	3 199	3 240	3 324	3 200	3 300
Hématologie	187	228	310	200	600
Médecine nucléaire	445	366	375	400	550
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 816	1 816	1 916	1 800	1 900
Néphrologie	1 035	1 040	1 114	1 000	1 300
Neurologie	1 652	1 680	1 729	1 650	1 700
Oncologie médicale	512	508	523	500	500
Pédiatrie	6 320	6 427	6 628	6 300 à 6 400	7 000
Pneumologie	2 462	2 563	2 659	2 450 à 2 550	2 650
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 392	7 392	7 604	7 400	7 600
Gynécologie-obstétrique	2 742	5 266	5 352	2 750	5 350
Chirurgie générale	4 858	4 669	4 802	4 800	4 000
Chirurgie viscérale	370	398	492	400	500
Chirurgie digestive					
Chirurgie infantile	79	88	102	80	100
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 190	1 951	2 026	2 000 à 2 200	2 000
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	269	324	324	300	700
Chirurgie urologique	395	484	515	500	1 000
Chirurgie vasculaire	414	320	338	300 à 400	300 à 400
Ophthalmologie	5 508	5 487	5 506	5 500	5 500
Oto-rhino-laryngologie	2 971	2 980	3 025	3 000	3 000
Psychiatrie + neuropsychiatrie	12 781	13 069	13 741	12 800 à 13 000	13 750
Santé publique	1 406	948	1 089	1 000 à 1 400	1 400
Médecins généralistes/omnipraticiens	107 832	108 183	100 682	108 000	100 000
Chirurgiens-dentistes	42 531		41 375	-	-
Masseurs-kinésithérapeutes			58 109	-	-

SOURCE : Bureau des professions de santé, DREES.

1. Au sens d'ADELI : incluant les praticiens hospitaliers (PH) non qualifiés spécialistes et les compétents exclusifs.

Ce tableau présente, pour les 28 spécialités et professions auditionnées, les effectifs recensés selon les différentes sources et selon les différents champs retenus.

LECTURE : les spécialités pour lesquelles des écarts notables subsistent entre les deux sources sur le nombre de qualifiés sont indiquées en gras ; les professions et les spécialités pour lesquelles des écarts significatifs ont été constatés, lors de l'audition, entre les effectifs recensés par l'Ordre des médecins et par ADELI, et les effectifs connus par la profession sont mentionnées en gras italique.

■ ■ Anatomie et cytologie pathologiques

Le fichier ADEL comme le fichier de l'Ordre des médecins recensent environ 1 500 spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques au 1^{er} janvier 2003 (France entière). À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense environ 700 praticiens libéraux, avec une légère progression des effectifs sur les cinq dernières années (+ 2 % en moyenne) et une progression plus importante de l'activité (+ 5 % en moyenne).

L'une des préoccupations essentielles exprimées lors de l'audition est relative à la diminution des flux de spécialistes formés dans la spécialité. Le nombre annuel de nouveaux diplômés à l'échelle nationale a en effet chuté de 88 (moyenne 1980-1989) à 41 (moyenne 1990-1999). En 2000 et 2001, il y a eu 35 DES délivrés dans la discipline et en 2002, ils étaient 38. Les estimations du nombre de DES délivrés dans un futur proche font apparaître une diminution encore plus prononcée : les professionnels estiment qu'entre 2004 et 2007 environ 18 DES seront délivrés chaque année.

Cette diminution des flux se traduit directement sur le nombre de postes d'internes, avec une forte augmentation des postes d'internes non pourvus dans cette spécialité.

Ces flux de formation faibles s'expliquent donc notamment par le fait que les capacités de formation ne sont pas remplies. La profession d'anatomo-cyto-pathologiste est mal identifiée par les étudiants et apparaît peu attractive. Il s'agit d'une discipline abordée tardivement dans le cursus et les étudiants ne la connaissent que très mal. L'un des efforts actuels de la spécialité pour répondre à cette difficulté vise à mieux expliquer comment elle se situe dans les maillons du diagnostic et du pronostic en cancérologie.

Le second point majeur développé lors de l'audition concerne l'évolution de la spécialité vers des regroupements autour de plateaux techniques de plus en plus équipés, regroupant au minimum 4 ou 5 spécialistes. Une telle évolution est rendue nécessaire par la conjonction de plusieurs éléments :

- un souci de qualité des diagnostics, car un recrutement suffisant de population est nécessaire pour valider un certain nombre de nouvelles techniques de diagnostic ;
- la volonté d'attirer des jeunes médecins, qui, dans le public comme dans le privé, souhaitent exercer dans des structures ayant une taille minimale ;
- l'organisation des transferts de compétence vers divers professionnels bien formés, qu'il s'agisse de cyto-techniciens pour l'interprétation de certains prélèvements, ou d'autres types de métiers, liés par exemple à la gestion de tumérotèque (spécialistes des techniques du froid, informaticiens, spécialistes de recueil de données en épidémiologie...).

■ ■ Anesthésie-réanimation

L'anesthésie-réanimation est l'une des spécialités où les écarts entre les données ADEL et celles du Conseil national de l'ordre sont importants du fait des différences de définition (respectivement 10 365 et 9 511 spécialistes), ADEL retient les médecins ayant réussi le concours national de praticien hospitalier dans une spécialité sans avoir la qualification de spécialiste, évalués à 654 au 1^{er} janvier 2003. À champ comparable au 1^{er} janvier 2003, le nombre de spécialistes en anesthésie-réanimation est de 9 700 dans ADEL et de 9 500 dans le fichier de l'Ordre. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) montrent que, depuis 2000, le nombre d'anesthésistes libéraux a amorcé une baisse, passant de 3 304 à 3 266. L'activité demeure, en moyenne, en progression, spécialement pour les actes chirurgicaux.

Les professionnels auditionnés ont transmis plusieurs enquêtes à l'Observatoire, avec des résultats sur la qualification et l'activité des médecins anesthésistes-réanimateurs : ces enquêtes font apparaître l'importance des diplômes complémentaires (médecine d'urgence ou de catastrophe, prise en charge de la douleur, réanimation...); de très fortes disparités entre la taille des équipes dans le privé (3,7 médecins en moyenne) et le public (9,4 en moyenne); une activité très majoritairement tournée vers l'anesthésie, avec une part faible de la réanimation ou de la prise en charge de la douleur; l'importance de l'activité de gardes.

Une enquête spécifique sur les réanimateurs a montré qu'il existait dans cette spécialité un fort décalage entre le nombre d'étudiants inscrits dans le DESC de réanimation et le nombre de jeunes qui, d'une part, obtenaient leur diplôme et, d'autre part, exerçaient effectivement cette spécialité après avoir obtenu le diplôme. Il y a donc d'importants phénomènes de fuite, qui font qu'il n'y a pas adéquation, loin de là, entre inscription en DESC et exercice de la pratique.

S'agissant du recrutement en anesthésie-réanimation, les professionnels de la spécialité considèrent que la filiarisation de leur spécialité a atteint son objectif puisqu'elle a permis de procéder à une stabilisation des flux. Il n'y a pas aujourd'hui de problème d'attractivité de la spécialité, comme en témoignent les choix des internes qui placent souvent l'anesthésie en bonne position. Il existe en revanche un problème d'attractivité en libéral. Le montant des primes d'assurance est une explication, mais insuffisante. La faible attractivité du secteur libéral vient aussi du fait que la plus petite taille des équipes rend difficile le tout aménagement du temps de travail ou des contraintes liées à cette spécialité.

Dans les évolutions techniques qui affectent leur profession, les professionnels ont souligné que certaines techniques chirurgicales (par exemple sous coelioscopie) amélioraient nettement le résultat pour le patient, mais représentaient un temps plus long dans le bloc opératoire. D'autres évolutions sont également consommatrices de temps pour les anesthésistes-réanimateurs, notamment les consultations préalables d'anesthésie, obligatoires depuis 1994 et les demandes des patients en matière de prise en charge de la douleur.

Pour les professionnels, ces évolutions impliquent des changements dans l'organisation du travail, avec la mise en place d'équipes d'anesthésie sous le contrôle direct d'un médecin, mais nécessitent aussi un suivi de certains actes par les infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE). En toute hypothèse, les réorganisations hospitalières avec le développement de blocs opératoires communs à plusieurs spécialités sont un élément essentiel pour organiser à effectif constant de médecins, une réponse à la demande satisfaisante.

■ ■ Cardiologie

Les données du Conseil de l'ordre et celles d'ADEL tendent à se rapprocher et comptabilisent à champ comparable entre 5700 et 5800 cardiologues spécialistes au 1^{er} janvier 2003 (France entière), auxquels doivent être ajoutés dans le fichier ADEL les praticiens reçus au concours de praticien hospitalier sans avoir la spécialité en cardiologie. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 4000 cardiologues libéraux, dont les effectifs sont en très légère progression sur les cinq dernières années. L'analyse de l'activité fait apparaître une augmentation parallèle des consultations (+ 0,6% en moyenne par an entre 1998 et 2002) et une progression plus rapide des actes chirurgicaux (+ 2,2% en moyenne par an entre 1998 et 2002).

La spécialité dans son ensemble conserve une bonne attractivité. En revanche, l'une des préoccupations majeures de la profession est liée à la diminution du nombre des sorties de DES et ses conséquences. La cardiologie a en effet été considérée comme une discipline excédentaire et cela a contribué à la baisse rapide des étudiants en cardiologie et des postes d'internes offerts. De ce fait, les demandes de qualification en cardiologie par la voie des commissions ordinaires ont fortement augmenté à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Selon le rapport réalisé à l'initiative de la société française de cardiologie, 254 demandes de qualification en cardiologie ont été enregistrées en 2001, dont une majorité à la demande de praticiens adjoints contractuels.

Par ailleurs, pour les professionnels, l'un des problèmes importants est qu'aujourd'hui les jeunes internes n'ont plus de contact avec la cardiologie libérale. Une majorité ne connaît que l'hôpital et privilégie donc une carrière hospitalière. Il s'agit d'une différence importante par rapport aux cardiologues des générations précédentes qui faisaient souvent des remplacements dans des cabinets libéraux. L'attraction envers les carrières hospitalières a encore été renforcée par le fait que de nombreux postes ont été créés ces dernières années.

Pour les professionnels, une question centrale est donc la diminution prévisible des effectifs de la spécialité, dans un contexte où les besoins augmentent : la prévalence des pathologies cardio-vasculaires est en constante progression ; de nouvelles techniques de prise en charge se sont développées comme la cardiologie interventionnelle ; les pathologies chroniques augmentent. Face à cela les effectifs vont diminuer et, de plus, la féminisation de la profession va se produire à un rythme plus rapide que dans d'autres professions, risquant d'entraîner davantage encore une diminution de l'offre de soins. Les réponses devront être trouvées à travers une meilleure organisation (regroupements autour de plateaux techniques et de pôles de référence en milieu hospitalier) et des redistributions d'activités dans la prise en charge de pathologies chroniques (liens avec la médecine générale, création d'un métier de techniciens en cardiologie).

■ ■ Hépto-gastro-entérologie

Les données d'ADELI et celles du Conseil de l'ordre sur les hépto-gastro-entérologues sont convergentes à champ comparable : 3 200 spécialistes environ sont recensés selon les deux sources au 1^{er} janvier 2003 (France entière), auxquels il faut ajouter un peu moins d'une centaine de praticiens recrutés dans cette spécialité comme praticien hospitalier (PH) sans avoir eu au préalable la qualification reconnue. 2 086 gastro-entérologues ont une pratique libérale en 2002, parmi eux un tiers exerce également à l'hôpital. 171 praticiens sont des médecins hospitaliers temps plein ayant une consultation privée à l'hôpital public.

Selon les professionnels auditionnés, qui ont réalisé un important travail collectif d'analyse et de prospective à travers le « Livre blanc de l'hépto-gastro-entérologie », il existe une réelle crise démographique dans la profession liée à la baisse importante du nombre d'internes. Selon un travail effectué par l'Assistance publique de Paris, et portant sur les internes en Île-de-France, le nombre d'internes dans la discipline a diminué de 54 % depuis 1994. Alors que 130 médecins étaient formés par an en moyenne au niveau national, ce nombre est actuellement de 50. La baisse importante du nombre des étudiants choisissant actuellement le DES d'hépto-gastro-entérologie laisse donc prévoir, selon les professionnels, un déficit plus important que celui qui est établi dans les projections de la DREES.

Plusieurs éléments se conjuguent pour expliquer la diminution des juniors dans la spécialité :

- la filiarisation a desservi les spécialités qui n'étaient pas filiarisées ; or l'hépto-gastro-entérologie ne l'est pas ;
- Il n'y pas d'indexation entre le nombre d'internes, le nombre de chefs de clinique et l'importance de la population et surtout pas d'incitation à l'installation dans les zones ayant la densité la plus faible en HGE. L'examen national classant risque d'aggraver cette situation ce qui, selon les professionnels auditionnés, devrait conduire à envisager une régionalisation de l'installation ;
- certaines caractéristiques de la spécialité contribuent à une diminution des juniors. C'est un métier jugé lourd, à cause des pathologies traitées (hépatologie, cancérologie digestive) et de leur diversité. Enfin c'est une spécialité demandant un haut niveau de technicité, à travers certains actes comme l'endoscopie, que tous les praticiens doivent acquérir ;
- des incertitudes liées au passage de la nomenclature (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont pu également peser.

Cette diminution transitoire des effectifs d'internes se produit dans un contexte de tensions sur l'offre de soins. Les problèmes immédiats qui concernent plutôt les hôpitaux, centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers généraux (CHG), se manifestent par la tension sur les lits du fait de l'implication de la spécialité dans l'aval des SAU (hémorragie digestive, insuffisance hépto-cellulaire, syndromes douloureux abdominaux...). Elles proviennent aussi de l'implication de la spécialité dans la lutte contre le cancer et dans des pathologies fréquentes et graves (hépatite C et alcool), ainsi que de son implication dans l'endoscopie digestive. Les évolutions techniques à venir vont affecter l'exercice de la spécialité et conduire à une concentration des plateaux techniques, complexes, intimement liés à la présence des anesthésistes-réanimateurs, ce qui rendra impossible l'exercice dans des bassins de population de moins de 50 000 habitants.

■ ■ Hématologie

L'hématologie est une spécialité pour laquelle il subsiste des écarts entre les chiffres issus d'ADELI et de l'Ordre à champ comparable (respectivement 310 et 187). Ces écarts s'expliquent vraisemblablement par l'existence d'un nombre important de médecins généralistes, biologistes ou spécialistes ayant une compétence en hématologie, dont on ignore dans les deux sources s'ils exercent ou non cette compétence. Selon les professionnels, ces médecins exercent effectivement la spécialité et doivent être pris en compte dans les effectifs, qu'ils estiment à 500 hématologistes environ : le DES étant très récent, les hématologistes en activité sont généralement des généralistes ayant une compétence en hématologie.

L'une des préoccupations des professionnels tient aux difficultés de recrutement dans la spécialité, avec une diminution du nombre de postes d'internes offerts dans la discipline, à laquelle s'ajoutent des vacances de postes. Cette diminution s'est produite alors que la RTT et les compensations de gardes ont augmenté les besoins. La spécialité est en effet confrontée à une augmentation de l'activité hospitalière sur les pathologies lourdes et un développement de l'ambulatoire. La part des pathologies malignes représente 95% de l'activité en hospitalisation, et 60 à 70% de l'activité de consultation, consacrée pour le reste du temps à la pathologie bénigne (thrombopénies, anémies, etc.). Les thromboses et autres troubles de la coagulation sont pris en charge en consultation par les hématologistes biologistes.

Les professionnels ont également souligné les spécificités de la discipline par rapport à l'oncologie. Le nouveau DES commun, d'oncologie-hématologie, d'une durée de cinq ans, permet, après une base commune de s'orienter en oncologie, en hématologie, en radiothérapie ou en onco-hématologie. Son intérêt, pour les professionnels, est d'augmenter la palette des débouchés, en particulier hors centre hospitalier universitaire (CHU) (centre hospitalier général (CHG), libéral). Les deux activités présentent toutefois des spécificités, avec des durées de séjours hospitaliers en hématologie beaucoup plus longues qu'en oncologie (aplasies longues, greffes). Les professionnels s'accordent toutefois sur le fait que l'existence de ces possibilités multiples de formation pose deux problèmes : le premier concerne leur lisibilité par les étudiants, le second porte sur les choix à opérer pour le renouvellement des compétences et des postes. Le besoin est évalué à 20 DES par an (au lieu de 10 actuellement) en hématologie.

Les professionnels ont également exprimé une préoccupation particulière liée à l'éclatement et à la spécialisation des laboratoires. Les techniques d'analyses sont devenues un élément majeur de la stratégie thérapeutique et de son suivi, en particulier dans les leucémies et très prochainement dans les lymphomes. Les pôles cliniques d'hématologie doivent donc s'appuyer sur des plateaux techniques regroupant toutes les compétences en hématologie cellulaire (cytologie, phénotypage, cytogénétique, biologie moléculaire).

■ ■ Médecine nucléaire

Une partie importante de l'audition a été consacrée aux écarts de chiffres. Il existe en effet des décalages importants entre les données de l'Ordre et les données d'ADELI (respectivement 445 et 375). Ces décalages s'estompent dès lors que l'on prend en considération les compétences en médecine nucléaire et non exclusivement les spécialistes dans cette discipline. Cela aboutit à une estimation entre 520 et 530 médecins exerçant la médecine nucléaire au 1^{er} janvier 2003 (France entière), donnée qui semble réaliste aux professionnels. Il existe en effet à la fois des médecins généralistes et des médecins spécialistes (radiologues, cardiologues, endocrinologues) qui exercent principalement en médecine nucléaire. Les données de l'assurance-maladie sur les spécialistes libéraux en médecine nucléaire ont également été approfondies car le découpage récent en sous-spécialités aboutit à une image faussée de la profession. De même, en partant des médecins dont la part des honoraires provient majoritairement d'actes cotés en ZN (scintigraphies notamment) la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a proposé une réestimation du nombre de spécialistes libéraux à 195 médecins, nettement supérieure à celle qui résulte de la déclaration des médecins eux-mêmes dans cette spécialité.

Les professionnels ont évoqué les problèmes de flux de formation dans leur discipline, en indiquant qu'après une période difficile dans les années 1996-1999 les flux de formation semblaient se stabiliser autour de 20 par an, ce qui correspond selon eux aux besoins.

Les professionnels auditionnés ont particulièrement insisté sur les difficultés actuelles qui existaient dans la spécialité dans la région Île-de-France. En effet, si la spécialité offre dans l'ensemble une bonne attractivité pour les étudiants, notamment du fait de sa forte technicité, il y a un très important déficit d'internes inscrits en Île-de-France. Selon les professionnels, il y aurait un seul interne dans cette spécialité, alors que dans toutes les autres régions, les jeunes se disputent les postes en médecine nucléaire. Cela s'expliquerait notamment par la très grande concurrence existant sur les stages validants, beaucoup étant occupés par des internes en formation dans d'autres disciplines (radiologie, endocrinologie, cardiologie).

À cela s'ajoutent des problèmes d'organisation spécifiques à la région Île-de-France : d'une part, les installations dans le secteur privé sont largement saturées à l'heure actuelle ; d'autre part, l'AP-HP en milieu hospitalier a concentré la plupart des autorisations d'installations de matériel, sans que ces installations ne soient nécessairement opérationnelles, notamment faute de personnel pour les faire fonctionner.

■ ■ Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les données issues du répertoire ADEL et celles issues du fichier national de l'Ordre des médecins convergent à champ comparable, et sont cohérentes avec celles issues d'enquêtes réalisées par les professionnels. Elles conduisent à évaluer à environ 1900 le nombre de praticiens spécialistes en médecine physique et de réadaptation au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sont également convergentes, avec environ 600 spécialistes libéraux en médecine physique et de réadaptation à la même date, et font apparaître une diminution des médecins libéraux dans cette spécialité de 2,2 % par an en moyenne sur les cinq dernières années.

La principale préoccupation de la profession exprimée lors de l'audition renvoie à la relative faiblesse des effectifs actuels et des effectifs en formation, au regard des évolutions prévisibles des besoins. L'introduction depuis peu d'un « module handicap » dans le cursus des études de médecine devrait améliorer la connaissance de cette spécialité par les étudiants.

Sur les effectifs actuels, plusieurs signes de tensions ont été évoqués : le développement de petites annonces pour des remplacements faisant appel à des spécialistes d'autres disciplines ; les passages de l'exercice libéral vers un exercice salarié ; l'avancement des âges constatés de départ à la retraite ; des difficultés de recrutement de la part d'associations comme l'Association des paralysés de France.

Sur les effectifs en formation, les professionnels ont indiqué que le nombre d'internes dans cette spécialité avait fortement baissé dans les années 1990, avec une moyenne de 21 diplômés par an. Pour compenser la diminution du nombre de DES, un diplôme inter-universitaire (DIU) a été mis en place et ouvert pour la première fois pour l'année 2003-2004. Il est en principe réservé à des médecins ayant déjà eu une activité salariée antérieure dans un centre de rééducation (25 médecins inscrits en première année dans la faculté Nancy-Dijon-Strasbourg ; 3 médecins inscrits à la faculté de Marseille). La demande est en effet très importante et ne pourra que s'accroître avec le vieillissement de la population. En outre, selon eux, le transfert de tâches n'est pas une perspective qui permet d'envisager un allègement de la charge de travail. En effet, aujourd'hui déjà, l'exercice quotidien d'un spécialiste en médecine physique et de réadaptation consiste à organiser la prise en charge et à construire des plans d'action thérapeutiques pour les patients, sachant que les actes eux-mêmes sont déjà souvent réalisés par d'autres professions, notamment par des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des infirmiers à domicile... L'enquête réalisée en milieu libéral transmise à l'Observatoire montre ainsi que 82 % des médecins ayant répondu sont des employeurs avec 3 salariés en moyenne et que la grande majorité participent à des réseaux de soins structurés.

■ ■ Néphrologie

La néphrologie constitue une spécialité médicale pour laquelle les différences entre les chiffres enregistrés par ADEL et les chiffres du Conseil national de l'ordre sont significa-

tives mais expliquées : au 1^{er} janvier 2003, l'Ordre recense 1 035 néphrologues et ADEL en recense 1 114 dont 75 praticiens hospitaliers recrutés sans être qualifiés dans la discipline (données France entière). Les données transmises par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) montrent que les néphrologues libéraux sont 280 à la même date, soit environ 20 % des professionnels dans cette spécialité.

Les résultats d'une enquête conduite par la société de néphrologie donnent 1 326 néphrologues au 31 décembre 2002, soit environ 250 néphrologues de plus que ceux recensés dans le fichier ADEL. Ce chiffre rejoint les données sur le nombre de médecins ayant une compétence en néphrologie, estimé à 200 environ dans le fichier de l'Ordre comme dans le fichier ADEL. Il est également cohérent avec l'analyse des professionnels qui considèrent qu'un nombre significatif de médecins ont développé une pratique importante, voire quasi exclusive de dialyse, sans nécessairement avoir une qualification de spécialiste reconnue au niveau du Conseil de l'ordre.

Les difficultés de recrutement en néphrologie sont l'une des préoccupations fortes de la profession : il y avait 104 inscrits en DES en 1999, contre 81 en 2003. Ceci est d'autant plus préoccupant qu'après le clinat certains médecins formés s'orientent vers d'autres voies que la pratique médicale de la néphrologie (départs vers l'industrie pharmaceutique, physiologie, cités comme exemples lors de l'audition). Les professionnels considèrent ainsi que le déficit à venir est certain – le nombre de néphrologues actuellement formés (37 DES de néphrologie attribués en 2002) étant inférieur aux départs à la retraite prévus pour 2010. L'une des raisons de la faible attractivité de la discipline tient à l'importance des gardes et à la charge de travail dans la spécialité, qui s'accroît avec la baisse du nombre des internes. Par ailleurs, les services où il n'y a qu'un seul interne sont en général peu recherchés par les jeunes.

Une autre difficulté soulignée tient au fait que les stages de néphrologie ne sont plus validants pour les spécialités de médecine interne ou de cardiologie. Cela est dommageable à la fois pour le fonctionnement des services de néphrologie, qui perdent de ce fait des internes, mais aussi plus largement pour la formation des médecins. Il est à titre d'exemple essentiel que des cardiologues soient précisément formés à l'usage des diurétiques. Si la mixité entre disciplines disparaît totalement dans la formation, cela aura des conséquences négatives sur la qualité des soins.

Les professionnels considèrent que l'une des solutions réside dans des transferts de compétence, notamment pour faire prendre en charge une partie de la surveillance de dialyse par des infirmiers diplômés d'État, sous le contrôle des médecins.

■ ■ Neurologie

La neurologie est une spécialité médicale pour laquelle les différences entre les chiffres enregistrés par ADEL et les chiffres du Conseil national de l'ordre sont faibles, à champ comparable, 1 680 neurologues sont recensés au 1^{er} janvier 2003. La Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense à la même date 763 neurologues libéraux, ce qui représente un effectif en progression de 2,8 % en moyenne par an depuis 1998, avec une progression plus rapide de l'activité sur la même période.

Le Livre blanc de la neurologie, publié en 2001, fait le point sur les principales évolutions de cette discipline. C'est une spécialité relativement jeune avec des pathologies en plein développement : maladie de Parkinson, scléroses en plaques, démences dont Alzheimer (400 000 cas aujourd'hui, un million en 2010), épilepsie... Pour toutes ces pathologies, le neurologue est devenu de plus en plus prescripteur, des stratégies théra-

peutiques existant en effet aujourd'hui pour des pathologies qui n'étaient pas prises en charge il y a 10 ou 20 ans. Les besoins ont donc fortement progressé dans la spécialité selon les professionnels.

Or, face à cela, la discipline apparaît relativement peu attractive, en libéral comme en hospitalier. Cette faible attractivité est aujourd'hui très visible dans le recrutement des internes : pour l'Île-de-France, il y avait 20 internes en neurologie en 1996 et ils étaient 6 en 2002. Elle a des conséquences pour l'accès aux soins.

En milieu libéral, les professionnels auditionnés considèrent que leur profession est souvent mal reconnue. L'importance des consultations dans la spécialité et la longueur de ces consultations (35 à 40 minutes), le faible nombre d'actes techniques réalisés par les neurologues eux-mêmes – qui ont de fait transféré vers d'autres professionnels la réalisation d'examen neurologiques – aboutissent à une faible rémunération des neurologues libéraux, alors même que ceux-ci sont très qualifiés.

Dans le milieu hospitalier, les professionnels auditionnés ont surtout souligné que l'organisation actuelle ne permettait pas une prise en charge satisfaisante des pathologies neurologiques :

- les urgences neurologiques (perte de connaissance, hémiplegie...) qui arrivent aux portes de l'hôpital ne peuvent être prises en charge de façon satisfaisante faute d'un maillage territorial adéquat ;
- il existe une inadéquation entre l'offre de soins en neurologie et les pathologies prises en charge au niveau hospitalier. Les professionnels auditionnés considèrent ainsi qu'un tiers des lits sont occupés par des patients qui devraient relever d'autres structures de prise en charge, principalement les centres de rééducation ;
- l'organisation actuelle du système de soins ne permet pas une détection suffisante des pathologies neurologiques, en particulier de l'hypertension.

Selon les professionnels auditionnés, cela se traduit par une situation de plus en plus tendue dans l'accès aux consultations de neurologie. Dans le secteur libéral, les délais pour un rendez-vous sont passés de cinq semaines à un délai compris entre six et huit semaines. Pour les hôpitaux publics, il y a en moyenne un délai de trois mois pour obtenir une consultation et dans certains cas des délais supérieurs. La crainte que suscite la maladie d'Alzheimer dans la population a provoqué une explosion des demandes de consultations de mémoire. Les professionnels font ainsi le parallèle entre la densité des neurologues (3 pour 100 000 habitants) et celle des psychiatres (23 pour 100 000 habitants) et considèrent qu'un rééquilibrage entre disciplines doit être programmé, au profit des neurologues.

■ ■ Oncologie médicale

Au 1^{er} janvier 2003, les données de l'Ordre et celles d'ADEL sur le nombre de spécialistes concordent, avec un peu plus de 500 oncologues médicaux et environ 600 oncologues radiothérapeutes, soit un total de 1100 spécialistes. Sur cet ensemble, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombre plus de 400 spécialistes libéraux dont les effectifs sont en progression régulière sur les 5 dernières années (+ 6,6 % en moyenne annuelle) et dont l'activité croît également fortement (entre 10 % et 12 % de croissance moyenne selon les actes). Un écart de chiffres demeure toutefois sur le nombre de médecins ayant une compétence en cancérologie médicale, qui est de 1800 dans le fichier ADEL et de plus de 2300 dans le fichier de l'Ordre.

L'une des préoccupations essentielles présentées par les professionnels renvoie à la faible visibilité de leur spécialité et à une attractivité également faible pour les jeunes. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cette situation :

- les maquettes de formation sont actuellement très compliquées, et de plus ne permettent aucune passerelle avec d'autres spécialités proches sur certains points, comme l'hématologie ;
- il n'y a pas suffisamment de postes formateurs pour accueillir des jeunes en formation ; le déficit en chefs de clinique est particulièrement souligné ;
- le fait que la spécialité soit peu connue est lié à ce problème des stages : certains étudiants à Paris n'ont, au cours de leurs études, aucun contact avec un service de cancérologie.

Or la situation des oncologues médicaux est aujourd'hui très tendue, notamment parce que les besoins s'accroissent, en raison du vieillissement, d'une augmentation de la durée de survie sans guérison et, de la progression des soins palliatifs. Les besoins proviennent également d'une demande accrue des patients et de leur famille d'un temps pour le dialogue. Il en résulte une impression, partagée par tous bien qu'elle ne soit étayée par aucune donnée quantifiée, d'une baisse du temps consacré aux soins. Les solutions évoquées lors de l'audition sont : la délégation des traitements sur des structures plus proches du domicile, la création de centres d'information pour les généralistes, l'augmentation de la chimiothérapie et de l'hospitalisation à domicile, afin d'améliorer la prise en charge et d'alléger les structures.

Pour l'oncologie radiothérapique également, les besoins apparaissent croissants. Le nombre de malades à irradier, qui représentait 170 000 personnes en 1999, est évalué à 190 000-200 000 en 2005, et à 210 000-220 000 personnes en 2010. Sur cette base, le nombre d'oncologues radiothérapeutes à former serait, d'ici à 2010, de 210 à 435. Cela impliquerait la formation de 35 oncologues radiothérapeutes par an, le nombre actuel étant de moins de 15. La question de l'équipement en matériel est également sensible dans ce contexte : les plages d'utilisation vont parfois de 6 heures à 22 heures, dans les secteurs privé et public.

Les secteurs libéral et public rencontrent en outre des difficultés particulièrement aiguës de recrutement de manipulateurs radio et de radiophysiciens. Le déficit se manifeste surtout en Île-de-France. Ces physiciens ne sont pas classés actuellement parmi les professionnels de santé. L'une des priorités serait de rendre ces métiers plus attractifs.

■ ■ Pédiatrie

La pédiatrie constitue une spécialité médicale pour laquelle il existe de faibles écarts entre les chiffres enregistrés par ADELI et les chiffres du Conseil national de l'ordre. Les deux sources recensent respectivement, au 1^{er} janvier 2003, 6300 et 6600 pédiatres (France entière). À champ comparable, 6427 spécialistes sont recensés. Le nombre de pédiatres libéraux a diminué entre 1998 et 2002, avec une baisse de 1,4 % par an en moyenne. La pédiatrie est également l'une des spécialités libérales où l'âge moyen des praticiens est le plus élevé – avec un âge moyen de 49 ans pour les femmes et de 53 ans pour les hommes.

Les données transmises par la profession concernent le secteur hospitalier et illustrent les préoccupations de la profession sur les besoins hospitaliers en pédiatrie. Plusieurs éléments ressortent de ces travaux : les fortes disparités régionales dans les moyens humains

(pour les médecins comme les personnels infirmiers), les fortes tensions existant dans les prises de garde, avec des équipes bien souvent inférieures en nombre à ce qui serait nécessaire pour organiser ces gardes dans de bonnes conditions, conformément aux textes.

Ces données rejoignent également la principale préoccupation exprimée par les professionnels, à savoir les difficultés de recrutement dans leur discipline.

En milieu hospitalier, plusieurs facteurs sont cités : le rythme des gardes ; la part croissante des urgences dans l'activité – qui nuit à une activité programmée de bonne qualité ; la prise en charge des familles et pas seulement des enfants. Sur ces questions, les professionnels auditionnés reconnaissent que des regroupements de services amélioreraient la situation, notamment en organisant les gardes sur une base élargie, mais ceci se heurte souvent aux souhaits des maires de maintenir les urgences pédiatriques dans leur commune.

La désaffection pour la carrière libérale s'explique par d'autres facteurs. Un élément central est la méconnaissance de ce type d'exercice, beaucoup de jeunes n'ayant pas effectué de stage en exercice libéral ou en pédiatrie communautaire. Plusieurs des professionnels auditionnés souhaitaient ainsi une formation sur cinq années, autorisant plus d'ouverture vers d'autres modes d'exercice que l'hôpital. Joue également une mauvaise lisibilité du métier de spécialiste en ville. Il n'y a pas de frontière claire entre ce qui relève du pédiatre et ce qui relève du généraliste. Par ailleurs, les professionnels ont souligné l'importance qu'il y aurait à renforcer la formation des généralistes en pédiatrie. Les enfants représentent en effet un tiers de la clientèle des généralistes.

Sur les transferts de compétence enfin, les professionnels ont indiqué qu'il était envisageable de réfléchir à des partages avec d'autres professions comme les sages-femmes et les puéricultrices. En néo-natologie, en cancérologie, en pneumologie... des expériences européennes et américaines sont connues, mais en France il conviendrait de former et d'encadrer ces infirmières praticiennes et d'identifier les actes et responsabilités qui pourraient faire l'objet d'un tel transfert.

■ ■ Pneumologie

Les données issues d'ADEL et du Conseil de l'ordre (respectivement 2 659 et 2 462) convergent, à champ comparable, autour d'une évaluation proche de 2 500 spécialistes au 1^{er} janvier 2003. Ces données sont également cohérentes avec les sources des professionnels, qui ont réalisé des enquêtes propres. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense 1 100 pneumologues libéraux, avec un effectif totalement stable depuis cinq ans. L'activité en consultation est en légère diminution alors que l'activité cotée en K augmente légèrement.

Les professionnels ont analysé l'évolution de la profession et souligné en particulier le renforcement du pôle hospitalier. Plusieurs éléments concourent à une telle évolution : une augmentation des besoins hospitaliers ; la nécessité de réaliser un certain nombre d'exams comme les fibroscopies endo-bronchiques en milieu hospitalier ; l'importance des moyens techniques qui rend de plus en plus coûteuse une installation en libéral ; la plus grande attractivité pour les jeunes d'un exercice hospitalier ; la nécessité de travailler avec d'autres spécialités, en particulier la chirurgie thoracique et la radiologie.

Cette attraction du pôle hospitalier est encore renforcée par le fait qu'en l'état actuel les transferts de compétence ne sont envisageables qu'en milieu hospitalier. La profession explore la voie de la création d'un corps de techniciens spécialisés, qui seraient notam-

ment en mesure de prendre en charge les épreuves fonctionnelles respiratoires. D'autres tâches pourraient également être déléguées sous la responsabilité des médecins : la rééducation à l'effort, l'annonce d'un diagnostic de cancer, l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'asthme. Dans le secteur libéral en revanche, les professionnels auditionnés soulignent que la conjugaison du paiement à l'acte et de la nomenclature rend quasi impossible, en l'état, le recrutement d'un collaborateur dans un cabinet libéral.

Une autre préoccupation des professionnels est liée à l'importance de la cancérologie dans cette discipline et à la nécessité d'intégrer la pneumologie dans le plan Cancer. En effet, 30 % à 50 % de l'activité des services hospitaliers de pneumologie est de la cancérologie, à travers le traitement des cancers broncho-pulmonaires. La difficulté encore une fois renvoie au fait que les jeunes semblent faiblement attirés par cette sous-spécialité. Il semble que les autres sous-spécialités de la pneumologie, notamment la prise en charge de l'asthme et des apnées du sommeil, soient plus attractives pour les jeunes médecins. Les professionnels soulignent la difficulté qu'ils ont à obtenir des chiffres fiables sur les flux d'internes en formation, que ce soit par l'intermédiaire des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou par l'intermédiaire des doyens, en particulier sur l'Île-de-France.

■ ■ Radiodiagnostic et imagerie médicale

Cette spécialité ne pose pas de difficultés majeures pour ce qui est du recensement du nombre total de praticiens l'exerçant, les chiffres du Conseil national de l'ordre et du répertoire ADELI (respectivement 7392 et 7604) recensent sur un champ comparable environ 7392 médecins radiologues spécialistes au 1^{er} janvier 2003 (France entière) – si l'on retire du fichier ADELI les médecins reçus au concours de praticiens hospitaliers sans être qualifiés spécialistes par l'Ordre (200 praticiens concernés). Parmi eux, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombre à la même date un peu plus de 4800 médecins radiologues libéraux, dont l'activité est en progression importante puisque le nombre d'actes de radiologie (lettre clé Z) a augmenté de près de 50 % entre 1998 et 2002.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels concerne l'importance des vacances de postes budgétaires dans le milieu hospitalier et ils ont présenté à l'Observatoire les études réalisées à partir des données de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) sur ce problème. De ce fait, l'un des enjeux essentiels pour les professionnels est d'améliorer l'attractivité de la profession en milieu hospitalier. Pour cela, une notion leur semble essentielle : celle de seuil critique. En effet, il faudrait attribuer les postes budgétaires aux services de radiologie attractifs, qui ont des candidats potentiellement intéressés. Il faut admettre l'idée que certains centres hospitaliers ne seront jamais en mesure d'attirer un praticien hospitalier et donc réfléchir à d'autres modes d'organisation qui permettent, malgré cette difficulté, d'offrir à la population le recours aux techniques de radiodiagnostic. Les professionnels considèrent ainsi qu'il existe une masse critique en dessous de laquelle un service d'imagerie ne peut plus être géré par des praticiens hospitaliers temps plein. Les services plus petits pourraient donc être pris en charge, selon eux, soit par des radiologues libéraux, soit par des systèmes de télémedecine. Pour les hôpitaux plus importants, des collaborations entre public et privé pourraient se développer, sous réserve de modes de rémunération plus attractifs.

Pour les radiologues libéraux, la question de l'équilibre territorial de la répartition est importante. Toutefois, il y aura toujours des difficultés dans les régions à faible densité de

population du fait de la lourdeur d'investissements qui ne peuvent être rentabilisés qu'à partir d'un certain seuil d'activité. En toute hypothèse, les professionnels auditionnés considèrent qu'il convient de privilégier des mesures incitatives telles que la formation de manipulateurs radio dans les régions faiblement dotées, la mise en place d'aides fiscales pérennes et l'aménagement des contraintes en matière de continuité des soins.

Le regroupement sur des plateaux techniques de plusieurs spécialités apparaît comme un élément déterminant d'attractivité pour les jeunes – que ce soit pour les professionnels libéraux ou hospitaliers.

■ ■ Gynécologie-obstétrique

Au 1^{er} janvier 2003, les écarts entre les sources ADEL et celles de l'Ordre sont très élevés, ils portent tant sur le nombre de qualifiés spécialistes (3 513 spécialistes pour ADEL et 2 742 pour l'Ordre) que sur le nombre de généralistes avec compétence et bicompetence exclusives (1 753 pour ADEL et 2 474 pour l'Ordre).

Le champ des spécialistes en gynécologie-obstétrique au sens d'ADEL, c'est-à-dire en ajoutant aux chiffres de l'Ordre les généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique, ainsi que les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier dans la spécialité sans être qualifiés spécialistes, reflète davantage les pratiques réelles selon les professionnelles. Si l'on retient cette définition pour comparer les deux sources, l'écart passe à seulement 136 médecins (soit un écart relatif inférieur à 3 %).

Tant les analyses de l'activité collectées par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) que les résultats des enquêtes menées à l'initiative des professionnels font apparaître l'importance des intentions de cessation d'activité et d'arrêt de l'activité obstétrique dans les cinq prochaines années. Ces éclairages conduisent à souligner l'importance primordiale que revêt, pour cette spécialité, la connaissance de l'activité et des fonctions effectivement exercées afin de pouvoir interpréter les données strictement démographiques.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels est de lier l'analyse des besoins démographiques aux besoins de santé et aux missions de soins. Ils estiment que 80 % des soins pourraient être assurés par des généralistes bien formés. En effet, la prise en charge des missions de santé publique (dépistage, contraception) par des généralistes formés à la gynécologie constituerait une réponse souhaitable, compte tenu des possibilités insuffisantes, actuelles et futures, d'une prise en charge de ces missions par la gynécologie médicale. De façon complémentaire, la présence de spécialistes, omnipraticiens de la gynécologie-obstétrique, permettrait de couvrir 15 % des besoins, à condition que la définition d'un tronc commun pour le DES permette d'assurer une bonne formation, et qu'une formation supplémentaire soit définie en postinternat pour ceux qui veulent faire de la chirurgie. Le besoin de spécialistes « pointus » est évalué à 5 %.

Les besoins de praticiens sont évalués à huit pour une maternité de 1 500 naissances.

Les professionnels auditionnés ont souhaité le développement des contrats d'objectifs de soins avec les ARH pour mieux assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Ils ont également souligné la nécessité de mieux exploiter les possibilités de formation, notamment dans le cadre de l'augmentation du *numerus clausus*. Une des priorités évoquées est la définition d'un postinternat qui ne se réduise pas au clinicat. Une autre priorité consisterait à reconsidérer la répartition régionale et la distribution des postes

entre les centres hospitaliers universitaires (CHU). Les hôpitaux généraux qui sont formateurs devraient aussi être définis davantage comme des lieux de stage.

Enfin, ils ont évoqué l'amélioration des conditions d'exercice qui pourrait être définie à l'occasion des regroupements. Ceux-ci devraient favoriser la constitution d'équipes polyvalentes, ce qui permettrait de mieux répartir la charge et les contraintes de l'activité, et aboutir à un meilleur confort, qui est attendu par les professionnels. L'amélioration des conditions d'exercice pour le secteur libéral porte aussi sur la question de la responsabilité et de la valorisation des actes.

■ ■ Chirurgie générale et chirurgie digestive

Il n'y a pas d'écart significatif entre les fichiers de l'Ordre et les fichiers ADEL, qui comptabilisent environ 4 800 chirurgiens généraux. En revanche, le dénombrement des chirurgiens digestifs est difficile pour diverses raisons, notamment du fait qu'il n'existe pas de compétence en chirurgie digestive qui permette de les distinguer des autres chirurgiens généraux, et que des praticiens hospitaliers (PH) sont recrutés dans la discipline polyvalente. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) font apparaître une baisse de la chirurgie générale libérale.

La préoccupation principale qui oriente la réflexion des professionnels sur la démographie est celle de la densité des compétences chirurgicales par rapport aux besoins de la population et non celle d'un nombre de chirurgiens en valeur absolue. L'organisation de la formation initiale constitue une solution au maintien d'une densité adaptée, mais l'organisation de la formation continue est également nécessaire. La chirurgie générale recouvre une nébuleuse de métiers qui ne correspond pas à une compétence, mais regroupe les médecins qui font de la chirurgie « molle ». La durée des stages d'externat, de quatre à six semaines, est jugée trop courte et ne permet pas aux étudiants de se faire une idée du métier chirurgical. La maquette actuelle de l'internat est obsolète car elle comprend encore au cours des six semestres du tronc commun deux semestres obligatoires d'orthopédie. Une filiarisation dès le début de l'internat ne permettrait pas à l'interne de se faire une idée et de choisir en connaissance de cause. L'une des propositions consisterait à réduire le tronc commun à quatre semestres indifférenciés, conduisant dans un second temps à une spécialisation plus clairement affirmée et enseignée. Les professionnels soulignent également la difficulté de tenir les exigences des stages dans les hôpitaux généraux du fait de la situation démographique tendue. De plus, des internes d'autres spécialités sont conduits, pour répondre aux exigences de leur maquette, à occuper des postes en chirurgie générale et viscérale alors qu'ils ne se destinent pas à cette spécialité.

Une seconde préoccupation essentielle découle du vieillissement de la population chirurgicale. Le creux qui se manifeste pour les générations suivantes et la faiblesse du nombre d'internes en formation se traduisent par une pénurie maximale, attendue de 2005 à 2015. Ce vieillissement risque d'avoir des conséquences très importantes dans une série de services hospitaliers où le renouvellement des générations ne sera que très mal assuré.

Une troisième préoccupation centrale concerne la définition du contenu du métier et de l'activité. Les modalités de prise en charge de certaines pathologies sont très hétérogènes (exemple de la coelioscopie) ; il existe des phénomènes de concurrence dans des domaines perçus comme des « marchés », par exemple l'obésité. Il en résulte trop souvent des cloisonnements dans la prise en charge du patient, qui dépend finalement du métier ou de la personne qui le reçoit en premier.

■ ■ Chirurgie infantile

ADELI comptabilise, au 1^{er} janvier 2003 sur la France entière, 102 spécialistes en chirurgie infantile, soit un ordre de grandeur proche des données du fichier de l'Ordre à champ comparable, c'est-à-dire si l'on retire les spécialistes admis au concours de praticien hospitalier (PH) sans avoir été qualifiés dans la discipline. Il faut ajouter à ce chiffre environ 200 praticiens compétents en chirurgie pédiatrique. L'ordre de grandeur de 300 chirurgiens infantiles en exercice semble effectivement être celui à retenir selon le président du collège, une enquête conduite en 1999 ayant montré que 250 pratiquaient de façon exclusive ou quasi exclusive la chirurgie infantile.

Une première préoccupation a été exprimée, relative aux parcours de formation des jeunes. En effet, la situation actuelle distingue un DESC de chirurgie infantile, en pratique destiné à former des chirurgiens infantiles à orientation viscérale, et un DESC de chirurgie orthopédique, dans lequel passent en pratique les futurs chirurgiens pédiatriques à orientation orthopédique. Cette situation n'est pas totalement claire ni satisfaisante. Il faudrait notamment prendre acte du fait que tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) ne peuvent pas assurer une formation en chirurgie pédiatrique orthopédique et organiser des formations inter-CHU permettant la prise en charge d'étudiants dans plusieurs régions.

Une seconde préoccupation centrale, résultant des caractéristiques de cette discipline à vocation principalement hospitalière, est liée à l'organisation des structures hospitalières en chirurgie infantile et au fait qu'un nombre de plus en plus réduit de structures accepte de prendre le risque d'anesthésier des enfants de moins de 3 ans et *a fortiori* de moins d'un an. En conséquence, les services de référence en matière de chirurgie infantile sont encombrés par des problèmes mineurs – du type « doigts de portes ». Ils se trouvent contraints de répondre à cette demande car les autres services ne prennent pas des enfants jeunes, en partie à cause des risques anesthésiques. L'une des solutions réside dans l'organisation d'une réponse hiérarchisée à la demande des patients. Un exemple se met en place actuellement à travers des collaborations entre le Centre hospitalier de Saint-Denis et le service de chirurgie pédiatrique de Robert-Debré. Robert-Debré a assuré la formation d'un certain nombre de chirurgiens qui ont été nommés PH à Saint-Denis. Ces PH peuvent toutefois opérer certains patients plus difficiles à Robert-Debré et conserver ainsi leur technicité. La solution passe donc en partie par le développement de structures hospitalières de niveau 2, capables de prendre en charge de la chirurgie infantile en premier recours, mais travaillant également avec des « centres de référence ». L'existence de ces structures est l'un des moyens qui permettra d'éviter l'engorgement des « centres de référence ».

■ ■ Chirurgie orthopédique et traumatologique

La chirurgie orthopédique est une spécialité pour laquelle les données d'ADELI et du Conseil de l'ordre présentent des écarts même après l'adoption d'un champ comparable. Au 1^{er} janvier 2003, ADELI recense 1950 médecins ayant la qualification de spécialiste en chirurgie orthopédique, alors que l'Ordre en recense près de 2 200 (chiffres France entière). En outre, le nombre de médecins ayant une compétence en chirurgie orthopédique est élevé (700 environ dans le fichier ADELI, contre près de 500 dans le fichier de l'Ordre), sans que l'on puisse identifier la proportion de ceux qui exercent effectivement cette compétence. Les professionnels considèrent qu'il faut retenir comme ordre de grandeur 2300

chirurgiens orthopédistes, ce qui correspond au nombre de participants à leur congrès annuel. Ils soulignent le fait que certains médecins exerceraient l'orthopédie sans avoir les compétences requises pour cet exercice, ce qui pose problème, selon eux.

L'une des préoccupations fortes de la spécialité résulte de la désaffection globale pour les spécialités chirurgicales qui se traduit par une baisse du nombre des internes encore plus forte dans cette spécialité que dans d'autres spécialités chirurgicales. Le déficit actuel est évalué à 4 200 postes, chiffre qui permettrait de satisfaire aux exigences de la loi. Les professionnels estiment que les étudiants aspirent maintenant à des conditions de vie différentes de celles de leurs aînés. En sorte qu'il faut envisager que le remplacement ne se fera pas un pour un, alors que le vieillissement de la population entraîne des besoins croissants. L'augmentation du *numerus clausus* de la filière chirurgicale est un facilitateur, mais elle ne modifiera pas fondamentalement les problèmes de la discipline si les conditions d'internat ne changent pas. En effet, l'inscription tardive au DESC et donc dans la discipline et l'absence de fléchage lors du concours de l'internat se traduisent par une orientation des jeunes vers les chirurgies les moins pénibles. Dans ce contexte, la part de la spécialité est en chute libre. Outre la modification des mentalités qui conduit à une moindre acceptation des contraintes, les professionnels soulignent un certain nombre d'aspects spécifiques qui pèsent en défaveur de la spécialité. Sont évoqués notamment les problèmes médico-légaux et le montant très élevé des primes d'assurance.

Les réflexions des professionnels portent surtout sur les moyens d'améliorer la formation. Plusieurs voies ont été évoquées :

- la définition d'un tronc commun, débouchant sur une spécialisation plus tardive ;
- la remise à l'honneur de l'enseignement de l'anatomie, qui a aujourd'hui disparu au niveau des deux premiers cycles dans de nombreuses facultés, contribuant au phénomène de désaffection enregistré pour les disciplines chirurgicales ;
- plus de coercition pour la participation aux cours, celle-ci étant aujourd'hui très variable ;
- la tenue d'un cahier de stage, précisant les objectifs du stage. Cela permettrait un suivi et des relations plus proches avec les internes qui ne font que passer actuellement dans les services, sans que leur parcours ne soit connu.

■ ■ Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Pour la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, la question du comptage des effectifs est directement liée au processus de reconnaissance de la spécialité. En effet, les professionnels ayant une compétence en chirurgie plastique sont plus nombreux que les spécialistes eux-mêmes. Afin de clarifier la situation, les professionnels ont engagé conjointement avec l'Ordre des médecins une démarche de reconnaissance et de validation des qualifications. C'est pourquoi, l'ordre de grandeur qui doit être admis est environ 650 praticiens exerçant la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique au 1^{er} janvier 2003 (France entière), soit un nombre très supérieur aux 324 spécialistes environ recensés, à champ comparable par les fichiers ADELI et de l'Ordre.

En lien avec cette question de la reconnaissance de la spécialité, la formation est un enjeu essentiel pour les professionnels auditionnés. Le projet évoqué devant l'Observatoire serait de créer une formation commune de spécialité qui regrouperait la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie plastique, la chirurgie de la main et la chirurgie pédiatrique.

Pour les professionnels, la question de l'attractivité de la spécialité n'est en revanche pas un problème. La chirurgie plastique cumule en effet plusieurs avantages : une diversité

de pratiques, l'attrait pour une chirurgie de reconstruction et l'intérêt financier lié à l'exercice de cette spécialité. L'attractivité financière de la profession est surtout importante pour tous les actes de chirurgie plastique ou esthétique qui échappent à la nomenclature et sont facturés sur des honoraires libres. Toutefois, dans ce cas, il y a désormais une obligation pour les praticiens de fournir un devis quinze jours avant l'intervention, détaillant les différents coûts de l'opération prévue.

L'attractivité doit cependant être examinée différemment dans le secteur libéral et hospitalier. Selon les professionnels, les 4/5 environ de l'activité dans les services hospitaliers recouvrent de la chirurgie réparatrice. Il existe dans ce champ de réelles difficultés de recrutement pour les chirurgiens spécialisés dans la réparation des grands brûlés. Dans le secteur libéral, la situation est différente: il y aurait environ 60% de l'activité qui correspondrait à de la chirurgie conventionnée et 40% à de la chirurgie non conventionnée.

Il existe par ailleurs des recoupements entre la chirurgie plastique et d'autres spécialités. D'une part, un certain nombre de spécialités prescrivent des actes de chirurgie plastique. C'est en particulier le cas de la neurochirurgie, de la cancérologie, pour les actes réparateurs, ou encore de la dermatologie. D'autre part, les frontières avec certaines professions sont poreuses. Par exemple, certains oto-rhino-laryngologues réalisent des rhinoplasties et les chevauchements avec la chirurgie plastique sont alors possibles.

À titre de conclusion, les professionnels soulignent qu'il est important de pouvoir répondre à la demande des patients avec des médecins formés. Sinon, le risque est de voir se développer des actes de chirurgie plastique ou esthétique réalisés par des praticiens qui n'ont pas nécessairement les formations adéquates pour le faire.

■ ■ Chirurgie urologique

Les écarts entre les données ADELI (515 urologues au 1^{er} janvier 2003, France entière) et celles de l'Ordre (395 à la même date) proviennent notamment des praticiens qui ont réussi le concours national de praticien hospitalier (PH) sans avoir la qualification de spécialistes. Des écarts importants sont constatés avec les données dont disposent les professionnels. Ces derniers s'appuient sur une définition plus large des urologues, qui inclut les compétents et ceux qui pratiquent l'urologie: ils dénombrent ainsi 996 urologues en 2002. Ces données illustrent le fait qu'une partie des médecins, généralistes ou spécialistes, qualifiés compétents en chirurgie urologique, exerce cette spécialité: ces médecins qualifiés compétents sont au nombre de 654 dans les fichiers de l'Ordre et le répertoire ADELI en dénombre 518.

Ces écarts s'expliquent notamment par le fait que certains urologues sont restés inscrits, et donc comptabilisés en chirurgie générale dans les différentes sources officielles. La clarification des données sur le nombre de chirurgiens généraux, actuellement en cours, devrait améliorer la connaissance de leurs effectifs. Les professionnels considèrent que cette clarification est également un élément essentiel pour garantir la qualité des praticiens et éviter le développement de «pseudo-urologues» mal formés.

Les données démographiques recueillies par les professionnels montrent que le nombre d'urologues va augmenter jusqu'en 2008-2010, puis ensuite décroître. Cette diminution est liée, d'une part, au départ à la retraite de générations plus nombreuses de médecins dans cette spécialité. À partir de 2008, les professionnels considèrent que 35 urologues vont partir par an. On enregistre, d'autre part, une désaffection des jeunes générations pour les spécialités chirurgicales, qui se manifeste par la baisse du nombre d'urolo-

gues actuellement en formation (20 et 22 inscrits en DESC d'urologie respectivement en 2000 et 2001, à comparer avec les 33 puis 46 diplômés ces mêmes années).

Selon les résultats de l'enquête conduite au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, les raisons de la désaffection des jeunes sont liées d'abord à la qualité de vie car la charge de travail est lourde et les gardes sont un exercice solitaire. Sont également évoqués : le problème de la judiciarisation et son corollaire, le montant des primes d'assurances, et la rémunération perçue comme insuffisante compte tenu des contraintes. Dans de nombreuses petites villes, les difficultés de recrutement sont également liées au manque d'attractivité de la spécialité.

Pour faire face aux évolutions prévisibles des effectifs et des besoins, les professionnels auditionnés considèrent que la constitution de centres d'urologie serait souhaitable. Regroupant quatre à six médecins de diverses spécialités, ils permettraient la couverture d'une population de 300 000 à 400 000 habitants. Ces regroupements facilitent la continuité des soins, règlent la question de l'amortissement de l'installation et des frais de fonctionnement et favorisent enfin la formation continue. Le développement de « consultations avancées », c'est-à-dire dans d'autres lieux, pourrait être en outre organisé à partir de ces centres. Des transferts de compétence vers des infirmiers en urologie pourraient également être réalisés dans un tel cadre.

■ ■ Chirurgie vasculaire

Au 1^{er} janvier 2003, même à champ comparable, les écarts entre ADELI, qui recense 320 spécialistes au sens strict (hors les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier sans être qualifiés dans la discipline) et l'Ordre, qui recense 414 chirurgiens vasculaires sont très élevés. L'une des raisons tient aux sous-déclarations des professionnels à ces deux fichiers, qui s'expliquent par des raisons diverses. La Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) quant à elle ne peut fournir de statistiques fiables sur les spécialités chirurgicales libérales.

Des enquêtes de démographie réalisées par la profession au sein de leur profession recensent 582 chirurgiens vasculaires. La pyramide des âges fait apparaître une chute importante sur la tranche d'âge la plus jeune. En effet, 225 des chirurgiens vasculaires recensés par l'enquête ont entre 40 et 50 ans, 225 également ont entre 50 et 60 ans, alors que 37 seulement ont entre 30 et 40 ans.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels renvoie au fait que la chirurgie vasculaire est devenue moins attractive qu'elle ne l'était par le passé, notamment, mais pas seulement, à cause des gardes. En libéral, le coût des assurances est de plus en plus élevé, ainsi que le coût d'installation. Toutefois, l'évolution vers une spécialité de plus en plus technologique constitue à l'inverse un facteur d'attractivité pour la spécialité. Les jeunes en formation demeurent ainsi nombreux. Le recensement effectué au sein de la profession a permis de dénombrer 96 internes ou chefs de clinique inscrits au DESC de chirurgie vasculaire, répartis sur six années de formation. Les professionnels auditionnés ont fortement insisté sur les projets de réforme en cours des DES et DESC, car elles font l'unanimité parmi les praticiens universitaires-praticiens hospitaliers (PU-PH) de trois spécialités. Celle-ci consisterait dans la création d'un DES de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire, qui serait ensuite complété par un ou deux DESC à la sortie pour permettre des surspécialisations. Ce projet comporte selon eux de multiples avantages : meilleure visibilité de la spécialité pour les jeunes, réponse à une véritable exigence de

santé, en particulier dans tous les établissements qui ont besoin de chirurgiens aux compétences multiples.

Les professionnels auditionnés ont également exprimé leur préoccupation sur les concurrences actuelles dans la prise en charge de certaines pathologies ou de certains actes. Un nombre croissant d'actes chirurgicaux, comme la dilatation de cathéter, sont pris en charge par des médecins non formés à la chirurgie, ce qui peut poser des problèmes notamment d'asepsie. Il existe aussi des difficultés liées à la pratique des angiologues, qui traitent notamment des varices. Les compétences de ces médecins sont aujourd'hui de niveaux très variables. L'évolution actuelle, avec la création récente d'un DESC d'angiologie qui sera accessible aux médecins généralistes, va permettre une formation plus homogène. Mais il faudrait arriver à mieux évaluer l'intérêt comparé des différentes pratiques – médicales et chirurgicales – dans le traitement des pathologies veineuses comme les varices ou les ulcères de jambes. Dans ces domaines, on pourrait d'ailleurs envisager que des médecins vasculaires de haut niveau encadrent des techniciens qui réaliseraient un certain nombre d'explorations.

Les professionnels auditionnés ont enfin indiqué qu'il y avait selon eux aujourd'hui une taille critique minimale pour exercer la chirurgie vasculaire, qu'ils évaluent à 3 chirurgiens vasculaires pour un bassin de population de 120 000 habitants. Cela amène à éviter des concurrences inutiles entre structures publiques et privées et à privilégier des conventions entre structures.

■ ■ Ophtalmologie

L'ophtalmologie est une spécialité où il n'y a pratiquement aucun écart entre les chiffres de l'Ordre et les chiffres ADELI, les données recensant 5 500 ophtalmologues au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les 4 500 ophtalmologues libéraux permettent de distinguer plusieurs profils d'activité : une majorité de praticiens ayant un exercice principal en consultations (environ 2 300) ; un nombre important ayant une pratique mixte (environ 1 700) et une minorité effectuant principalement des actes chirurgicaux.

Les professionnels auditionnés ont exprimé leur inquiétude sur les modalités actuelles de prise en charge des pathologies ophtalmologiques urgentes ou semi-urgentes, dans un contexte de fortes tensions sur l'offre de soins. Les délais de rendez-vous sont aujourd'hui très élevés et pèsent sur la détection précoce de certaines pathologies. Les délais cités lors de l'audition ont été quatre à six mois en région Rhône-Alpes, mais de plus de douze mois dans le Nord. D'autres départements ont en revanche une situation tout à fait satisfaisante (quatre à cinq jours pour un rendez-vous sur Paris).

Les professionnels auditionnés ont également souligné le fait que les modalités actuelles de rémunération pour les libéraux conduisaient à une déformation de l'activité des médecins, qui pouvait aussi expliquer certains des défauts de prise en charge relevés. Établir des diagnostics de pathologies ophtalmologiques est une activité consommatrice de temps et mal rémunérée (par exemple, faible rémunération des angiographies). À l'inverse, la chirurgie réfractive apparaît nettement plus rentable. Il existe ainsi certains ophtalmologues qui pratiquent majoritairement, voire exclusivement cette activité, et renvoient de ce fait les malades vers leurs confrères déjà débordés pour la prise en charge des pathologies ophtalmologiques.

Ainsi, pour les professionnels auditionnés, il existe un « déficit » en ophtalmologues, qui s'explique à la fois par la spécialisation de certains de leurs confrères en chirurgie

réfractive pure et par le fait que les ophtalmologues actuellement en exercice travaillent un nombre d'heures inférieur à celui des générations précédentes, notamment du fait de la féminisation.

L'inadéquation entre l'offre et la demande résulte également selon eux d'une augmentation du recours de la population aux ophtalmologues. Les pathologies dégénératives liées au vieillissement progressent et les besoins visuels de la population sont également croissants (télévision, ordinateur, conduite automobile...).

Les professionnels auditionnés admettent l'idée que les transferts de compétence pourraient contribuer à régler une partie des difficultés et des engorgements actuellement constatés. Ils considèrent toutefois que ce transfert de compétence doit se faire en majorité en direction des orthoptistes. Ils sont en revanche très opposés à un transfert de compétences en direction des opticiens, à la fois pour des raisons liées aux risques de non-détection de certaines pathologies et du fait des risques de confusion des rôles entre prescription et vente. Le transfert aux orthoptistes suppose toutefois certaines conditions, notamment un exercice dans le même lieu que l'ophtalmologue et une harmonisation des formations des orthoptistes à l'intérieur du cadre des facultés de médecine.

■ ■ Oto-rhino-laryngologie

Les écarts entre les données issues du fichier ADELI et du Conseil de l'ordre sont faibles et les chiffres convergent autour d'un chiffre de 2980 oto-rhino-laryngologues (ORL) au 1^{er} janvier 2003 (France entière) à champ comparable. À la même date, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 300 ORL libéraux, avec une stabilité des effectifs depuis 5 ans. Leur activité évolue dans le sens d'une diminution des actes de consultation et d'une augmentation des actes chirurgicaux. Cette évolution est analysée par les professionnels comme la conséquence du recours croissant à la fibroscopie dans les actes exploratoires (cotée K 15).

L'un des principaux enjeux évoqués par les professionnels lors de l'audition concerne les regroupements de structure, aussi bien en milieu libéral qu'hospitalier : une taille critique minimale apparaît désormais nécessaire pour exercer la spécialité dans des conditions satisfaisantes.

En milieu hospitalier, les professionnels ont souligné qu'il était essentiel de conserver une forte exigence de formation des praticiens, avec une polyvalence entre l'exercice médical et l'exercice chirurgical. La conséquence selon eux est que la chirurgie ORL ne sera plus à la portée de tous les centres hospitaliers généraux et qu'il faudra en tirer la conséquence plutôt que de chercher à maintenir une activité avec des professionnels insuffisamment formés. C'est un élément également essentiel pour maintenir l'attractivité de la discipline vis-à-vis des plus jeunes, en milieu hospitalier.

En secteur libéral, le coût d'installation incite fortement au regroupement. Toutefois, celui-ci est freiné par le fait que la rémunération des différentes sous-spécialités ORL est très déséquilibrée si l'on compare la cancérologie, l'exploration sensorielle et la rhinologie. Le rééquilibrage de la nomenclature est donc selon eux un élément essentiel pour favoriser les regroupements.

Les professionnels ne sont pas *a priori* opposés aux transferts de compétence, mais ils soulignent les risques de dérive commerciale, en particulier dans le domaine de l'audioprothèse, si les mêmes structures ou professionnels sont à la fois en charge du dépistage, de la prescription et de l'appareillage. C'est dans le but de limiter ces risques que la pro-

fession a développé une démarche de qualité, qui vise à valider la pertinence des examens auditifs.

■ ■ Psychiatrie et neuropsychiatrie

Au 1^{er} janvier 2003, pour la France entière, le répertoire ADEL recense 13 741 psychiatres, soit 960 de plus que l'Ordre qui en recense 12 781. Une partie importante de cet écart vient du fait que le répertoire ADEL considère comme spécialistes des médecins reçus au concours de praticien hospitalier bien qu'ils n'aient pas la qualification de spécialiste (676 médecins). En psychiatrie en effet, les médecins qui ont passé le concours de praticien hospitalier sans être qualifiés dans cette spécialité sont nombreux. Il existait encore en 2003 une dérogation renouvelée annuellement pour la psychiatrie, qui autorise des médecins non qualifiés comme spécialistes à postuler pour le concours de praticien hospitalier. Cette voie concerne des effectifs importants puisque, sur les années récentes, les praticiens reçus par cette voie dérogatoire sont supérieurs en nombre aux praticiens nommés à l'issue du DES de psychiatrie. Les écarts entre les fichiers ADEL et ceux du Conseil de l'ordre (CNOM) sur les compétences en psychiatrie sont également importants (224 médecins compétents sur ADEL, 1 653 recensés par le Conseil de l'ordre, dont 1 471 en psychiatrie pour enfants et adolescents). Cet écart, qui pourrait provenir de défauts de mise à jour dans ADEL, n'est pas totalement expliqué.

Également au 1^{er} janvier 2003, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) recense un peu plus de 6 000 psychiatres libéraux, avec une stabilité des effectifs depuis cinq ans (progression de 0,6%). Leur activité en consultation est en revanche en augmentation sur la même période (+ 2,3 % en moyenne par an). Les données relatives à la densité des médecins libéraux montrent une situation très atypique de Paris, avec une densité de 59 psychiatres pour 100 000 habitants. La densité moyenne française est de 10,2 psychiatres pour 100 000 habitants. La densité la plus faible est dans le département du Pas-de-Calais, qui a 1,8 psychiatre pour 100 000 habitants.

L'une des principales préoccupations exprimées par les professionnels renvoie à la situation de la psychiatrie à l'hôpital. En effet, la spécialité ne souffre pas d'un déficit d'attractivité auprès des étudiants et le « droit au remords » est d'ailleurs souvent utilisé en faveur de la psychiatrie. En revanche, l'exercice de la psychiatrie en hôpital apparaît peu attractif : si aujourd'hui 55 % des psychiatres exercent en libéral, les deux tiers des étudiants diplômés choisissent un exercice libéral à la fin de leurs études. Des raisons variées sont évoquées par les professionnels pour expliquer cette situation : modalités d'exercice dans le secteur public, lourdeur des tâches administratives, caractéristiques des pathologies traitées à l'hôpital, augmentation des urgences au détriment de l'activité programmée...

Les professionnels auditionnés ont également évoqué les débats qui traversent aujourd'hui la psychiatrie, dans le domaine de la formation et des transferts de compétence. Sur cette dernière question, les professionnels envisagent différemment la question :

- dans le secteur libéral, plusieurs obstacles au développement de tels transferts de compétence ont été évoqués : le paiement à l'acte et l'absence de formation clinique des psychologues apparaissent comme deux facteurs bloquants aujourd'hui ;
- dans le secteur hospitalier ou le secteur médico-social, la question se pose différemment, et l'existence de structures collectives de prise en charge des patients, intégrant des psychologues, des psycho-motriciens, des orthophonistes, facilite l'organisation de transferts de compétence sous la responsabilité du psychiatre.

■ ■ Médecine en santé publique

Selon les données au 1^{er} janvier 2003 (France entière), les écarts entre les chiffres de l'Ordre (1406 spécialistes en santé publique) et ceux d'ADELI (1089 spécialistes en santé publique, dont 141 médecins reçus au concours national de praticien hospitalier sans être qualifiés spécialistes) sont très importants. Selon les professionnels, cet écart s'explique assez bien par les parcours des médecins de santé publique. En effet, il est fréquent qu'un médecin, soit généraliste soit spécialiste (en pédiatrie, en pneumologie...), développe dans la pratique un exercice de santé publique. Le nombre de praticiens dans cette situation va probablement diminuer dans la mesure où le nouveau régime de formation prévoit l'obtention d'un DES comme condition pour devenir spécialiste en santé publique. Toutefois, cette uniformisation des formations ne règlera pas tous les problèmes. À titre d'exemple, les concours de l'École nationale de santé publique (ENSP) qui forment les médecins-inspecteurs de santé publique sont ouverts à des médecins qui n'ont pas nécessairement une spécialité en santé publique, qu'ils soient généralistes ou qu'ils relèvent d'une autre spécialité.

Il n'y a donc pas de coïncidence entre la spécialité de santé publique, telle qu'elle est aujourd'hui reconnue par le DES, et l'exercice en santé publique, qui peut être le fait de médecins qui n'ont pas été formés par cette voie. L'histoire récente de la discipline montre d'ailleurs qu'un nombre important de médecins viennent à la santé publique en « seconde carrière », en particulier des médecins internistes ou des pédiatres.

L'une des préoccupations exprimées par les professionnels renvoie au fait que les besoins en médecins spécialistes de santé publique ne sont pas tous couverts. Selon eux, la santé publique souffre encore en France d'un déficit d'image, lié en partie au cursus de formation des étudiants en médecine qui privilégie le face-à-face entre le soignant et le patient. La démarche de santé publique, qui vise à développer une approche collective des problèmes de santé, reste peu présente dans la culture des jeunes étudiants en médecine. Parallèlement, il existe des besoins importants de recrutement de médecins spécialistes en santé publique. Plusieurs champs sollicitant cette spécialité sont en effet en fort développement : management des politiques de santé, gestion des risques, expertise, recherche, vigilance en milieu hospitalier... En moyenne aujourd'hui, il y a environ 60 à 65 internes spécialistes qui sortent chaque année du cursus de formation. Les besoins sont évalués par les professionnels à une centaine, notamment sous l'impact de la création des agences sanitaires (Institut de veille sanitaire (INVS), Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)....).

Une autre préoccupation des professionnels est relative à l'évolution de la formation en santé publique : il y aurait selon eux un grand danger à faire disparaître la filière santé publique, ce qui risquerait de tarir les flux de médecins formés dans cette spécialité. Les professionnels considèrent toutefois qu'il y a aujourd'hui un nombre trop important d'endroits où l'on enseigne la santé publique, si bien que la masse critique nécessaire à l'organisation d'un enseignement de qualité n'est pas réunie partout. De ce point de vue, le projet de création d'une École des hautes études en santé publique est reçu positivement, s'il se traduit par l'existence d'un lieu commun national d'excellence pour l'enseignement des domaines les plus pointus de la spécialité, tout en maintenant une partie des enseignements dispensés localement. Par ailleurs, la profession réfléchit aujourd'hui aux modalités qui permettraient d'organiser de façon plus satisfaisante la formation des médecins qui choisissent d'exercer la santé publique en seconde carrière. Il faudrait en effet selon eux

offrir la possibilité à des médecins d'acquérir dans une seconde phase de leur vie professionnelle une spécialité en santé publique. Un concours national pourrait être organisé en ce sens, à l'image de ce qui existe pour les médecins du travail.

■ ■ Médecins généralistes - omnipraticiens

Le rapprochement du champ de définition du fichier ADEL avec celui du fichier de l'Ordre permet de réduire les écarts importants, commentés lors de l'audition, entre ces deux sources (respectivement 100 682 et 107 832) au 1^{er} janvier 2003. Il aboutit à un recensement de 108 183 omnipraticiens pour ADEL, et de 107 832 pour l'Ordre. Toutefois, selon les professionnels, il est très difficile de connaître quantitativement la situation de l'offre actuelle car une grande opacité caractérise les données concernant l'exercice médical des omnipraticiens. Les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) fournissent une vision probablement plus voisine de la réalité, quoique non exhaustive, des effectifs qui exercent la médecine générale (60 976 omnipraticiens libéraux).

La difficulté du recensement provient de la « fuite » des médecins, répertoriés selon leur déclaration comme généralistes, vers la médecine à exercice particulier ou vers les spécialités. Elle est liée, selon les professionnels auditionnés, au manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste libéral installé pour les jeunes diplômés. La multiplication des diplômes universitaires complémentaires de troisième cycle (DU), favorise ce mouvement.

Les professionnels auditionnés partagent l'analyse des difficultés actuelles de la profession en invitant à distinguer des profils différenciés, selon les lieux et modes de l'exercice. La distinction entre l'exercice urbain et l'exercice rural leur apparaît, par exemple, plus pertinente que celle portant sur le sexe du praticien.

Trois éléments apparaissent déterminants pour expliquer le malaise de la profession : en premier lieu, l'isolement, et notamment le fait qu'un médecin généraliste doit assurer seul un ensemble d'activités extra-médicales ; la charge de travail ensuite, avec souvent de très fortes amplitudes horaires ; et enfin le manque de perspectives, car il n'existe aucune possibilité d'évolution dans la carrière.

La formation explique également une partie des problèmes d'attractivité. Les 9/10 de la formation se déroulent à l'hôpital, avec une culture du travail d'équipe et dans une structure qui protège. L'augmentation de la part de la formation en ambulatoire constituerait, sur ce point, un élément positif, susceptible notamment de familiariser les jeunes médecins avec les attentes de patients qu'ils méconnaissent souvent.

Une autre des solutions, largement souhaitée dans la profession pour l'avenir, est le développement du regroupement. Cette formule permet le partage d'un certain nombre de contraintes administratives, facilite la continuité des soins et permet de rompre l'isolement sous réserve que la charge de travail laisse du temps pour les échanges. Elle favorise enfin le rapprochement avec les plateaux techniques. Les professionnels auditionnés soulignent le coût important de cette formule, quelles que soient les modalités retenues, et ils regrettent que ce type d'organisation ne soit pas davantage valorisé financièrement.

Les professionnels auditionnés ont indiqué qu'ils étaient favorables au principe de développement de transferts de compétence, à condition que soit défini précisément ce qu'est l'exercice de la médecine de soins primaires, et que soient fixées les modalités de rémunération permettant la coordination entre les professionnels de santé, dans le secteur libéral.

■ ■ Chirurgiens-dentistes

S'agissant des effectifs de chirurgiens-dentistes, il n'y a pas de grosses différences entre l'Ordre et le répertoire ADEL (respectivement 42 531 et 41 375), au 1^{er} janvier 2003 (France entière). Les données fournies par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le secteur libéral, qui représente 95 % de la profession, sont convergentes avec ces chiffres. Elles font apparaître une légère baisse des effectifs de chirurgiens-dentistes et une augmentation régulière des orthodontistes.

Une première préoccupation porte sur la capacité de formation. En effet le *numerus clausus* a été fixé en 2004 à 930, soit 80 de plus que l'année précédente, sans moyens hospitaliers supplémentaires. L'augmentation récente du *numerus clausus*, à laquelle la profession s'était opposée pendant des années, implique d'une part un effectif d'enseignants plus important que celui qui existe actuellement, et des pôles d'excellence formateurs plus nombreux; elle implique d'autre part que des stages puissent se mettre en place.

Une autre préoccupation concerne la baisse des effectifs qui sera d'environ de 10 % dans une dizaine d'années. En outre, la féminisation et le souhait des plus jeunes, mais aussi des praticiens installés, de réduire le temps de travail laissent prévoir une diminution encore plus importante du temps consacré aux soins. Les problèmes qui apparaissent portent sur l'allongement des listes d'attente et la difficulté de répondre aux urgences.

Une troisième préoccupation concerne le risque d'accentuation des disparités territoriales, avec une attractivité plus forte des villes pour les jeunes qui s'installent. Les professionnels auditionnés ont évoqué plusieurs pistes qui permettraient d'apporter des solutions, en dehors des incitations économiques qui ne semblent pas suffisantes :

- l'installation de plateaux techniques, fortement reliés aux centres universitaires, dans des zones en difficulté ;
- un *numerus clausus* de conventionnement ;
- la création de cabinets dentaires itinérants.

Le transfert de tâches paraît difficile à organiser en secteur libéral, notamment du fait des charges financières qu'il entraînerait. La délégation de tâches en revanche pourrait être développée en milieu hospitalier. La prise en charge bucco-dentaire n'est pas assurée, par exemple, dans les maisons de retraite ou les établissements pour personnes handicapées. Des infirmières pourraient être formées à l'hygiène bucco-dentaire.

■ ■ Masseurs-kinésithérapeutes

Dans le fichier ADEL, le nombre de masseurs kinésithérapeutes est de 58 109 au 1^{er} janvier 2003. Des divergences existent sur les effectifs libéraux avec les données de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui recense à la même date 40 434 praticiens libéraux, contre 45 746 pour ADEL. Ces écarts s'expliquent en partie par le fait que la CNAMTS ne recense pas les remplaçants, ni peut-être tous les non-conventionnés (37 à cette date) s'ils ne délivrent pas de feuille de soins. Les données de la CNAMTS montrent que les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont en hausse en moyenne de 2,5 % par an sur les cinq dernières années.

La profession souligne en premier lieu le décalage actuel entre des quotas de formation très stricts pour la France (fixés à 1 540 en 2003, et augmentés à 1 655 en 2004) et le fait que les autorisations d'exercice pour des professionnels formés à l'étranger sont très

nombreuses : ces autorisations ont concerné 1300 professionnels en 2003, venant principalement de Belgique et dans une moindre mesure d'Espagne.

Une autre préoccupation forte des professionnels est la question de l'attractivité des postes en milieu hospitalier. Les étudiants intègrent en effet de moins en moins un hôpital directement après le diplôme. Ce phénomène s'explique en partie par des raisons financières, les revenus des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers étant dans l'ensemble inférieurs à ceux des libéraux. Il s'explique aussi par une aspiration à une plus grande indépendance dans l'exercice professionnel, par la dimension sportive – et pas exclusivement médicale – de la profession. L'une des raisons du manque d'attractivité des postes salariés en France tient également à l'absence de possibilités d'évolution de carrière ou d'exercice reconnu de compétences particulières. Les seules promotions possibles sont vers l'enseignement ou l'encadrement. Cette question devient d'autant plus prégnante que des réflexions sur une amélioration de la formation initiale sont en cours. Or la mise en place de formations plus longues et plus exigeantes doit s'accompagner d'une reconnaissance de la part des employeurs, notamment en termes salarial. Il n'est pas évident, dans le contexte actuel, que des employeurs, en particulier publics, auront les moyens de rémunérer des masseurs-kinésithérapeutes de niveau bac + 5. Pour cette raison, certains représentants de la profession privilégient une évolution progressive, qui permette dans un premier temps une reconnaissance des formations délivrées à un niveau intermédiaire entre la licence et le master (l'équivalent des maîtrises actuelles).

Une troisième préoccupation forte de la profession est liée aux risques découlant de la concurrence entre un exercice conventionné et encadré de la masso-kinésithérapie et l'ostéopathie, reconnue par la loi du 4 mars 2002. Il y aurait environ 10 000 ostéopathes aujourd'hui en France. La formation d'ostéopathe est nettement moins exigeante que la formation de kinésithérapeute. Dans la pratique, 80 % environ des ostéopathes sont des kinésithérapeutes qui ont suivi une formation continue complémentaire. Beaucoup pratiquent la kinésithérapie, mais de façon totalement libre sans prescription. Il existe aujourd'hui un risque important qu'un certain nombre de kinésithérapeutes se détournent de leur profession, en particulier de l'exercice salarié en milieu hospitalier, et privilégient un exercice totalement indépendant de l'ostéopathie, qui ne se ferait même plus sur prescription médicale et qui s'exercerait en dehors de toute convention avec l'assurance-maladie. Cela risque donc à terme de peser à la fois sur la qualité de prise en charge des patients et sur les effectifs de kinésithérapeutes.

LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET SALARIÉS EN ACTIVITÉ EN FRANCE AU 1^{er} JANVIER 2003 : COMPARAISON DE PLUSIEURS SOURCES DE DONNÉES

Serge DARRINÉ

Bureau des professions de santé/DREES

Deux sources permettent de recenser de manière détaillée l'ensemble des médecins en activité, le répertoire ADELI de la DREES et le fichier national de l'Ordre des médecins. Le répertoire ADELI est redressé de manière à ce que le nombre total de médecins en activité soit le même que celui de l'Ordre (environ 205 400 médecins au 1^{er} janvier 2003, France entière)¹.

Mais ce redressement s'appuie sur le nombre total de médecins se déclarant actifs à l'Ordre, y compris ceux ne déclarant aucun mode d'exercice, autrement dit ni libéraux ni salariés. Au 1^{er} janvier 2003, 15 450 médecins sont dans ce cas. Parmi ceux-ci, 8 841 déclarent néanmoins une activité intermittente en tant que remplaçant ou vacataire occasionnel, ce qui permet *a posteriori* de les reclasser en libéraux ou salariés en s'appuyant sur d'autres sources. Les autres, 6 609 professionnels, se déclarent dans leur très grande majorité (6 105) temporairement sans activité. L'ensemble de la population des médecins temporairement sans activité² a fait l'objet d'une étude en 2003 de la part du CREDES³ et du CNOM⁴ sur la moitié des départements français. Il en ressort que, sur ces départements, un tiers environ des médecins temporairement sans activité seraient des actifs occupés et deux tiers des inactifs (retraite, invalidité, maladie...). On verra en détail les problèmes que posent les médecins sans mode d'exercice pour comparer les chiffres du répertoire ADELI à ceux de l'Ordre : disons ici pour résumer qu'ADELI, bien que comptant après redressement autant de médecins que l'Ordre, recense à la fois plus de libéraux et plus de salariés que l'Ordre, du fait de ces médecins.

1. Cf. CUNÉO (P.) et NIEL (X.), *L'Harmonisation des données de démographie médicale*, rapport du groupe de travail du CNIS, Document de travail série statistiques, n° 75, septembre 2002, et SICART (D.), *Les Médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003*, Document de travail série statistiques, n° 57, septembre 2003, DREES.

2. Cette population est constituée à plus de 99,5 % de médecins sans exercice (libéral/salarié) déclaré.

3. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

4. Conseil national de l'ordre des médecins.

■ ■ Les médecins libéraux, comparaison de quatre sources

Quatre sources permettant de recenser les médecins libéraux en activité ont été étudiées ici : ces sources sont le répertoire ADEL⁵ de la DREES, le fichier national de l'Ordre des médecins⁵, le fichier SNIR⁶ de la CNAMTS⁷, et le fichier des cotisants de la CARMF⁸.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADEL recense 122 417 médecins libéraux en activité en France. À la même date, l'Ordre recense 112 965 médecins se déclarant libéraux, le SNIR de la CNAMTS recense 116 396 médecins ayant une activité libérale, enfin la CARMF en recense 124 542. Ces chiffres varient donc dans un écart de 9 % environ. Mais après analyse des champs couverts par ces différentes sources, il s'avère qu'ils ne sont pas directement comparables.

Avant de rentrer dans le détail des différences de champ, précisons que le chiffre retenu ici pour le SNIR regroupe les « actifs à part entière » (APE) et les « non-actifs à part entière » (non-APE). Un APE est, selon la définition de la CNAMTS, un professionnel de santé qui a exercé une activité libérale normale sur une année complète dans le cadre conventionnel ; en sont exclus (et sont donc considérés comme non-APE) les médecins installés en cours d'année, les non-conventionnés, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ont atteint au moins leur 65^e anniversaire au cours de l'année et qui continuent à exercer une activité. Quant aux médecins ayant cessé leur activité avant la fin de l'année, ils sont exclus des données du SNIR retenues ici s'ils ne se déclarent pas en activité au 31 décembre de l'année étudiée. Enfin, le SNIR ne recense que les médecins ayant eu au moins un euro d'honoraires présentés au remboursement dans l'année, restriction qui n'existe pas dans les trois autres sources (tableau 1).

Précisons également que les statistiques de la CARMF utilisées ici recensent les cotisants obligatoires, c'est-à-dire ceux qui exercent une activité libérale⁹. Ces données correspondent aux médecins adhérant au moins à l'un des trois régimes de retraite gérés par la CARMF, le régime de base, le régime complémentaire et le régime ASV¹⁰.

Plusieurs différences de champ expliquent les écarts entre les quatre sources étudiées, certaines étant liées au choix des données retenues pour la comparaison :

LES REMPLAÇANTS

Comme on l'a vu, l'Ordre recense, en plus des médecins libéraux, des médecins sans mode d'exercice déclaré ayant une « activité intermittente » (8 841 professionnels au 1^{er} janvier 2003). Il s'agit, d'une part, de remplaçants qui sont comptés comme libéraux dans ADEL et, d'autre part, de vacataires occasionnels. Il n'est pas possible de distinguer les uns des autres à partir des seules données fournies par l'Ordre, en revanche on peut faire des hypothèses de répartition avec l'aide des données du répertoire ADEL, d'après lequel on trouve 5 981 libéraux

5. Ces deux premières sources, répertoire ADEL et fichier de l'Ordre, recensent également les médecins salariés, contrairement aux deux autres sources de données.

6. Système national interrégimes.

7. Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés. La CNAMTS dispose également d'un autre fichier, le fichier d'identification nationale des professionnels de santé (FINPS), qui n'a pas été retenu ici car le SNIR est plus adapté : en effet il s'appuie sur la présence d'honoraires des médecins, alors que le FINPS s'appuie sur une déclaration d'activité de la part des professionnels.

8. Caisse autonome de retraite des médecins de France, à laquelle cotisent obligatoirement les médecins libéraux.

9. Parallèlement aux cotisants obligatoires, la CARMF appelle cotisants volontaires les médecins qui n'exercent plus d'activité libérale mais souhaitent continuer à cotiser ; on trouve également, parmi les cotisants volontaires, des médecins exerçant à l'étranger.

10. Allocation supplémentaire de vieillesse.

remplaçants en activité à cette date (les autres, 2 860 médecins, étant donc supposés être des vacataires occasionnels qu'on classera parmi les salariés dans la partie consacrée aux médecins salariés). Les remplaçants ne sont pas recensés dans le SNIR de la CNAMTS au sens où leurs feuilles de soins étant au nom des confrères qu'ils remplacent, ils sont « invisibles » dans ce fichier. Ils figurent en revanche dans les statistiques de la CARMF.

LES PHTP AVEC ACTIVITÉ LIBÉRALE À L'HÔPITAL

Les données du répertoire ADELi retenues ici comptent parmi les libéraux tous les médecins ayant une activité libérale, exclusive ou non d'une activité salariée, à l'exception des praticiens hospitaliers à temps plein (PHTP) ayant simultanément une activité libérale à l'hôpital, soit 4 140 personnes au 1^{er} janvier 2003. De la même façon, l'Ordre ne les compte pas parmi les libéraux mais parmi les salariés. En revanche, la CNAMTS et la CARMF ne font pas cette exception, puisqu'elles recensent comme libéral tout médecin ayant un exercice libéral, exclusif ou non d'un autre exercice, même s'il a lieu à l'hôpital. Toutefois, ces professionnels peuvent être isolés dans les données de la CNAMTS¹¹. Ils ne peuvent l'être des données de la CARMF.

LES BÉNÉFICIAIRES DU MICA

Les statistiques de la CARMF englobent les médecins ayant adhéré au mécanisme incitatif de cessation d'activité (MICA), ce qui n'est pas le cas des trois autres sources. Le MICA concerne 3 308 médecins au 1^{er} janvier 2003. Ils ont tous entre 57 et 65 ans et n'ont pas encore liquidé leurs droits à la retraite. Ces médecins ne figurent pas dans les trois autres sources.

LES NON-CONVENTIONNÉS

Au nombre de 1 170 au 1^{er} janvier 2003 selon la CARMF¹², les non-conventionnés figurent également dans les statistiques d'ADELI et de l'Ordre, et pour une bonne partie d'entre eux mais pas de manière exhaustive dans le SNIR (779 médecins, soit 67 % de ceux recensés à la CARMF)¹³.

LES BIOLOGISTES

Les données du SNIR de la CNAMTS dont nous sommes partis ici ne comptabilisent pas les médecins biologistes libéraux. En effet, les données les concernant sont analysées à part par la CNAMTS, avec celles portant sur les laboratoires de biologie. Selon le SNIR, les médecins biologistes sont 649 en activité au 1^{er} janvier 2003 (et 862 selon ADELi, sans que l'on sache expliquer cette différence).

LES ACTIFS TEMPORAIREMENT SANS ACTIVITÉ NI MODE D'EXERCICE DE L'ORDRE

L'Ordre recense 6 609 professionnels ne déclarant pas de mode d'exercice libéral ou salarié, ni d'activité professionnelle intermittente. Il s'agit très majoritairement de médecins sans activité temporaire (6 105) et minoritairement de médecins actifs (504). Supposons que ces professionnels se répartissent pour environ 60 % en libéraux et 40 % en salariés (selon les mêmes proportions que celles observées sur les médecins de l'Ordre déclarant activité et mode d'exercice), ce sont alors 3 931 de ces professionnels qui sont théoriquement libéraux même s'ils

11. Ces professionnels sont d'ailleurs retirés des publications de la CNAMTS portant sur les seuls actifs APE.

12. Ils peuvent être repérés car ils cotisent aux régimes de base et/ou complémentaire mais pas à l'ASV.

13. Quant au FINPS, il en recense 878 à la même date, soit 75 % de ceux recensés à la CARMF.

ne le précisent pas à l'Ordre. Le nombre de ces « libéraux temporairement sans activité » est du même ordre de grandeur que la différence entre les effectifs de libéraux d'ADEL et ceux de l'Ordre une fois corrigés des remplaçants d'ADEL (3 471). Le fait que ces deux chiffres soient proches suggère qu'on aurait ici deux problèmes similaires : dans ADEL il existerait des libéraux non dés-inscrits alors qu'ils n'exercent probablement plus, et dans le fichier de l'Ordre il existe des médecins inscrits comme médecins actifs au tableau de l'Ordre mais se déclarant temporairement sans activité (et dont une large part sont sans doute d'anciens libéraux). Le tableau 1 résume tous les points précédents.

TABEAU 1
**LES QUATRE SOURCES DE DONNÉES SUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX,
DÉTAILLÉES PAR ÂGE AU 1^{er} JANVIER 2003**

Source	Répertoire ADEL de la DREES	Fichier national de l'Ordre des médecins	SNIR de la CNAMTS	Fichier des cotisants de la CARMF
Champ retenu	Médecins libéraux en activité	Médecins ayant pour mode d'exercice la médecine libérale	Médecins se déclarant en activité ayant eu au moins 1 g d'honoraires remboursés dans l'année, y compris d'âge inconnu, y compris non APE	Médecins cotisants obligatoires aux 3 régimes de retraite (base, complémentaire, ASV)
Effectifs bruts au 1 ^{er} janvier 2003	122 417	112 965	116 396	124 542
Publication de référence	« Les médecins, estimation au 1 ^{er} janvier 2003 », <i>Document de travail n° 57</i> , septembre 2003	Pas de publication portant sur les médecins actifs au 1 ^{er} janvier 2003 à ce jour	« Le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 2002 » <i>Carnets n° 110</i> , juin 2004	Pas de publication
France y compris DOM	Oui	Oui	Oui	Oui
Remplaçants	Oui	Oui, mais impossible à distinguer des autres actifs intermittents	Non	Oui, mais impossible à chiffrer
PHTP avec exercice libéral à l'hôpital	Non, recensés parmi les salariés	Non, recensés parmi les salariés et difficiles à distinguer de ces derniers	Oui, mais possible de les isoler	Oui, mais impossible à chiffrer
Bénéficiaires du MICA inclus	Non	Non	Non	Oui
Médecins non conventionnés	Oui, mais impossible à chiffrer	Oui, mais impossible à chiffrer	Oui pour partie d'entre eux	Oui
Présence des biologistes médicaux	Oui	Oui	Non (recensés à part des autres médecins)	Oui, mais impossible à chiffrer
Actifs non occupés	Non en théorie, mais oui probablement car défaut de mise à jour	Non, les médecins temporairement sans activité sont recensés à part (et le nombre de libéraux parmi eux n'est pas connu)	Non	Non

Il est possible d'essayer de corriger les effectifs de médecins des différentes sources pour se ramener à un champ comparable.

Les corrections proposées sont alors les suivantes au 1^{er} janvier 2003 (tableau 2). À titre de comparaison, les données au 1^{er} janvier 2001 et 2002 ont également été retenues, afin de vérifier que les corrections envisagées ne divergent pas trop d'une année sur l'autre.

TABEAU 2
CORRECTIONS APPORTÉES AUX QUATRE SOURCES DE DONNÉES SUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX
AU 1^{er} JANVIER 2001, 2002 ET 2003 ET NOMBRE DE LIBÉRAUX RÉSULTANT DE CHAQUE NOUVELLE CORRECTION

	ADELI			Ordre			SNIR, CNAMTS			CARMF			Écart entre les 4 sources		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Chiffres bruts	120 341	121 412	122 417	112 375	112 741	112 965	116 116	116 395	116 396	123 781	124 462	124 542	9,2%	9,4%	9,3%
Libéraux remplaçants (1)				5 543	5 755	5 981	5 543	5 755	5 981						
PHTP avec activ. lib. à l'hôpital (2)							-4 554	-4 395	-4 278	-4 554	-4 395	-4 278			
Bénéficiaires MICA (3)										-3 906	-3 636	-3 308			
Libéraux non conv. (3)							1 050	1 099	1 170						
Libéraux non conv. (2)							672	728	779						
Libéraux biologistes (2)							644	644	649						
Chiffres corrigés				117 918	118 496	118 946	118 127	118 770	119 139	115 321	116 431	116 956	4,1%	4,1%	4,5%

SOURCES : (1) ADELI ; (2) : SNIR, CNAMTS ; (3) : CARMF.
REMARQUE : on a fait en sorte, dans ce tableau, qu'il n'y ait pas de double compte. Par exemple, les biologistes rajoutés aux chiffres de la CNAMTS sont des non-remplaçants, car les remplaçants ont été rajoutés avant.

L'écart maximal entre les nombres de libéraux des quatre sources en 2003 passe ainsi de 9,3 % avant toute correction à 4,5 % à l'issue des corrections. À ce stade, c'est le nombre de médecins libéraux d'ADELI qui excède celui des trois autres sources, de 3 000 à 5 000. Mais si l'on tient compte du fait que les effectifs de l'Ordre comprennent 6 609 médecins sans activité déclarée, alors on peut effectuer une sixième correction et rajouter aux chiffres de l'Ordre la part estimée de libéraux parmi ces médecins sans activité déclarée, soit 3 931 d'entre eux¹⁴. L'écart Ordre et ADELI n'est alors plus que de 0,4 % (tableau 2 bis).

TABEAU 2 BIS
CORRECTION SUPPLÉMENTAIRE APPORTÉE AUX SEULS CHIFFRES DE L'ORDRE
AFIN DE LES COMPARER À CEUX D'ADELI

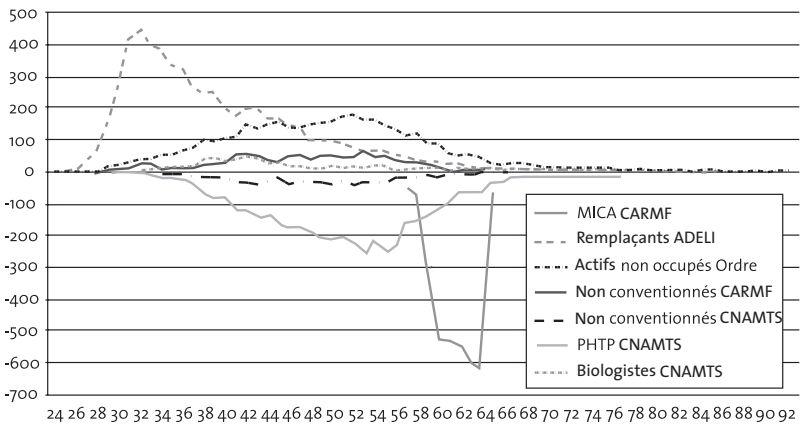
	2001	2002	2003
Chiffres corrigés Ordre	117 918	118 496	118 946
Libéraux temporairement sans activité ni mode d'exercice déclaré (4)	3 835	3 843	3 931
Deuxième correction Ordre	121 753	122 339	122 877
Écart Ordre - ADELI	1,2%	0,8%	0,4%

SOURCES : (4) Ordre.

14. Cette correction est justifiée par le fait que dans le répertoire ADELI, tous les médecins sont déclarés soit comme libéraux, soit comme salariés, et qu'il est donc souhaitable de ventiler de la même façon les médecins de l'Ordre dont le total sert de calage au redressement d'ADELI.

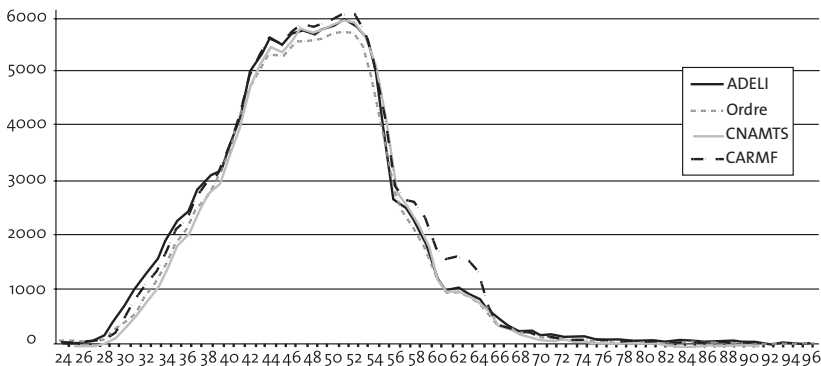
Les pyramides des âges des sous-populations « ajoutées » ou « enlevées » (pour raisonner sur un champ comparable à celui d'ADELI) varient selon les cas (graphique 1) : c'est ainsi que les remplaçants sont plutôt jeunes (40 ans en moyenne), les bénéficiaires du MICA plutôt vieux (62 ans en moyenne) et les autres sont d'âge médian (47 ans en moyenne pour les biologistes médicaux, 50 ans pour les non-conventionnés et les actifs non occupés, et 51 ans pour les PHTP avec activité libérale à l'hôpital).

GRAPHIQUE 1 - PYRAMIDES DES ÂGES DES SOUS-POPULATIONS « AJOUTÉES » OU « ENLEVÉES » AUX DIFFÉRENTES SOURCES DE MÉDECINS LIBÉRAUX AFIN DE LES RENDRE COMPARABLES AU 1^{er} JANVIER 2003



Avant correction, la répartition par âge des médecins libéraux en activité selon les quatre sources étudiées¹⁵ (graphique 2) montre que les différences de champ décrites précédemment sont elles aussi ciblées à des âges bien spécifiques.

GRAPHIQUE 2 - RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003 SELON QUATRE SOURCES



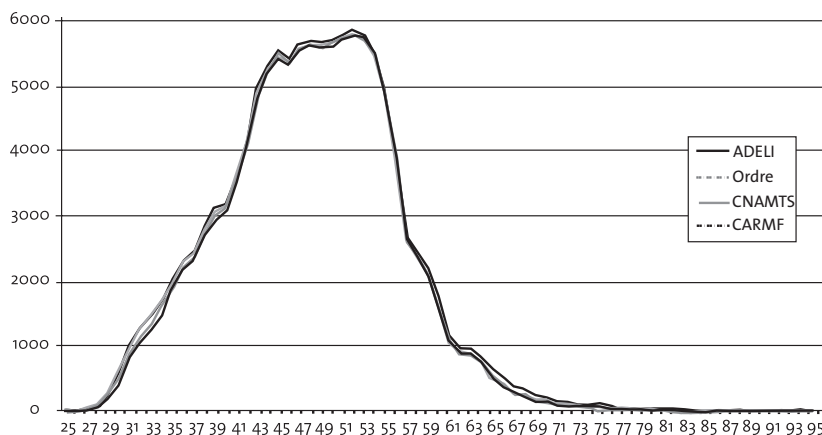
SOURCES : ADELI, Ordre, CNAMTS, CARMF.

15. Le SNIR de la CNAMTS présente un petit nombre de médecins d'âge inconnu (0,2 % de l'ensemble) qui ont été redistribués selon la répartition par âge connue, afin de garder un nombre total de médecins libéraux en activité cohérent avec les chiffres cités précédemment.

Voici ce que deviennent ces répartitions par âge des médecins libéraux (graphique 3) une fois apportées les corrections décrites précédemment (sauf celle des actifs non occupés). Les quatre courbes sont beaucoup plus proches.

GRAPHIQUE 3

**RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003
SELON QUATRE SOURCES À CHAMP COMPARABLE**



SOURCES : ADELI, l'Ordre, CNAMTS, CARMF.

■ ■ Les médecins salariés, comparaison de deux sources

Deux sources permettent de recenser l'ensemble des médecins salariés en activité par âge : le répertoire ADELI de la DREES et le fichier national de l'Ordre des médecins.

Les médecins dont il est question ici sont exclusivement salariés, c'est-à-dire qu'ils ont une ou plusieurs activités salariées mais aucune activité libérale. Il existe néanmoins une exception : les praticiens hospitaliers à temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital sont regroupés avec les salariés, car contrairement aux autres médecins ayant une activité « mixte », leur activité principale est le salariat.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI recense 83 020 médecins salariés en activité en France. À la même date, l'Ordre recense 76 976 médecins se déclarant salariés. ADELI en recense donc 8 % de plus que l'Ordre. Mais, comme pour les libéraux, il s'avère après analyse que les champs couverts par ces différentes sources ne sont pas directement comparables. En effet :

LES VACATAIRES OCCASIONNELS DE L'ORDRE

L'Ordre compte, on l'a vu précédemment, 8 841 actifs intermittents. Ces actifs regroupent des remplaçants, qui sont 5 981 selon ADELI (regroupés avec les libéraux dans la partie précédente consacrée aux médecins libéraux, pour rendre les chiffres de l'Ordre comparables avec ceux d'ADELI). Le reste, 2 860 actifs, sont des vacataires occasionnels, à regrouper avec les salariés. Une fois cette correction effectuée, le nombre de salariés de l'Ordre passe de 76 976 à 79 836, soit une différence avec les 83 020 salariés d'ADELI de 8 % avant correction, 4 % après (graphique 4).

LES ACTIFS TEMPORAIREMENT SANS ACTIVITÉ NI MODE D'EXERCICE DE L'ORDRE¹⁶

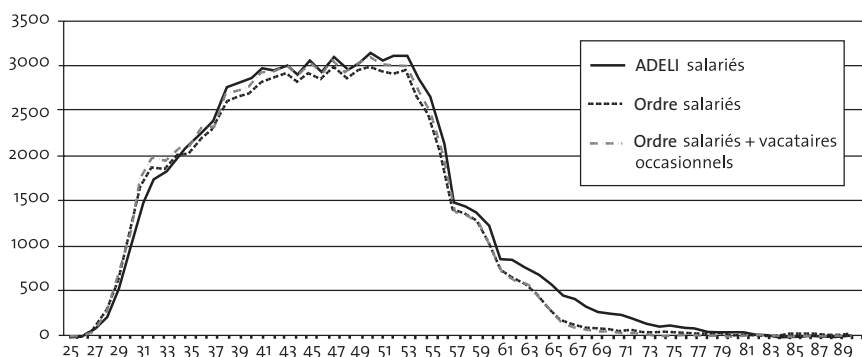
On a constaté précédemment qu'une fois le nombre de libéraux de l'Ordre corrigé pour le rendre comparable à celui d'ADELI, la différence qui persistait entre les deux nombres était du même ordre de grandeur que le nombre estimé de libéraux temporairement sans activité de l'Ordre, on constate ici que le nombre de salariés de l'Ordre, une fois corrigé des vacataires occasionnels, diffère de celui d'ADELI de 3 184, soit un nombre peu éloigné de l'estimation de salariés temporairement sans activité de l'Ordre, un peu plus de 40 % de 6 609, ou encore 2 678 personnes.

Ce résultat n'a rien d'étonnant quand on sait que la somme des nombres de libéraux et de salariés, c'est-à-dire le nombre total de médecins, est le même dans les deux sources, le redressement d'ADELI s'appuyant sur les effectifs de l'Ordre. Si l'on comptabilisait les médecins temporairement sans activité et supposés être salariés dans les chiffres de l'Ordre, la différence entre les deux sources sur les salariés ne serait plus que de 0,6 % (cf. annexe page suivante).

GRAPHIQUE 4

RÉPARTITION PAR ÂGE DES MÉDECINS SALARIÉS EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003

SELON DEUX SOURCES, AVANT ET APRÈS CORRECTION DES VACATAIRES OCCASIONNELS



On remarque qu'ADELI recense beaucoup plus de salariés âgés (60 à 75 ans) que l'Ordre, du fait probablement des défauts de désinscription du répertoire.

16. Soit plus de 99,5 % de médecins temporairement sans activité.

■ ■ Annexe

Les tableaux qui suivent résument les différentes corrections proposées pour faire converger les chiffres de l'Ordre et ceux d'ADEL au 1^{er} janvier 2003 :

Médecins se déclarant actifs à l'Ordre France entière au 31 décembre 2002	Activité régulière	Activité intermittente	Aucune activité	Ensemble
Libéraux exclusifs ou non	112 913	49	3	112 965
Salariés exclusifs	76 769	185	22	76 976
Secteur non déclaré	504	8 841	6 105	15 450
Ensemble	190 186	9 075	6 130	205 391

1 ^{re} CORRECTION		Activité intermittente
Secteur non déclaré (NSP)		8 841
Libéraux remplaçants ADEL au 31 décembre 2002	-	5 981 avec les libéraux
Vacataires occasionnels	=	2 860 avec les salariés

2 ^e CORRECTION	Activité régulière	Aucune activité	Total		
Secteur non déclaré (NSP)	504	+	6 105	=	6 609
dont libéraux		59,5 %		=	3 931 avec les libéraux
et dont salariés		40,5 %		=	2 678 avec les salariés

BILAN	Effectifs Ordre	Après 1 ^{re} correction	Après 2 ^e correction	ADEL redressé	Différence	Après 1 ^{re} correction	Après 2 ^e correction
Libéraux	112 965	118 946	122 877	122 417	7,7 %	2,9 %	0,0 %
Salariés	76 976	79 836	82 514	83 020	7,9 %	4,0 %	0,6 %
Ensemble	189 941	198 782	205 391	205 437	8,2 %	3,3 %	0,0 %

COMPARAISON DES EFFECTIFS DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ SELON LE RÉPERTOIRE ADELI ET LE FICHIER DU CNOM

Sabine BESSIÈRE, Serge DARRINÉ
Bureau des professions de santé/DREES

L'objectif de cette note est de comparer par spécialité les effectifs de médecins en activité en France entière au 1^{er} janvier 2003 selon deux sources, le répertoire ADELI redressé, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui est alimenté par les DDASS et le fichier du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), puis d'expliquer les divergences constatées. Cette note actualise et prolonge les travaux sur l'harmonisation de la démographie médicale menés à ce sujet dans le cadre du Conseil national de l'information statistique¹. Elle s'appuie sur les remarques formulées lors des auditions des spécialités menées par le conseil d'orientation de l'Observatoire. Elle complète la contribution 1 sur la comparaison des effectifs de médecins par mode d'exercice (libéral et salarié). On s'intéresse donc ici à l'ensemble des médecins actifs, sans distinction du mode d'exercice libéral ou salarié.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI redressé recense 205 437 médecins en activité (cf. tableau 1). À la même date, le fichier de l'Ordre recense 205 391 médecins se déclarant actifs. Le nombre total de médecins actifs est donc très proche dans les deux sources, du fait du calage des données d'ADELI sur les données de l'Ordre². La répartition entre médecins généralistes et spécialistes présente en revanche des écarts importants, liés, comme le montre cette note, à des définitions différentes de la spécialité.

TABEAU 1 - COMPARAISON DES EFFECTIFS DE MÉDECINS AU 01/01/2003 SELON ADELI ET L'ORDRE

	ADELI		Ordre		Ordre - ADELI	Écart relatif/ADELI
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Généralistes	100 682	49	107 832	52,5	7 150	7,1
Spécialistes	104 755	51	97 559	47,5	-7 196	-6,9
Ensemble des médecins	205 437	100	205 391	100	-46	0,0

CHAMP : France entière.

SOURCES : répertoire ADELI redressé (DREES) et CNOM.

■ ■ Comparaison des effectifs de médecins par spécialité selon ADELI et l'Ordre

Le tableau ci-dessous indique comment se répartissent les médecins par spécialité dans les deux sources, ainsi que les différences absolues et relatives :

1. Cf. *L'Harmonisation des données de démographie médicale*, CUNÉO (P.) et NIEL (X.), rapport du groupe de travail du CNIS, n° 75, septembre 2002.

2. Cf. Rapport du CNIS précité et SICART (D.), « Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003 », *Document de travail série statistiques*, n° 57, septembre 2003, DREES. Les chiffres ne sont pas rigoureusement identiques, car les effectifs d'ADELI sont calés, pour la France métropolitaine, sur un nombre arrondi de médecins à l'Ordre.

TABLEAU 2 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003
SELON ADELI REDRESSÉ ET L'ORDRE

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	ADELI	Ordre	Différence absolue entre Ordre et ADELI	Différence relative entre Ordre et ADELI
Anatomie et cytologie pathologiques	1 631	1 521	-110	-7 %
Anesthésie-réanimation	10 365	9 511	-854	-8 %
Cardiologie	5 904	5 705	-199	-3 %
Dermatologie-vénérologie	4 018	4 038	20	1 %
Endocrinologie et métabolismes	1 397	1 378	-19	-1 %
Gastro-entérologie hépatologie	3 324	3 199	-125	-4 %
Génétique médicale	106	140	34	32 %
Hématologie	310	187	-123	-40 %
Médecine interne	2 469	2 475	6	0 %
Médecine nucléaire	375	445	70	19 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 916	1 816	-100	-5 %
Néphrologie	1 114	1 035	-79	-7 %
Neurologie	1 729	1 652	-77	-4 %
Oncologie médicale	523	512	-11	-2 %
Pédiatrie	6 628	6 320	-308	-5 %
Pneumologie	2 659	2 462	-197	-7 %
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 217	8 030	-187	-2 %
Rhumatologie	2 646	2 576	-70	-3 %
Gynécologie médicale	1 846	0	-1 846	-100 %
Gynécologie-obstétrique	5 352	2 742	-2 610	-49 %
Chirurgie générale	4 802	4 858	56	1 %
Chirurgie infantile	102	79	-23	-23 %
Chirurgie maxillo-faciale	48	0	-48	-100 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	2 190	164	8 %
Chirurgie plastique, reconstructrice et esth.	324	269	-55	-17 %
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	153	-69	-31 %
Chirurgie urologique	515	395	-120	-23 %
Chirurgie vasculaire	338	414	76	22 %
Chirurgie viscérale et digestive	492	370	-122	-25 %
Neurochirurgie	385	350	-35	-9 %
Ophthalmologie	5 506	5 508	2	0 %
Oto-rhino-laryngologie	3 025	2 971	-54	-2 %
Stomatologie	1 427	1 452	25	2 %
Biologie + génétique + recherche	3 119	2 548	-571	-18 %
Psychiatrie + neuropsychiatrie	13 741	12 781	-960	-7 %
Médecine du travail	5 066	6 071	1 005	20 %
Santé publique	1 089	1 406	317	29 %
Ensemble des spécialistes	104 755	97 559	-7 196	-7 %

CHAMP : France entière. SOURCES : ADELI ET ORDRE.

LECTURE : les effectifs en gras correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs dans ADELI et selon l'Ordre dépasse 150 en valeur absolue ; par exemple, l'Ordre compte 854 anesthésistes-réanimateurs de moins qu'ADELI au 1^{er} janvier 2003. Les cases grisées correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs selon l'Ordre et ADELI dépasse 10 % en valeur relative ; par exemple, l'Ordre recense 32 % de spécialistes en plus qu'ADELI en génétique médicale.

Les **différences absolues les plus importantes** (plus de 150 médecins d'écart) entre les deux sources sont observées pour les douze spécialités suivantes : gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, psychiatrie et neuropsychiatrie, anesthésie-réanimation, biologie médicale, génétique médicale et recherche, pédiatrie, cardiologie, pneumologie, radiodiagnostic et radiothérapie, médecine du travail, santé publique, chirurgie orthopédique et traumatologique.

Outre ces spécialités, il existe dix spécialités pour lesquelles les différences absolues entre les effectifs des deux sources sont inférieures à 150, mais néanmoins importantes en termes relatifs, puisque supérieures à 10 % : hématologie, génétique médicale, médecine nucléaire, et les spécialités chirurgicales qui n'existaient pas dans l'ancien régime des études médicales, pour lesquelles se posent des problèmes de frontière avec la chirurgie générale (chirurgie maxillo-faciale, chirurgie thoracique et cardiaque, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique, chirurgie infantile, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, chirurgie vasculaire).

■ ■ Les écarts observés s'expliquent en partie par des différences de concepts

Des différences de définition des médecins « spécialistes » entre les deux sources expliquent en partie ces divergences :

TRAITEMENT DIFFÉRENT À L'ORDRE ET DANS ADEL I DES PRATICIENS HOSPITALIERS, NON QUALIFIÉS SPÉCIALISTES

L'Ordre ne définit comme spécialistes que les médecins **qualifiés spécialistes**³. Cette définition est plus restrictive que celle d'ADEL I qui comprend, outre les qualifiés spécialistes, les médecins ayant une formation hospitalière et universitaire (c'est-à-dire ayant réussi le concours national de praticien hospitalier) sans être « qualifiés spécialistes ». Pendant une période limitée et jusqu'en 1999 (sauf pour la psychiatrie), des places à ces concours (concours dits « de type IV ») étaient en effet ouvertes chaque année à des médecins ne disposant pas de la qualification de spécialiste.

ADEL I recense ainsi plus de 4 000 médecins dans ce cas, sans doute recensés comme généralistes dans les fichiers de l'Ordre. Pour six spécialités, les praticiens hospitaliers représentent plus de 10 % des spécialistes recensés dans ADEL I, et même plus d'un quart pour l'hématologie. Retrancher ces praticiens hospitaliers aux effectifs d'ADEL I permet de se ramener à un champ comparable à celui de l'Ordre. Les différences entre les deux sources sont alors les suivantes (voir tableau 3).

Les corrections apportées par ce changement de définition des spécialistes d'ADEL I, afin de se ramener à la définition en vigueur à l'Ordre, font beaucoup converger les chiffres entre les deux sources puisque la différence entre le nombre total de spécialistes passe de 7 196 avant correction à 3 132 après. Par spécialité, l'écart entre les deux sources est réduit en valeur absolue pour 26 spécialités sur 37.

Les spécialités pour lesquelles l'écart relatif (en %) entre les deux sources devient acceptable (<3%), voire négligeable, si l'on tient compte de cette différence de champ, sont : la plu-

3. Plus précisément, sont qualifiés spécialistes : les médecins issus du nouveau régime des études médicales et titulaires d'un diplôme d'études spécialisé (DES) ou d'un DESC qualifiant ; parmi les médecins issus de l'ancien régime : les titulaires d'un certificat d'études spécialisé, les internes de CHU qui ont obtenu le CES par équivalence, ou les médecins ayant demandé et obtenu la reconnaissance de leur qualification auprès de l'Ordre.

part des spécialités médicales (anatomie et cytologie pathologique, anesthésie-réanimation, cardiologie, dermatologie-vénéréologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie hépatologie, médecine interne, rééducation et réadaptation fonctionnelle, néphrologie, neurologie, oncologie médicale, pédiatrie, radiodiagnostic et radiothérapie, rhumatologie), les spécialités chirurgicales existant déjà dans l'ancien régime des études médicales (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie), ainsi que la psychiatrie et neuropsychiatrie.

À l'inverse, le fait de retrancher aux spécialistes d'ADEL les praticiens hospitaliers fait diverger les chiffres entre les deux sources pour 11 spécialités sur 37. Pour 3 d'entre elles, la divergence s'accroît d'au moins 100 professionnels. Il s'agit de la médecine du travail, de la santé publique et de la chirurgie générale.

Les concours de type IV ayant été supprimés en 1999, les effectifs des praticiens hospitaliers non qualifiés spécialistes ne peuvent que diminuer, au fur et à mesure des départs à la retraite. À terme, cette source de divergence entre ADEL et l'Ordre devrait donc disparaître. La psychiatrie fait exception : c'est la seule spécialité pour laquelle la dérogation permettant aux non qualifiés spécialistes d'accéder au concours a été maintenue et reconduite chaque année. Actuellement, 672 psychiatres sont concernés, mais le recrutement de praticiens hospitaliers par cette voie est de plus en plus important. L'écart entre le nombre de psychiatres dans ADEL et à l'Ordre pourrait donc s'accroître.

TABLEAU 3 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 01/01/2003 SELON ADELI
REDRESSÉ « CHAMP ORDRE » ET SELON L'ORDRE, ET DIFFÉRENCES OBSERVÉES ENTRE LES DEUX SOURCES

Spécialités au 01/01/2003	ADELI	Dont formation hospitalière et universitaire (praticiens hospitaliers)	ADELI « champ Ordre »	Ordre	Différence absolue entre Ordre et ADELI*	Différence absolue entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**	Différence relative entre Ordre et ADELI « champ Ordre »**
Anatomie et cytologie pathologiques	1 631	72	1 559	1 521	-110	-38	-2 %
Anesthésie-réanimation	10 365	654	9 711	9 511	-854	-200	-2 %
Cardiologie	5 904	158	5 746	5 705	-199	-41	-1 %
Dermatologie-vénérologie	4 018	10	4 008	4 038	20	30	1 %
Endocrinologie et métabolismes	1 397	19	1 377	1 378	-19	10 %	
Gastro-entérologie hépatologie	3 324	84	3 240	3 199	-125	-41	-1 %
Génétique médicale	106	14	92	140	34	48	52 %
Hématologie	310	81	228	187	-123	-41	-18 %
Médecine interne	2 469	58	2 411	2 475	6	64	3 %
Médecine nucléaire	375	9	366	445	70	79	22 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 916	100	1 816	1 816	-100	0	0 %
Néphrologie	1 114	75	1 040	1 035	-79	-5	-1 %
Neurologie	1 729	49	1 680	1 652	-77	-28	-2 %
Oncologie médicale	523	15	508	512	-11	4	1 %
Pédiatrie	6 628	201	6 427	6 320	-308	-107	-2 %
Pneumologie	2 659	96	2 563	2 462	-197	-101	-4 %
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 217	233	7 984	8 030	-187	46	1 %
Rhumatologie	2 644	42	2 604	2 576	-70	-28	-1 %
Gynécologie médicale	1 846	16	1 830	0	-1 846	-1 830	-100 %
Gynécologie-obstétrique	5 352	86	5 266	2 742	-2 610	-2 524	-48 %
Chirurgie générale	4 802	133	4 669	4 858	56	189	4 %
Chirurgie infantile	102	14	88	79	-23	-9	-10 %
Chirurgie maxillo-faciale	48	3	45	0	-48	-45	-100 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	74	1 951	2 190	164	239	12 %
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	324		324	269	-55	-55	-17 %
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	13	209	153	-69	-56	-27 %
Chirurgie urologique	515	31	484	395	-120	-89	-18 %
Chirurgie vasculaire	338	18	320	414	76	94	29 %
Chirurgie viscérale et digestive	492	94	398	370	-122	-28	-7 %
Neurochirurgie	385	11	374	350	-35	-24	-6 %
Ophthalmologie	5 506	18	5 487	5 508	2	21	0 %
Oto-rhino-laryngologie	3 025	45	2 980	2 971	-54	-9	0 %
Stomatologie	1 427	4	1 424	1 452	25	28	2 %
Biologie + génétique + recherche	3 119	436	2 683	2 548	-571	-135	-5 %
Psychiatrie + neuropsychiatrie	13 741	672	13 069	12 781	-960	-288	-2 %
Médecine du travail	5 066	285	4 781	6 071	1 005	1 290	27 %
Santé publique	1 089	141	—	1 406	317	458	48 %
Ensemble des spécialistes	104 755	4 064	100 691	97 559	-7 196	-3 132	-3 %

CHAMP : France entière. SOURCES : ADELI ET ORDRE.

LECTURE : les effectifs en gras correspondent aux spécialités pour lesquelles la différence entre le nombre de médecins actifs dans ADELI et selon l'Ordre dépasse 150 en valeur absolue, les cases grisées à celles pour lesquelles la différence relative entre les deux sources après correction de champ est supérieure à 10 %. Parmi les 5 904 cardiologues recensés dans ADELI, 158 ont une formation hospitalière et universitaire en cardiologie sans être qualifiés spécialistes. En les retranchant pour se ramener à un champ comparable à celui de l'Ordre, on dénombre 5 746 qualifiés spécialistes en cardiologie selon ADELI (i.e. cardiologues selon le « champ Ordre »), soit 41 médecins de plus que l'Ordre (contre 199 de plus avant correction).

* Avant correction de champ.

** Après correction de champ.

TRAITEMENT DIFFÉRENT À L'ORDRE ET DANS ADELI DES COMPÉTENCES EXCLUSIVES

Le traitement des compétents exclusifs diffère également entre l'Ordre et ADELI. ADELI retient le classement réglementaire de l'assurance-maladie⁴ et considère ainsi comme spécialistes les médecins ayant des compétences exclusives en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ou en chirurgie urologique. Ces médecins, lorsqu'ils exercent en libéral, cotent en effet leurs actes comme des spécialistes et sont remboursés comme tels par l'assurance-maladie (actes en CS et non C). Mais n'étant pas « qualifiés spécialistes », ces médecins sont recensés selon la réglementation en vigueur à l'Ordre en tant que généralistes à exercice particulier⁵. Plus de 3 400 médecins sont dans ce cas.

• Cas de la gynécologie, médicale ou obstétrique

Les qualifications des médecins exerçant la gynécologie-obstétrique et/ou médicale sont diverses et dépendent du régime des études médicales sous lequel ils ont été diplômés.

- La spécialité en gynécologie-obstétrique s'obtient : par la voie des commissions de qualification pour les médecins issus de l'ancien régime des études médicales, par le DES qualifiant de gynécologie-obstétrique pour ceux issus du nouveau régime.
- la compétence en gynécologie médicale et la compétence en gynécologie-obstétrique peuvent être exclusives ou non.
- la bicompetence en gynécologie médicale et obstétrique peut être exclusive ou non.

L'Ordre, dont le classement s'appuie exclusivement sur les qualifications, ne considère pas la gynécologie médicale comme une spécialité, mais comme un exercice particulier de la médecine générale, d'où un écart apparent très important entre les deux sources.

Mais dans cette catégorie, l'Ordre recense 1 893 généralistes compétents exclusifs en gynécologie médicale, chiffre très proche de celui d'ADELI (1 846 professionnels exerçant la gynécologie médicale). La différence entre les deux sources n'est donc en réalité, pour la gynécologie médicale, que de 47 professionnels.

Il en va de même pour la gynécologie-obstétrique : l'Ordre recense 2 742 qualifiés spécialistes, auxquels il convient d'ajouter, pour se ramener à un champ comparable à celui d'ADELI, 2 474 généralistes compétents exclusifs⁶.

Le nombre de qualifiés spécialistes est très supérieur dans ADELI à celui de l'Ordre (+ 771, cf. 1^{re} ligne du tableau 4), mais inversement, le nombre de généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique est très inférieur (-721). Globalement, les écarts se compensent et la différence sur l'estimation du nombre de médecins exerçant la spécialité n'est en réalité que de 136 professionnels, soit un écart de moins de 3%.

4. « Outre les qualifications conférées par les diplômes ou attribuées par l'Ordre des médecins, il existe la notion de "qualification des médecins spécialistes au regard de l'assurance-maladie". Cela signifie que certains médecins sont considérés comme des spécialistes dans le cadre de la convention conclue entre les organismes de Sécurité sociale et les médecins spécialistes. Le ministre chargé de la Sécurité sociale a pris un arrêté le 1^{er} juin 1994 (JO du 19 août 1994) reconnaissant ce titre aux titulaires des compétences suivantes : gynécologie médicale, obstétrique, urologie, sous réserve que ces médecins exercent soit exclusivement une de ces compétences, soit simultanément deux d'entre elles, soit une ou deux d'entre elles et la chirurgie générale », extrait de la documentation d'ADELI.

5. Ce mode de classement a été adopté à partir de 2001. Jusqu'en 2000, l'Ordre les recensait parmi les spécialistes en gynécologie-obstétrique.

6. Ce chiffre comprend les bicompetents. Dans la mesure où l'on ne dispose d'aucune information dans les deux sources sur la compétence réellement exercée par les bicompetents en gynécologie médicale et obstétrique, le choix a été fait de les répertorier ici parmi les gynécologues-obstétriciens.

TABLEAU 4 - RÉPARTITION DES MÉDECINS EXERÇANT LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, DANS LES DEUX SOURCES

Qualification à l'Ordre	Effectifs à l'Ordre	Classement dans ADELI	Effectifs dans ADELI	Différence ADELI - Ordre
Spécialistes en gynécologie-obstétrique	2 742	Qualifiés spécialistes en gynécologie-obstétrique + autres spécialistes (praticiens hospitaliers non qualifiés spécialistes)	3 513 86	771 86
Généralistes compétents exclusifs en gynécologie-obstétrique ou bicompétents exclusifs en gynécologie médicale et obstétrique	2 474	+ autres spécialistes (compétents exclusifs et bicompétents exclusifs)	1 753	-721
Total spécialistes en gynécologie-obstétrique au sens d'ADELI	5 216	Spécialistes en gynécologie-obstétrique	5 352	136

• Cas de la chirurgie urologique

Les 100 médecins ayant une compétence exclusive en chirurgie urologique sont classés comme spécialistes en urologie dans ADELI. Si on les retranche, de façon à se ramener au même champ que l'Ordre, c'est-à-dire celui des « qualifiés spécialistes », l'écart n'est plus que de 11 médecins, ce qui devient négligeable.

	ADELI	Ordre	ADELI - Ordre
Spécialistes - reçus au concours national de praticien hospitalier - compétents exclusifs	515 - 31 - 100	395	120
Qualifiés spécialistes	384	395	- 11

Si les chiffres convergent, tous les chirurgiens urologiques ne sont vraisemblablement pas recensés parmi les spécialistes en chirurgie urologique. Une partie d'entre eux se déclarent, à l'Ordre comme dans ADELI, spécialistes en chirurgie générale, avec une compétence en chirurgie urologique.

Ce problème n'est pas spécifique à la chirurgie urologique, mais concerne une grande partie des spécialités chirurgicales. Il fait l'objet d'un examen détaillé dans le paragraphe suivant.

■ ■ Autres sources potentielles d'écarts

CAS DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

• Évolution des diplômes des qualifiés spécialistes dans les spécialités chirurgicales

Depuis 1991, les chirurgiens issus du nouveau régime des études médicales obtiennent un DES de chirurgie générale, complété par un DESC qualifiant dans une spécialité chirurgicale.

Entre 1984 et 1991, les chirurgiens obtenaient le DES de leur spécialité chirurgicale (dont l'intitulé peut être différent des DESC qualifiants actuels).

Enfin, dans l'ancien régime des études médicales, selon leur discipline, les chirurgiens pouvaient obtenir :

- soit la qualification de **spécialiste en chirurgie générale**, avec éventuellement une ou plusieurs compétences dans une spécialité chirurgicale
- soit la qualification de **spécialiste dans une spécialité chirurgicale**.

Selon la date d'obtention de leur diplôme et pour une même spécialité, les médecins peu-

vent donc être classés soit parmi les spécialistes en chirurgie générale, soit dans cette spécialité chirurgicale.

Au-delà du diplôme, les médecins ont pu s'inscrire auprès de l'Ordre et dans ADELI, dans l'une ou l'autre des catégories :

- soit par choix (par exemple, des médecins exerçant essentiellement une spécialité chirurgicale ont préféré conserver la qualification de chirurgien général, pour pouvoir prendre des gardes de chirurgie générale)
- soit par négligence (après obtention d'une compétence dans une spécialité chirurgicale, les médecins ont négligé de signaler leur changement d'exercice à l'Ordre ou à la DDASS, voire aux deux).

Le tableau 5 résume l'évolution des diplômes des spécialités chirurgicales au cours des différents régimes des études médicales : l'ambiguïté du classement entre chirurgie générale et spécialité chirurgicale concerne la plupart des spécialités chirurgicales.

TABEAU 5 - ÉVOLUTION DES DIPLÔMES DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

Qualification dans l'ancien régime	Qualification de 1984 à 1991 (DES)	Qualification à partir de 1991 (DESC qualifiant)
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie pédiatrique	Spécialiste en chirurgie infantile	Spécialiste en chirurgie infantile
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie maxillo-faciale	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à partir de 1999
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie orthopédique ou Spécialiste en chirurgie orthopédique	Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie	Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en chirurgie thoracique	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en urologie	Spécialiste en chirurgie urologique	Spécialiste en chirurgie urologique
Spécialiste en chirurgie générale ou Spécialiste en chirurgie vasculaire	Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Spécialiste en chirurgie vasculaire
Spécialiste en chirurgie générale	Chirurgie viscérale	Spécialiste en chirurgie viscérale et digestive
Spécialiste en gynécologie-obstétrique	Gynécologie-obstétrique	Spécialiste en gynécologie-obstétrique Spécialiste en gynécologie-obstétrique médicale (à partir de 2000)
Spécialiste en chirurgie générale et compétent en neurochirurgie ou spécialiste en neurochirurgie	Spécialiste en neurochirurgie	Spécialiste en neurochirurgie
Spécialiste en ophtalmologie	Spécialiste en ophtalmologie	Spécialiste en ophtalmologie
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie
Spécialiste en stomatologie	Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Spécialiste en stomatologie

LECTURE : les médecins exerçant la chirurgie infantile diplômés avant 1984 ont obtenu la qualification de spécialiste en chirurgie générale, doublée d'une compétence en chirurgie pédiatrique. Ils sont donc comptabilisés à l'Ordre et dans ADELI parmi les chirurgiens généraux. Les médecins diplômés après 1984 ont la qualification de spécialiste en chirurgie infantile, et sont comptabilisés dans cette spécialité chirurgicale.

Pour comparer les effectifs des chirurgiens par spécialité des deux sources, il faudrait donc tenir compte des compétences obtenues, en plus de la spécialité.

Cependant, rien n'assure que les compétences obtenues sont celles réellement exercées aujourd'hui par les spécialistes. De plus, une partie d'entre eux a obtenu une double, voire triple compétence dans plusieurs spécialités chirurgicales. Il est donc impossible de déterminer avec quelle discipline chirurgicale ils devraient être comptabilisés.

À titre d'information, la répartition des compétences par spécialité chirurgicale est tout de même donnée ci-dessous.

TABEAU 6 - RÉPARTITION PAR COMPÉTENCE CHIRURGICALE DES QUALIFIÉS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AYANT AU MOINS UNE COMPÉTENCE SELON ADELI ET L'ORDRE AU 1^{er} JANVIER 2003

Compétences des spécialistes en chirurgie générale	ADELI	Ordre	Différence
Chirurgie urologique	484	644	160
Chirurgie orthopédique et traumatologique	454	493	39
Chirurgie plastique et reconstructrice	252	255	3
Chirurgie thoracique et cardiaque	179	199	20
Chirurgie infantile	162	198	36
Chirurgie maxillo-faciale	58	0	-58
Total	1 589	1 789	200

***LECTURE :** l'Ordre recense 644 médecins qualifiés spécialistes en chirurgie générale ayant une compétence en chirurgie urologique, alors qu'ADELI en recense 484, soit 160 de moins.*

***AVERTISSEMENT :** un médecin ayant deux compétences est compté deux fois. Le nombre de médecins ayant au moins une compétence est donc plus faible que le nombre de compétences qui est présenté ici.*

Les médecins ayant plusieurs compétences sont comptabilisés plusieurs fois, le nombre de médecins réellement concernés est donc inférieur à celui des compétences. Cependant, les effectifs pour lesquels le classement dans une discipline chirurgicale est ambigu restent très importants, ce qui renforce la nécessité de comparer l'ensemble des effectifs de chirurgiens et non les effectifs par spécialité chirurgicale.

En outre, quelques spécialités ont changé d'intitulé à plusieurs reprises ou ont été associées puis dissociées d'autres spécialités, d'où la difficulté de dénombrer leurs effectifs. C'est le cas notamment de la chirurgie vasculaire et de la chirurgie viscérale et digestive (cf. tableau 5).

Le tableau 7 rappelle la répartition des effectifs de chirurgiens pour l'ensemble des spécialités chirurgicales, hors la gynécologie-obstétrique (qui présente d'autres spécificités et dont le cas a été traité précédemment).

TABLEAU 7 - COMPARAISON DES EFFECTIFS TOTAUX DE QUALIFIÉS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE
À L'ORDRE ET DANS ADEL

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	ADEL	Dont formation hospitalière et universitaire (praticiens hospi- taliers)	ADEL « champ Ordre »	Ordre	Différence abso- lue entre Ordre et ADEL*	Différence abso- lue entre Ordre et ADEL « champ Ordre »**	Différence relati- ve entre Ordre et ADEL « champ Ordre »**
Chirurgie générale	4 802	133	4 669	4 858	56	189	4,0
Chirurgie infantile	102	14	88	79	-23	-9	-10,2
Chirurgie maxillo-faciale	48	3	45	0	-48	-45	-100,0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 026	74	1 951	2 190	164	239	12,3
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	324		324	269	-55	-55	-17,0
Chirurgie thoracique et cardiaque	222	13	209	153	-69	-56	-26,8
Chirurgie urologique	515	31	484	395	-120	-89	-18,4
Chirurgie vasculaire	338	18	320	414	76	94	29,4
Chirurgie viscérale et digestive	492	94	398	370	-122	-28	-7,0
Neurochirurgie	385	11	374	350	-35	-24	-6,4
Ophthalmologie	5 506	18	5 487	5 508	2	21	0,4
Oto-rhino-laryngologie	3 025	45	2 980	2 971	-54	-9	-0,3
Stomatologie	1 427	4	1 424	1 452	25	28	2,0
Total spécialités chirurgicales (hors gynécologie-obstétrique)	19 212	458	18 753	19 009	-203	256	-1,3

* Avant correction de champ.

** Après correction de champ.

Sur la chirurgie dans son ensemble, la différence absolue entre les deux sources n'est que de 256 professionnels, soit un écart relatif de 1,3 % par rapport à l'Ordre, ce qui peut être considéré comme acceptable.

• Qualifiés compétents dans les spécialités chirurgicales

À cette difficulté de cerner quelle est la spécialité chirurgicale réellement exercée au sein des spécialistes en chirurgie, s'ajoute un deuxième obstacle : ADEL et l'Ordre recensent également des généralistes et d'autres spécialistes, qui sont qualifiés compétents dans une spécialité chirurgicale, mais dont on ignore s'ils exercent ou non cette compétence. Il s'agit principalement de compétences en chirurgie maxillo-faciale pour les spécialistes autres que les chirurgiens généraux, et en chirurgie orthopédique pour les médecins généralistes.

TABLEAU 8 - GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES QUALIFIÉS COMPÉTENTS EN CHIRURGIE

	ADELI				Ordre	Différence
	Généralistes	Chirurgiens généraux	Autres spécialistes	Total généralistes + spécialistes	Généralistes + spécialistes	Généralistes + spécialistes
Chirurgie infantile	17	162	14	193	215	-22
Chirurgie maxillo-faciale	19	58	1 091	1 168	542	626
Chirurgie orthopédique et traumatologique	227	454	28	709	624	85
Chirurgie plastique et reconstructrice	26	252	116	395	non disponible	
Chirurgie thoracique et cardiaque	13	179	47	240	280	-40
Chirurgie urologique	17	484	14	515	667	-152
Neurochirurgie	7	non disponible	non disponible	18	15	3
Stomatologie	2	non disponible	non disponible	135	76	59
Ensemble	472	1 589	1 310	3 658	2 419	1 239

Il est donc possible que le nombre de chirurgiens au sens réglementaire (évalué à partir des qualifiés spécialistes dans le tableau 7) sous-estime le nombre de médecins exerçant réellement une spécialité chirurgicale.

Ce décalage entre exercice et qualification n'est pas propre aux spécialités chirurgicales, mais concerne potentiellement l'ensemble des spécialités.

L'EXERCICE DES MÉDECINS NE CORRESPOND PAS TOUJOURS À LEUR QUALIFICATION

ADELI et l'Ordre recensent un grand nombre de médecins généralistes qualifiés compétents dans une spécialité, et de spécialistes qualifiés compétents dans une autre spécialité. Il est possible qu'une partie d'entre eux exercent à présent la discipline pour laquelle ils ont obtenu une compétence. Mais les deux sources répertorient en principe les médecins selon leurs qualifications (à l'exception des praticiens hospitaliers non spécialistes et des compétents exclusifs pour ADELI) et non selon l'exercice.

Ces médecins qualifiés compétents ne sont donc pas recensés dans la discipline pour laquelle ils ont une compétence, mais dans leur discipline de qualification principale (médecine générale ou autre spécialité). Ceci est à l'origine des divergences parfois observées, entre, d'une part, ADELI et l'Ordre et, d'autre part, les chiffres de la profession lors des auditions, les sociétés savantes prenant en compte dans leurs effectifs tout un volant de médecins qualifiés compétents, qui exercent effectivement la spécialité sans être qualifiés spécialistes. C'est le cas pour l'hématologie, la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, la chirurgie urologique, la médecine nucléaire, la néphrologie, et la pédiatrie.

Mais recenser ainsi les médecins en fonction de leur compétence n'est pas si aisé :

- ce recensement relève d'une autre logique : celle de l'exercice, qui peut fluctuer au cours de la carrière du praticien, et non plus celle des qualifications
- le fait que les qualifiés compétents fassent partie des médecins exerçant la spécialité n'est pas vrai pour toutes les spécialités. Il ne s'agit parfois que d'un diplôme complémentaire à la qualification initiale, qui n'est pas ou plus exercé, ou n'est pas exercé à titre exclusif.
- il conduit à des doubles comptes puisque de nombreux médecins, spécialistes ou généralistes, ont une, voire deux ou même parfois trois compétences, et sont déjà comptabilisés respectivement dans leur spécialité ou parmi les généralistes.

• en outre, il peut exister des différences dans les informations dont disposent l'Ordre et ADEL, et donc dans le classement opéré, selon ce que le médecin déclare auprès de l'une ou l'autre source : déclare-t-il ou non ses compétences ? Déclare-t-il les qualifications correspondant à son exercice actuel ou à son diplôme initial ?

Concernant ce dernier point, on peut néanmoins comparer les effectifs des qualifiés compétents (généralistes et spécialistes) afin d'avoir une idée de ceux qui peuvent être, dans une des deux sources et pas dans l'autre, considérés comme qualifiés spécialistes, et donc permettraient d'expliquer les divergences (tableau 9).

TABEAU 9 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES COMPÉTENCES DÉLIVRÉES AUX GÉNÉRALISTES ET AUX SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003 SELON ADEL REDRESSÉ ET SELON L'ORDRE, ET DIFFÉRENCES OBSERVÉES ENTRE LES DEUX SOURCES

	Nombre de compétences dans ADEL détenues par des généralistes	Nombre de compétences dans ADEL détenues par des spécialistes	Nombre de compétences dans ADEL (détenues par des généralistes ou des spécialistes)	Nombre de compétences à l'Ordre (détenues par des généralistes ou des spécialistes)	Écart Ordre – ADEL	Écart entre Ordre et ADEL « champ Ordre » sur le nombre de compétences
Anatomie et cytologie pathologiques	49	85	135	143	8	-38
Anesthésiologie-réanimation	187	55	241	197	-44	-200
Cardiologie	143	239	382	451	69	-41
Dermatologie et vénéréologie	34	36	69	59*	-10	30
Endocrinologie et métabolismes	151	327	478	228*	-250	1
Gastro-entérologie hépatologie	75	201	276	382	106	-41
Génétique médicale	57	98	155	121	-34	48
Hématologie	153	161	314	338	24	-41
Médecine nucléaire	102	68	170	75	-95	79
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	95	75	170	160	-10	0
Néphrologie	58	139	197	191	-6	-5
Neurologie	13	53	66	37*	-29	-28
Oncologie médicale	117	1 728	1 845	2 376	531	4
Pédiatrie	280	143	423	294	-129	-107
Pneumologie	119	138	257	267	10	-101
Rhumatologie	77	157	235	285	50	-28
Biologie médicale	16	11	27	n.d.	n.d.	-135
Psychiatrie	182	1 123	1 305	1 653	348	-288
Médecine du travail	2 814	338	3 152	2 438	-714	1 290
Total	2 051	4 990	9 897	9 695	202	399

Seules les spécialités pour lesquelles des compétences existent (hors spécialités chirurgicales) sont présentées dans ce tableau.

AVERTISSEMENT : chaque médecin pouvant acquérir plusieurs compétences, le nombre de médecins ayant au moins une compétence est inférieur au nombre de compétences présenté ici.

Au total, le nombre de compétences enregistrées à l'Ordre et dans ADEL est assez proche, mais des écarts sont observés par spécialité. Pour quelques spécialités, en particulier la psychiatrie et la médecine du travail, le nombre de spécialistes et le nombre de compétents présentent des écarts importants et de signes opposés entre les deux sources (ADEL dénombre moins de qualifiés spécialistes, mais davantage de compétents ou vice versa). Une piste pour expliquer ces écarts pourrait être l'absence de mise à jour auprès de l'une ou l'autre source de la situation de ces médecins compétents ou des différences dans les déclarations des médecins.

LES OBLIGATIONS JURIDIQUES DES MÉDECINS AU REGARD DES FICHIERS NE SONT PAS TOUJOURS RESPECTÉES

• Inscription au tableau de l'Ordre

Le praticien qui veut exercer doit s'inscrire au tableau de l'Ordre tenu par le conseil départemental qui est en principe celui de sa résidence professionnelle. L'inscription au tableau rend licite l'exercice de la profession sur l'ensemble du territoire français.

L'article L4112-5 du Code de la santé publique prévoit qu'en cas de transfert de résidence professionnelle hors du département où un médecin est inscrit celui-ci doit, au moment de ce transfert, demander son inscription au tableau de l'Ordre du département de la nouvelle résidence.

Seuls les médecins fonctionnaires de l'État ou agents titulaires d'une collectivité territoriale n'ont pas d'obligation d'inscription au tableau. Doivent par contre être inscrits les médecins conseils de la Sécurité sociale, les médecins de santé scolaire et universitaire, les médecins de dispensaires, les hospitaliers et hospitalo-universitaires.

• Enregistrement du diplôme à la DDASS

Pour exercer dans un département, un médecin doit bien évidemment posséder les diplômes ou titres nécessaires ou, à défaut, l'autorisation d'exercice, et après inscription au tableau départemental de l'Ordre, faire enregistrer son diplôme à la DDASS.

L'article L.361 du Code de la santé publique prévoit que l'enregistrement doit être effectué dans le mois qui suit l'entrée en fonctions auprès de la DDASS.

Le praticien qui change d'installation ou qui interrompt son activité depuis au moins deux ans doit refaire cette formalité.

• Des mises à jour observées avec retard dans ADEL...

En pratique, les médecins libéraux, tenus d'être inscrits dans ADEL pour s'installer, sont bien recensés. Mais par rapport aux autres sources, il existe un défaut d'inscription pour les salariés.

Le médecin est tenu juridiquement de signaler auprès de la DDASS tout changement d'activité, d'établissement ou encore toute interruption d'exercice temporaire ou définitive. Mais ces changements de situation n'ont pas d'impact juridique, et certains négligent d'en informer la DDASS. Ainsi, le professionnel qui part à la retraite n'a pas d'incitation autre à le signaler à la DDASS que le respect de cette obligation juridique, alors qu'il existe une incitation financière à le mentionner à l'Ordre, la cotisation que versent les médecins à l'Ordre étant plus faible pour les retraités que pour les actifs. En pratique, les cessations d'activité sont effectivement signalées plus tardivement à la DDASS qu'à l'Ordre.

De même, si le médecin demande et obtient la reconnaissance de sa qualification auprès d'une commission ordinale, l'Ordre, qui est à l'origine de ce changement de situation, l'enre-

giste automatiquement. Mais la DDASS ne sera informée des changements que si le praticien en fait la démarche. Ainsi, certains spécialistes pourraient être considérés comme généralistes dans ADEL. Cette hypothèse peut être avancée en particulier pour les spécialités de santé publique et de médecine du travail, quasi exclusivement salariées et pour lesquelles un grand nombre de professionnels ont été qualifiés par des commissions ordinales à la fin des années 1990.

- **...et à l'Ordre**

À l'inverse, les médecins reçus au concours national de praticien hospitalier dans une spécialité sans être qualifiés spécialistes obtiennent un poste à l'hôpital indépendamment de leur qualification et, de ce fait, n'ont pas d'incitation particulière à faire reconnaître leur qualification auprès de l'Ordre. C'est la raison pour laquelle environ 4 000 médecins sont classés en tant que généralistes à l'Ordre, tout en exerçant une spécialité.

Par ailleurs, pour des raisons d'assurance, certains médecins peuvent choisir un autre exercice que celui correspondant à leur spécialité de diplôme (par exemple, abandon de la bicom pétence exclusive en gynécologie-obstétrique et médicale en exercice libéral au profit de l'exercice exclusif de la gynécologie médicale). Dans ce cas, ce changement pourra être signalé à la CNAMTS (et donc automatiquement répercuté sur ADEL), mais ne le sera pas forcément à l'Ordre.

L'absence de mise à jour des qualifications exercées dans l'une ou l'autre source peut être à l'origine des divergences observées.

IMPACT DU REDRESSEMENT DES EFFECTIFS D'ADEL

Ce redressement s'effectue par calage sur les effectifs de l'Ordre par mode d'exercice (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et département, mais pas par spécialité. Du fait de la méthodologie employée, le redressement n'est susceptible d'introduire un biais visible dans la répartition par spécialité que si le défaut d'inscription dans ADEL des médecins n'est pas homogène en fonction de la spécialité. Ainsi, le redressement, qui porte sur les effectifs salariés, pourrait être excessif pour les spécialités majoritairement salariées qui s'inscriraient davantage que la moyenne dans ADEL (ou inversement insuffisant pour celles qui, tout en étant majoritairement salariées, ont tendance à moins respecter les obligations d'inscription).

Le redressement a pour effet de réduire les écarts en valeur absolue entre les deux sources pour la plupart des spécialités. Lorsque ce n'est pas le cas, il s'agit toujours de faibles écarts, qui restent du même ordre après le redressement (quelques dizaines de professionnels). Pour certaines spécialités, si le redressement atténue très nettement les différences, on observe également que les effectifs d'ADEL, largement inférieurs à l'Ordre avant redressement, deviennent supérieurs après redressement, ce qui laisse supposer que le redressement pourrait être un peu trop fort. Ceci concerne :

- **l'anesthésie-réanimation**, dont l'effectif ADEL avant redressement (9 138) compte 1 027 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 200 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **la pédiatrie**, dont l'effectif ADEL avant redressement (6 110) compte 411 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 107 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **la pneumologie**, dont l'effectif ADEL avant redressement (2 407) compte 151 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 101 médecins de plus à l'issue du redressement.
- **l'ensemble des spécialités biologie, génétique et recherche**, dont l'effectif ADEL avant redres-

sement (2 804) compte 177 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 135 médecins de plus à l'issue du redressement.

- le regroupement des spécialités **psychiatrie et neuropsychiatrie**, dont l'effectif ADELi avant redressement (12 582) compte 871 médecins de moins que l'Ordre sur un champ comparable et 288 médecins de plus à l'issue du redressement.

MÉDECINS EN CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ À L'ORDRE

L'Ordre comptabilise, parmi les actifs, des médecins en cessation temporaire d'activité (environ 6 000). Le redressement d'ADELi s'appuie cependant sur les effectifs de médecins inscrits à l'Ordre, et prend donc également en compte, à tort, les médecins en cessation temporaire d'activité. La prise en compte de cette catégorie de médecins dans les deux sources n'engendre pas d'écart sur le total, mais peut être à l'origine d'écarts par spécialité, si certaines spécialités sont proportionnellement plus concernées que d'autres.

Ce problème devrait disparaître à terme, dans la mesure où il est envisagé de modifier le redressement d'ADELi pour ne l'appuyer que sur les médecins actifs inscrits à l'Ordre.

ÉVOLUTION DES INTITULÉS DES DIPLÔMES

Enfin, une partie des écarts peut être liée aux diplômes et qualifications répertoriées dans les deux sources. La liste et les intitulés des diplômes évoluent beaucoup au gré des réformes des études médicales. Cette liste est également mise à jour dans le répertoire ADELi et à l'Ordre, les nouveaux libellés se substituant ou s'ajoutant parfois aux anciens. Mais pour des raisons de cohérence avec l'assurance-maladie, dans ADELi, un seul libellé doit subsister par spécialité pour enregistrer les nouvelles inscriptions, qui n'est pas toujours celui retenu par l'Ordre (exemple : « chirurgie thoracique et cardio-vasculaire » dans ADELi, « chirurgie thoracique et cardiaque » à l'Ordre).

Aussi, lorsqu'un médecin s'inscrivant auprès de la DDASS présente une qualification qui n'existe pas dans ADELi, il est enregistré dans la discipline la plus proche en termes de libellés, ce qui peut engendrer des différences de classement.

De plus, les nombreux changements d'intitulés des diplômes conduisent ADELi et l'Ordre à publier des données regroupées par discipline, sans utiliser nécessairement les mêmes regroupements, ce qui peut parfois faire apparaître artificiellement des écarts. Par exemple, l'Ordre publie à part les effectifs de la spécialité « radiothérapie » de ceux de la spécialité « radio-diagnostic et radiothérapie » (devenus très marginaux), alors que ces médecins sont classés dans ADELi dans la spécialité « radiothérapie ». Inversement, ADELi distingue la chirurgie maxillo-faciale, alors que l'Ordre classe ces médecins en stomatologie.

■ ■ Conclusion : estimation concertée entre ADELi et l'Ordre de la répartition des médecins par spécialité potentielle d'écarts

L'écart observé entre les données de l'Ordre et d'ADELi s'explique essentiellement par des différences de classement entre médecins spécialistes et généralistes, ou entre spécialités chirurgicales, pour les chirurgiens issus de l'ancien régime des études médicales. Cette différence de classement provient de ce que l'Ordre recense les médecins dans la spécialité pour laquelle ils ont été diplômés.

Hormis quelques spécialités, sur un champ comparable qui est celui des qualifiés spécialistes, les données de l'Ordre et d'ADELi sont assez proches. Le tableau 10 donne l'ordre de

grandeur des effectifs de spécialistes selon leur qualification, sur lesquels les deux sources s'accordent.

Les spécialités pour lesquels des écarts subsistent sur le nombre de qualifiés spécialistes sont la santé publique, la médecine du travail, la gynécologie-obstétrique, et dans une moindre mesure, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie orthopédique, la médecine nucléaire, l'hématologie et la génétique médicale.

Mais ces deux sources peuvent également, tout en étant relativement cohérentes entre elles, être éloignées de celles des professionnels. Un grand nombre de médecins, généralistes ou spécialistes, ont obtenu une compétence dans une autre discipline, qu'ils exercent à présent exclusivement et sont comptabilisés par les sociétés savantes dans leur spécialité d'exercice et non de diplôme.

Dans le cadre des auditions de professionnels menées à l'Observatoire, la confrontation des données obtenues à celles des professionnels a ainsi montré que les effectifs de médecins qualifiés spécialistes en **hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, pédiatrie, chirurgie urologique et chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique** enregistrés à l'Ordre et dans ADELI sous-estimaient les effectifs exerçant réellement dans ces spécialités en ne tenant pas compte des qualifiés compétents.

Pour appréhender les effectifs qui exercent réellement la spécialité, sont donc pris en compte :

- dans ces spécialités, les qualifiés compétents (en faisant l'hypothèse arbitraire que tous les compétents dans ces six spécialités exercent cette spécialité, que cela ne soit pas le cas dans les autres spécialités, et en réduisant d'autant les effectifs de la médecine générale et/ou de leur spécialité d'origine⁷),
- pour la gynécologie et l'urologie, les compétents exclusifs,
- et pour toutes les spécialités, les praticiens hospitaliers qui n'ont pas la qualification⁸.

Ces trois corrections permettent d'estimer grossièrement les effectifs exerçant réellement la spécialité, à partir des données d'ADELI. Il s'agit bien sûr d'une estimation imparfaite, reposant sur des hypothèses arbitraires, qui nécessiterait, pour être affinée, de recueillir des informations individuelles supplémentaires sur l'exercice des médecins. Mais elle apporte tout de même un éclairage sur l'ordre de grandeur des écarts entre qualification et exercice.

L'examen des écarts par spécialité et les auditions de professionnels permettent donc d'aboutir à deux estimations des effectifs par spécialité à partir des données de l'Ordre, d'ADELI et des professionnels :

- la première est celle des qualifiés spécialistes (spécialistes au sens réglementaire),
- la seconde est une estimation des effectifs exerçant la spécialité, qu'ils aient ou non la qualification de spécialiste correspondante.

7. En utilisant la source ADELI pour les effectifs des compétents et leurs qualifications.

8. Un médecin qualifié compétent dans une de ces six spécialités et praticien hospitalier ne sera compté qu'une fois.

TABLEAU 10 - RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ AU 1^{er} JANVIER 2003
OU EXERÇANT LA SPÉCIALITÉ

Spécialités au 1 ^{er} janvier 2003	Ordre	ADELI sur un champ comparable à l'Ordre	ADELI	Qualifiés spécialistes	Médecins exerçant la spécialité (au sens d'ADELI)
Anatomie et cytologie pathologiques	1 521	1 559	1 631	1 550	1 600
Anesthésie-réanimation	9 511	9 711	10 365	9 500 à 9 700	10 350
Cardiologie	5 705	5 746	5 904	5 700	5 900
Dermatologie-vénéréologie	4 038	4 008	4 018	4 000	4 000
Endocrinologie et métabolismes	1 378	1 377	1 397	1 375	1 400
Gastro-entérologie hépatologie	3 199	3 240	3 324	3 200	3 300
Génétique médicale	140	92	106	100 à 140	100 à 140
Hématologie	187	228	310	200	600
Médecine interne	2 475	2 411	2 469	2 450	2 300
Médecine nucléaire	445	366	375	400	550
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 816	1 816	1 916	1 800	1 900
Néphrologie	1 035	1 040	1 114	1 000	1 300
Neurologie	1 652	1 680	1 729	1 650	1 700
Oncologie médicale	512	508	523	500	500
Pédiatrie	6 320	6 427	6 628	6 300 à 6 400	7 000
Pneumologie	2 462	2 563	2 659	2 450 à 2 550	2 650
Radiodiagnostic et radiothérapie	8 030	7 984	8 217	8 000	8 200
Rhumatologie	2 576	2 604	2 646	2 600	2 650
Gynécologie médicale	0	1 830	1 846	0	1 850
Gynécologie-obstétrique	2 742	5 266	5 352	2 750	5 350
Chirurgie générale	4 858	4 669	4 802	4 800	4 000
Chirurgie infantile	79	88	102	80	100
Chirurgie maxillo-faciale	0	45	48	0	50
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 190	1 951	2 026	2 000 à 2 200	2 000
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	269	324	324	300	700
Chirurgie thoracique et cardiaque	153	209	222	150 à 200	200
Chirurgie urologique	395	484	515	500	1 000
Chirurgie vasculaire	414	320	338	300 à 400	300 à 400
Chirurgie viscérale et digestive	370	398	492	400	500
Neurochirurgie	350	374	385	350	400
Ophthalmologie	5 508	5 487	5 506	5 500	5 500
Oto-rhino-laryngologie	2 971	2 980	3 025	3 000	3 000
Stomatologie	1 452	1 424	1 427	1 450	1 400
Biologie + génétique + recherche	2 548	2 683	3 119	2 600	3 100
Psychiatrie + neuropsychiatrie	12 781	13 069	13 741	12 800 à 13 000	13 750
Médecine du travail	6 071	4 781	5 066	5 000 à 6 000	6 000
Santé publique	1 406	—	1 089	1 000 à 1 400	1 400
Ensemble des spécialistes	97 559	100 691	104 755	97 500	105 500
Médecins généralistes	107 832		100 682	108 000	100 000

LECTURE : les spécialités pour lesquelles des écarts notables subsistent entre les deux sources sur le nombre de qualifiés sont indiquées en gras.

COMPARAISON DES EFFECTIFS DE PHARMACIENS D'ADEL ET DU CNOP AU 1^{er} JANVIER 2002

Marc COLLET

Bureau des professions de santé/DREES

Cette note synthétique se propose de comparer, au 1^{er} janvier 2002, les effectifs issus des deux principales sources « exhaustives » relatives aux pharmaciens : le répertoire ADEL corrigé¹ et les chiffres édités par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP). La version complète des travaux de comparaison menés par la DREES sur les différentes sources de données relatives aux pharmaciens et aux officines – intégrant notamment des travaux à des niveaux géographiques fins – sera publiée ultérieurement dans le cadre d'un document de travail portant plus généralement sur les projections démographiques des pharmaciens².

■ ■ Champ d'enquête et modalités de recensement des trois sources étudiées

Dans ce premier point, sont brièvement décrites la population ciblée et les modalités de recensement propres aux deux sources étudiées.

LES DONNÉES DU CNOP

De par le Code de la santé publique, tout pharmacien qui se propose d'exercer une activité pharmaceutique est tenu de faire une demande d'inscription au tableau du conseil régional ou central dont relève cette activité (articles de lois 4 222-1 à 4 222-9). L'alinéa 7 de cet article³ stipule cependant que « les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'AFSSAPS, les pharmaciens fonctionnaires ou assimilés des ministères chargés de la Santé ou de l'Enseignement supérieur, n'exerçant pas par ailleurs d'activité pharmaceutique, et les pharmaciens appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air, ne sont inscrits sur aucun tableau de l'Ordre » – ces effectifs demeurent néanmoins très marginaux. D'autre part, tous les pharmaciens de l'industrie pharmaceutique ne sont pas tenus de s'inscrire à l'Ordre : outre le pharmacien responsable et le pharmacien responsable intérimaire, les établissements industriels ont un quota de pharmaciens qui doivent nécessairement être inscrits à l'Ordre, quota qui est fonction de la taille de leur structure. Au-delà de ces quotas, les pharmaciens de l'industrie inscrits à l'Ordre le sont par volontariat et non par obligation légale. Plus encore, les pharmaciens exerçant dans l'industrie pharmaceutique des fonctions qui ne sont pas considérées comme « activité pharmaceutique » stricto sensu ne peuvent, en théorie, prétendre à s'inscrire à l'Ordre des pharmaciens (chef de produit, postes du ressort des services de marketing...).

1. C'est sur ces données corrigées que s'appuient également les statistiques publiées dans SICART (D.), « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2002 », *Document de travail* n° 33, mai 2002, DREES.

2. Document programmé pour fin 2004-début 2005.

3. Partant de l'article de loi selon lequel il ne saurait exister d'activité pharmaceutique sans établissement pharmaceutique (locaux spécifiquement destinés à cet exercice et dûment autorisés).

LES DONNÉES DU RÉPERTOIRE ADELI

Pour exercer leur activité, les professionnels de santé réglementés, quel que soit leur mode d'exercice, ont également l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la DDASS de leur résidence professionnelle (ces enregistrements constituant le répertoire national ADELI, géré par la DREES), et ce, après enregistrement à l'Ordre des pharmaciens – exception faite des pharmaciens visés par l'alinéa 7 cité précédemment qui doivent en théorie s'inscrire à ADELI (mais dont l'effectif est marginal). Par conséquent, le champ est donc en pratique extrêmement proche de celui des inscrits à l'Ordre des pharmaciens.

DES CHAMPS SUPERPOSABLES MAIS UNE CARACTÉRISATION DES POSTES OCCUPÉS DIFFÉRENTE

De par la loi, les pharmaciens inscrits à l'Ordre sont affiliés à une (ou plusieurs) des 6 sections A, B, C, D, E, G, selon le secteur d'activité, la fonction ou encore la situation géographique (section E). La section D est subdivisée en 3 sous-sections (Da, Dh, Dm). Dans ses publications, le CNOP fournit des statistiques détaillées en nombre « d'inscriptions dans chaque section », ce qui occasionne des doubles comptes pour les pharmaciens à activités multiples et rend donc plus délicates les comparaisons avec le répertoire ADELI. Pour ce dernier, la caractérisation des activités exercées repose davantage sur la fonction occupée (titulaire d'officine, responsable d'établissement, adjoint, remplaçant...) et le secteur de l'activité principale (hôpital, officine, laboratoire d'analyse de biologie médicale ou « LABM »...) que sur la section d'affiliation à l'Ordre y correspondant. Pour une meilleure compréhension, le tableau 1 présente les correspondances entre les « sections à l'Ordre » et les « fonction et secteur d'activité » recensés dans le répertoire ADELI.

TABLEAU 1 - CORRESPONDANCE ENTRE L'AFFILIATION EN « SECTION » (CNOP)
ET LES POSTES OCCUPÉS (ADELI)

Section	Caractéristiques « fonction » et « secteur d'activité » dans ADELI
A	Titulaires d'officine
B et C	Gérants et responsables industrie et distribution (y compris les intérimaires)
Da	Tous les « adjoints » quel que soit leur secteur d'activité (hors hospitaliers)
Dh	Adjoints ou gérants en secteur hospitalier non biologistes
Dm	Gérants d'officine mutualiste ou de secours minière
E	Pharmaciens exerçant dans les DOM
G	Biologistes exerçant leur spécialité

■ ■ Comparaisons des effectifs recensés au 1^{er} janvier 2002 (ADELI versus CNOP)

COMPARAISON DES EFFECTIFS GLOBAUX

Au 1^{er} janvier 2002, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens répertoriait, sur la France entière, 3 621 pharmaciens en activité de plus qu'ADELI (66 694⁴ contre 63 073), ce qui représente une différence globale proche de 5 %. Ces écarts en termes d'effectifs totaux de pharmaciens selon ADELI et selon l'Ordre tendent à se résorber assez rapidement avec le temps (tableau 2).

4. CNOP, *Les Pharmaciens : statistiques au 1^{er} janvier 2002*.

TABLEAU 2 - NOMBRE DE PHARMACIENS ACTIFS : COMPARAISON « ADELI/CNOP » ET ÉVOLUTIONS TEMPORELLES

Date	Effectifs ADELI	Effectifs CNOP	% différence
01/01/1999	57 003	62 862	-9,3 %
01/01/2000	59 298	64 217	-7,7 %
01/01/2001	61 310	65 694	-7,1 %
01/01/2002	63 073	66 694	-5,5 %
01/01/2003	64 975	67 937	-4,3 %
01/01/2004	66 266	68 974	-3,9 %

SOURCES : ADELI (DREES), ICOP (CNOP), France entière.

COMPARAISON DES EFFECTIFS SELON LA SECTION, LA FONCTION ET LE SECTEUR D'ACTIVITÉ

Un approfondissement de la comparaison entre les données ADELI et de l'Ordre porte sur la structuration des effectifs recensés, selon deux principales caractéristiques : la section d'inscription à l'Ordre (c'est-à-dire la fonction occupée au sein d'un secteur d'activité donné) puis selon la répartition dans les quatre grands agrégats d'établissements (officines, laboratoires d'analyse de biologie médicale, entreprises du médicament, établissements hospitaliers ou autres établissements sanitaires et sociaux).

• Étude comparative des sections d'adhésion des pharmaciens

Avant tout, soulignons que les sections d'inscription à l'Ordre sont souvent manquantes dans le répertoire ADELI (10 % de cas avant correction) et sont parfois mal réactualisées lors des changements de situation professionnelle. Aussi avons-nous pris le parti méthodologique d'inférer, au préalable, la section d'inscription à l'Ordre en prenant en compte les fonctions occupées au sein de chacun de ces secteurs (cf tableau 1). Le tableau 3 compare les effectifs par section calculés dans ADELI et répertoriés par l'Ordre (données sans double compte⁵), avec deux cas possibles : en général des effectifs moins importants dans le répertoire ADELI que dans le fichier de l'Ordre, mais aussi des effectifs plus importants dans le cas des titulaires d'officines :

- Le premier cas concerne les sections où les effectifs sont plus faibles dans ADELI qu'à l'Ordre. Il s'agit des sections G et D (ensemble des effectifs affiliés aux sous-sections DA, DH et DM). ADELI recense, en effet, 2 700 pharmaciens adjoints (tous secteurs confondus) de moins que l'Ordre (26 663 contre 29 396 soit une différence de 9 %) ; cette différence se concentre quasiment exclusivement sur les salariés de la sous-section DA exerçant en officine (19 350 contre 22 850). Une analyse plus fine montre que ces disparités sont très inégalement réparties selon les régions ou les départements considérés. De même, près de 1 600 biologistes recensés par l'Ordre ne sont pas repérés dans ADELI. Deux facteurs explicatifs de ces différences peuvent coexister : soit ces biologistes sont réellement absents de la base ADELI, soit leur spécificité de biologiste a été mal prise en compte et ils sont classés dans une autre section. Par ailleurs, à l'instar des pharmaciens de la section D, il faut souligner que cette divergence porte uniquement sur les biologistes du secteur public (950 contre 2 375), les effectifs des biologistes du secteur privé s'avérant superposables entre les deux sources. Bien que les effectifs concernés soient faibles, les responsables de l'industrie et du commerce de biens pharma-

5. Ces effectifs sont issus du tableau intitulé « Répartition des pharmaciens inscrits par âge avec ventilation : "hommes" / "femmes" » du document précédemment cité. Pour la comparaison à ADELI, nous supposons que ces effectifs sans double compte reflètent la répartition en section correspondant à l'activité principale.

ceutiques sont également moins nombreux dans ADEL (763 personnes classées dans les sections B ou C) que dans les données de l'Ordre (828), et il en est de même pour les pharmaciens exerçant dans les DOM (1 019 pharmaciens appartenant à la section E dans ADEL contre 1 168 selon l'Ordre).

• Les titulaires d'officine sont les seuls à être sensiblement plus nombreux dans le répertoire ADEL (près de 900 en plus, soit une différence, bien qu'essentielle, qui reste cantonnée à 3 %) ⁶.

TABEAU 3 - COMPARAISON DES EFFECTIFS ET DE LA RÉPARTITION SELON LA SECTION D'ADHÉSION

Section	ADEL (act. principale)		Ordre (act. principale)			
	Effectif	%	Effectif	%	Différence d'effectifs	Différence en %
A : titulaires d'officine	28 404	45,0 %	27 493	41,2 %	911	3,2 %
B et C : gérants et responsables d'industrie	763	1,2 %	828	1,2 %	- 65	-7,9 %
D : adjoints	26 663	42,3 %	29 396	44,1 %	- 2 733	-9,3 %
G : biologistes	6 224	9,9 %	7 809	11,7 %	- 1 585	-20,3 %
Total France métropolitaine	62 054		65 526		- 3 472	-5,3 %
E : pharmaciens exerçant dans les DOM	1 019	1,6 %	1 168	1,8 %	- 149	-12,8 %
Total France entière	63 073	100,0 %	66 694	100,0 %	- 3 621	-5,5 %

SOURCES : ADEL corrigé (DREES), ICOP (CNOP), au 1^{er} janvier 2002.

• Étude comparative des secteurs d'activité

Les sections de l'Ordre sont définies à partir de plusieurs critères (secteur d'activité, fonction, spécialisation et situation géographique). C'est pourquoi une analyse comparative simplifiée par grands secteurs d'activité a été menée en complément de l'analyse par section menée ci-dessus (tableau 4). La répartition des pharmaciens par grand secteur d'activité s'avère assez proche entre les deux sources.

TABEAU 4 - COMPARAISON DES EFFECTIFS ET DE LA RÉPARTITION DES PHARMACIENS ACTIFS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

Secteur d'activité	ADEL		Ordre (avec activités multiples ⁷)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Officinaux	47 887	77,2 %	50 485	75,5 %
LABM privé	5 261	8,5 %	5 245	7,8 %
Hospitaliers/Etab. soins	4 855	7,8 %	6 606	9,9 %
Entreprises médicament	3 711	6,0 %	3 931	5,9 %
Autre	301	0,5 %	626	0,9 %
Inconnu	39	0,1 %	0	0,0 %
Total France métropolitaine	62 054	100,0 %	66 893	100,0 %

SOURCES : ADEL corrigé (DREES), ICOP (CNOP) au 1^{er} janvier 2002, France métropolitaine.

6. L'analyse des titulaires d'officine actifs cotisant à la Caisse d'assurance-vieillesse des pharmaciens (CAVP) aboutit à une parfaite concordance avec les chiffres du CNOP. Une analyse comparée des pyramides des âges montre, par ailleurs, que la surreprésentation observée dans ADEL est principalement le fait des classes d'âge les plus élevées.

7. Nous n'avons pu ici opérer nos comparaisons que par rapport aux chiffres de l'Ordre « toutes activités confondues » (i.e. avec double compte des professionnels exerçant plusieurs activités relevant de sections différentes) – soit plus de 1 000 individus pour lesquels la multiactivité (ou la spécificité de biologiste) a engendré une inscription à au moins deux sections différentes (toutes sections confondues). Bien que cet effectif supplémentaire soit relativement marginal, il tend néanmoins à amplifier quelque peu les différences réelles entre ADEL et l'Ordre.

NOTE DE PRÉSENTATION DU RAPPORT SUR L'ÉTAT DES LIEUX ET L'HARMONISATION DES SOURCES STATISTIQUES RELATIVES AUX INFIRMIERS

Odile ROMAIN, Séverine BUISINE
*Bureau des professions paramédicales,
des statuts et des personnels hospitaliers (DHOS)*

Créé par décret n° 2003-529 du 19 juin 2003, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est chargé de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, ainsi que d'assurer une coordination et un appui aux études régionales réalisées en ce domaine. Dès son installation, le conseil d'orientation de l'Observatoire a dégagé quelques pistes de travail.

Un constat s'est établi rapidement sur la nécessité pour l'Observatoire de disposer d'une vision globale de la réalité quantitative des professions de santé. En effet, les différentes données existant actuellement renseignent diversement la situation des professionnels notamment selon le secteur d'activité et le mode d'exercice.

L'état des lieux et l'harmonisation des données de la profession infirmière ont été confiés à la DHOS. Ce travail a été mené en collaboration avec la DREES et la CNAMTS.

Cette note a pour objet de présenter succinctement le travail sur l'état des lieux des différentes sources disponibles dénombrant les infirmiers.

Il convient de préciser qu'il s'agit du premier travail réalisé sur la comparaison des sources : cette première analyse pourra être approfondie dans le cadre de travaux ultérieurs.

Les résultats de ce travail sont présentés suivant le plan :

- État des lieux des sources statistiques
- Comparaison des sources
- Redressement du répertoire ADELI

■ ■ État des lieux des sources statistiques

La population étudiée est celle des infirmiers en activité en France métropolitaine et dans les DOM (lorsque les données le permettent).

Les différentes sources disponibles sont : le recensement général de la population de 1999 de l'INSEE, le répertoire ADELI de la DREES, l'enquête emploi de l'INSEE, l'enquête SAE de la DREES, l'enquête SPE de la DHOS, les données de la CNAMTS, les données de la CARPIMKO, la statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux.

Autres sources : l'enquête EHPA et l'enquête ES (établissements sociaux et médico-sociaux) de la DREES, les données du ministère de la Défense et les données des autres administrations.

Les données de chaque source ont été étudiées suivant le plan ci-après : distribution par spécialité, distribution par âge et par sexe, distribution par région, évolution des effectifs.

Les tableaux suivants résument les données recueillies selon les différentes sources :

Les sources recensant l'ensemble des infirmiers	Recensement général de la population mars 1999	Répertoire ADELI 1 ^{er} janvier 1999	Enquête emploi 1 ^{er} janvier 1999
Couverture	Ensemble des infirmiers France entière	Ensemble des infirmiers France entière	Ensemble des infirmiers France métropolitaine
Infirmiers France métropole	409 429	367 126	403 844
Infirmiers France entière	417 663	373 441	NR
Spécialité	IDE : 62 % Infirmiers spécialisés : 38 %	NR	IDE : 67 % Infirmiers spécialisés : 33 %
Proportion de femmes	88 %	NR	NR
Âge moyen	40,8 ans	40,6 ans	40,3 ans
Infirmiers libéraux (métropole)	47 527	54 760	46 350
Infirmiers salariés hospitaliers (métropole)	278 369	271 608	274 796
Infirmiers salariés non hospitaliers (métropole)	83 533	40 758	82 698
Densité infirmiers libéraux (p. 100 000 habitants)	Forte : Corse 201 Faible : Île-de-France 44	Forte : Corse 204 Faible : Champagne-Ardenne 56	ND
Densité infirmiers salariés hospitaliers (p. 100 000 habitants)	Forte : Limousin 641 Faible : Haute-Normandie 374	Forte : Limousin 639 Faible : Centre 305	ND
Densité infirmiers salariés non hospitaliers (p. 100 000 habitants)	Forte : Île-de-France 185 Faible : Corse 74	Forte : Limousin 103 Faible : Corse 32	ND
Taux de croissance moyen annuel		1990-2003 : 2,6 %	1999 à 2003 : 0,2 %

NR : non renseigné.

ND : non disponible.

Les sources recensant les infirmiers hospitaliers	SAE au 1 ^{er} janvier 1999	SPE au 1 ^{er} janvier 1999
Champ	Hospitaliers des établissements de santé publics et privés - France entière	Hospitaliers des établissements de santé publics - France métropolitaine pour 1999
Infirmiers (métropole)	Dans les EPS : 211 318 Dans les établissements privés : 70 517	Dans les EPS : 192 902
Infirmiers (France entière)	Dans les EPS : 215 839 Dans les établissements privés : 71 323	ND
Spécialité	IDE : 64 % Infirmiers spécialisés : 36 %	IDE (y compris encadrement et inf. psychiatriques) : 92 % Infirmiers spécialisés : 8 %
Proportion de femmes	ND	86 %
Âge moyen	ND	39,4 ans
Densité infirmiers (p. 100 000 habitants)	Dans les EPS : Forte : Limousin 484 Faible : Nord - Pas-de-Calais 314	ND
Taux de croissance moyen annuel	1985-2002 : 1,8 %	1995-2001 : 3,9 %*

* Ce taux est à prendre avec précaution car l'amélioration du taux de réponse (84 % en 1995 et 94 % en 2001) a influencé ce résultat.

Les sources recensant les infirmiers libéraux	Données de la CNAMTS au 1 ^{er} janvier 1999	Caisse de retraite CARPIMKO au 1 ^{er} janvier 1999
Champ	Libéraux – France entière	Libéraux – France entière
Infirmiers (métropole)	46 570	49 015
Infirmiers (France entière)	47 869	50 429
Spécialité		
Proportion de femmes	86 %	NR
Âge moyen	42,3 ans	42,5 ans
Densité infirmiers (p. 100 000 habitants)	Forté : Tarn 198 Faible : Guyane 34	Forté : Corse 193 Faible : Île-de-France 47
Taux de croissance moyen annuel	1994-2003 : 1,4 %	1999-2003 : 0,9 %

La statistique des personnels et des activités des services sanitaires et sociaux départementaux comptabilise 5 845 infirmiers, France entière, et observe un taux de croissance annuel moyen de 1,1 % de 1996 à 2002.

L'enquête EHPA dénombre les infirmiers travaillant dans les établissements sanitaires et sociaux ayant reçu des personnes âgées, elle recense les résidences d'hébergement temporaire et l'accueil de jour, au 31 décembre 1996. L'enquête ES donne l'effectif infirmier travaillant dans les établissements et services médico-sociaux, socio-éducatifs et sociaux en faveur des personnes handicapées ou en difficulté sociale global de la fonction publique hospitalière, effectifs au 31 décembre 1998.

Concernant les données des autres administrations, le degré d'information est faible.

On dispose uniquement des effectifs globaux recensés dans les autres administrations telles que le ministère de la Défense, l'Éducation nationale, les collectivités locales et le corps interministériel de l'État, à différentes dates.

■ ■ Comparaison des sources

Partant du constat du recensement général de la population de 1999, la comparaison entre les différentes sources est réalisée sur les effectifs de l'année considérée. Compte tenu du manque d'information sur les DOM dans certaines sources, cette comparaison est réalisée dans un premier temps sur les données de la France métropolitaine. Une réflexion supplémentaire devra être envisagée avec les statisticiens des régions concernées.

Le répertoire ADELI est actuellement la seule source détaillée pour l'ensemble de la profession. C'est la raison pour laquelle il est préférable de le comparer aux autres sources dans le but de comprendre les différences d'effectifs observées et de procéder au redressement qui s'imposera.

■ LES LIBÉRAUX

À champ comparable, le SNIR recense 46 570 infirmiers libéraux au 1^{er} janvier 1999, soit 7 817 de moins que les 54 387 libéraux non remplaçants d'ADELI (ou encore 14 % de moins).

Concernant l'évolution des infirmiers libéraux, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 2000-2003 de 1,4 % contre 0,4 % pour le SNIR.

Le recensement général de la population recense 47 527 infirmiers libéraux soit 7 233 de moins que les 54 760 libéraux d'ADELI (ou encore 13 % de moins).

L'enquête emploi estime à 46 350 le nombre d'infirmiers libéraux soit 8 410 de moins qu'ADELI (15 % de moins).

Concernant l'évolution des infirmiers libéraux, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 2,1 % contre 1,7 % pour l'enquête emploi.

■ **LES SALARIÉS HOSPITALIERS**

À champ comparable, on constate que le recensement général de la population tout comme l'enquête emploi dénombrent plus de salariés hospitaliers que le répertoire ADELI.

Le recensement comptabilise, au 1^{er} janvier 1999, 278 369 infirmiers salariés hospitaliers, soit 6 761 de plus que les 271 608 d'ADELI (soit 2,4 % de plus).

L'enquête emploi, quant à elle, fait apparaître 274 796 salariés hospitaliers, soit 1,2 % de plus.

Concernant l'évolution des infirmiers salariés hospitaliers, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 3,3 % contre 0,04 % pour l'enquête emploi.

Le recensement et l'enquête emploi constituent des sources de données déclaratives ; les étudiants ou certains personnels exerçant des emplois proches de celui d'infirmiers se sont peut-être déclarés comme tels, ce qui pourrait expliquer en partie cette différence.

Malgré des divergences de champs entre la SAE et ADELI, en comparant les emplois de la SAE au nombre d'activités hospitalières comptabilisées dans ADELI, on constate que la SAE dénombre 275 917 emplois contre 272 692 activités hospitalières recensées dans le répertoire (soit +1,2 %).

■ **LES SALARIÉS NON HOSPITALIERS**

À champ comparable, le recensement général de la population comptabilise, au 1^{er} janvier 1999, 83 533 infirmiers salariés non hospitaliers : c'est le double d'ADELI (40 758), avec 42 775 unités de plus. L'enquête emploi, quant à elle, fait apparaître 82 698 salariés non hospitaliers, soit le double également.

Concernant l'évolution des infirmiers salariés non hospitaliers, ADELI enregistre un taux de croissance moyen sur la période 1999-2003 de 7,7 % contre 1,1 % pour l'enquête emploi.

Cette forte différence de chiffres entre ces sources est jusqu'à présent inexpliquée. Des éléments d'analyse peuvent être avancés : le secteur non hospitalier est mal renseigné dans le répertoire ADELI, les salariés semblent négliger leur inscription dans ce répertoire malgré les rappels faits par les services déconcentrés auprès des établissements.

Malheureusement, aucune autre source (à la différence des données de l'Ordre des médecins) ne comptabilise la totalité de ce secteur, ce qui limite le contrôle de la cohérence des chiffres.

■ ■ **Redressement du répertoire ADELI**

Le redressement est opéré par département, selon le secteur d'activité (libéral, hospitalier et salarié non hospitalier), et selon le groupe d'âge quinquennal en ce qui concerne les infirmiers non hospitaliers.

On applique à chaque individu de France métropolitaine une variable « poids » correspondant à sa variable de pondération.

■ **PRINCIPE DU REDRESSEMENT**

- Les effectifs des libéraux (hors remplaçants) sont calés sur ceux de la CNAMTS pour chaque département. On rajoute aux effectifs de la CNAMTS la moyenne des cinq années des remplaçants, en maintenant la structure par département et par âge des effectifs de la CNAMTS.

Pour les années à venir, on rajoutera simplement les remplaçants de chaque département à son effectif de la CNAMTS.

- Les effectifs des salariés hospitaliers sont calés sur ceux d'ADEL pour l'instant. Afin de corriger la structure par âge des salariés hospitaliers (ADEL dénombre plus de salariés de 55 ans et plus), on applique la structure par âge de la moyenne (jusqu'à l'année N) des salariés hospitaliers de l'enquête emploi. Pour l'année 2000, par exemple, on applique la structure de la moyenne des effectifs de 1999 et des effectifs de 2000. Le fait de prendre la moyenne corrige les possibles effets conjoncturels de l'enquête emploi qui, rappelons-le, est une enquête par sondage.
- Les effectifs des salariés non hospitaliers sont calés sur ceux de l'enquête emploi en tendance déjà citée précédemment. Cet effectif obtenu (82 698) est d'ailleurs proche de celui du recensement (83 533).

On applique la structure départementale des salariés non hospitaliers du recensement.

Concernant la répartition par âge, on applique la structure par âge de la moyenne (jusqu'à l'année N) des salariés non hospitaliers de l'enquête emploi.

Les salariés non hospitaliers sont fortement redressés : leur nombre est multiplié par deux. Les salariés hospitaliers ne sont pas redressés par département et le sont sensiblement par âge.

Cela ne signifie pas pour autant que 100 % des hospitaliers soient bien inscrits dans ADEL alors que seuls 50 % des non-hospitaliers le sont, mais peut être ainsi expliqué :

- d'une part, les non-hospitaliers sont moins bien inscrits dans ADEL que les hospitaliers (ce qui justifie un redressement plus fort pour les premiers que pour les seconds),
- d'autre part, il est probable qu'une partie des non-hospitaliers sont par erreur déclarés en tant qu'hospitaliers dans ADEL, ce qui gonfle artificiellement le nombre de ces derniers et donne l'impression qu'ils sont mieux inscrits qu'ils ne le sont en réalité.

Après redressement, voici les résultats obtenus pour le nombre d'infirmiers en activité en France métropolitaine de 1999 à 2003 permettant de constater une progression de 10,8 % entre 1999 et 2003 rythmée à un taux de croissance annuel moyen de 2,1 %.

1 ^{er} janvier	1999		2000		2001		2002		2003	
	Effectifs bruts (ADEL)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADEL)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADEL)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADEL)	Effectifs redressés	Effectifs bruts (ADEL)	Effectifs redressés
Libéraux (activité principale)	54 750	51 226	57 023	53 386	57 493	54 254	58 590	54 267	59 456	54 014
Hospitaliers	271 608	271 608	278 496	278 496	289 768	289 768	299 013	299 013	309 081	309 081
Salariés non hospitaliers	40 758	82 698	47 407	83 617	50 245	84 535	53 256	85 454	54 894	86 372
Total	367 126	405 532	382 926	415 499	397 506	428 557	410 859	438 734	423 431	449 467

Dorénavant, cette méthode de redressement sera développée pour le calcul des effectifs infirmiers.

**RECENSEMENT DES DIPLÔMÉS
ET DES NOUVEAUX INSCRITS À L'ORDRE,
PAR RÉGION ET PAR SPÉCIALITÉ**

Comités régionaux et CNOM

**ALSACE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	0	0	0	0	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		6	3	3	6	3	7
Dermatologie & vénéréologie*	0		2	0	0	3	2	4
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	0	0	1	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	3	1	0	0	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	1	0	0	0	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine interne	5		6	3	2	7	2	1
Médecine nucléaire*	0		0	0	1	1	0	0
Médecine physique et réadaptation*	1		1	1	0	0	0	0
Néphrologie*	0		1	0	4	1	2	3
Neurologie*	2		3	2	1	4	3	2
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	1	0	0
Pneumologie*	1		2	2	1	3	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	2		5	4	3	3	3	1
Rhumatologie	1		1	0	2	3	0	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	19		31	19	18	33	19	25
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		10	9	8	8	5	8
Neurochirurgie*	0		0	0	1	1	0	0
Ophthalmologie*	0		2	2	5	5	2	1
ORL*	1		3	4	1	3	1	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		15	15	15	17	8	10
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		11	1	6	4	6	3
Santé publique et médecine sociale	2		1	0	1	1	1	1
Biologie médicale	3		4	3	1	1	1	2
Psychiatrie	4		3	4	4	4	6	8
Gynécologie-obstétrique	1		1	1	0	1	8	4
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	3		5	3	4	5	3	4
Anesthésiologie-réanimation Ch.	8		3	11	9	6	4	12
TOTAL GÉNÉRAL	61		74	57	58	72	56	69

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**AQUITAINE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES
INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		2	2	2	2	2	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	6		7	8	8	9	7	8
Dermatologie & vénéréologie*	4		3	4	3	6	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	2		3	5	2	2	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	3		3	1	2	6	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	1		0	0	0	0	1	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	1	0
Médecine interne	1		5	2	2	4	4	4
Médecine nucléaire*	0		1	0	1	2	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		1	1	4	2	1	2
Néphrologie*	3		3	2	1	0	2	2
Neurologie*	5		0	5	3	1	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	2		2	2	1	0	3	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	0	1	1	1	0
Pneumologie*	2		3	1	4	2	0	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	9		8	10	7	13	6	10
Rhumatologie	0		3	1	1	1	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	41		45	44	42	51	36	36
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	17		13	11	11	7	20	6
Neurochirurgie*	0		1	0	1	1	0	1
Ophthalmologie*	2		4	8	3	2	4	5
ORL*	5		2	3	2	4	2	1
Stomatologie*				1		0		2
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	24		20	23	17	14	26	15
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		7	4	12	2	12	3
Santé publique et médecine sociale	4		3	3	4	3	4	4
Biologie médicale (médecins)	14		7	5	6	5	5	4
Psychiatrie	10		15	17	10	9	4	5
Gynécologie-obstétrique	4		4	3	3	6	6	4
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	5		5	7	6	9	4	6
Anesthésiologie-réanimation Ch.	12		6	8	10	9	11	15
TOTAL GÉNÉRAL	122		112	114	110	108	108	92

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**AUVERGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0	—	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		4	6	2	2	3	2
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	1	1	1	1	2
Endocrinologie et métabolismes*	—		1	1	1	1	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	0	1	1	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	—		—	0	1	0	—	0
Hématologie*	—		1	1	—	1	—	0
Médecine interne*	—		1	2	—	0	2	0
Médecine nucléaire*	—		1	0	—	0	1	1
Médecine physique et réadaptation*	1		—	0	—	0	—	0
Néphrologie*	1		—	1	—	0	—	1
Neurologie*	1		3	2	1	1	1	1
Oncologie option : radiothérapie*	—		1	1	—	0	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	2		1	1	—	1	—	0
Pneumologie*	2		1	1	1	0	1	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	4		4	2	2	2	5	3
Rhumatologie	—		1	1	1	0	3	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	16		22	21	12	10	21	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		7	6	7	5	7	8
Neurochirurgie*	—		—	1	—	0	1	0
Ophthalmologie*	3		2	2	2	1	3	2
ORL*	1		2	2	1	0	1	1
Stomatologie*	—		—	0	1	0	—	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	11		11	11	11	6	12	11
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	1		9	0	7	1	5	3
Santé publique et médecine sociale	1		2	2	2	2	1	2
Biologie médicale	3		5	1	2	5	1	1
Psychiatrie	2		6	5	3	3	6	3
Gynécologie-obstétrique	4		2	1	4	2	2	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	3		3	5	1	0	4	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	6		5	4	9	3	5	10
TOTAL GÉNÉRAL	47		65	50	51	32	57	50

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**BASSE-NORMANDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE
SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		2	3	0	0	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	1		2	2	3	2	3	3
Dermatologie & vénéréologie*	3		0	0	2	0	0	2
Endocrinologie et métabolismes*	0		2	1	1	1	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	1	2	1	2	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	0	0
Hématologie*	0		1	0	0	0	0	0
Médecine interne*	0		0	0	0	0	0	1
Médecine nucléaire*	1		0	0	2	1	2	1
Médecine physique et réadaptation*	1		1	0	0	0	1	1
Néphrologie*	1		1	0	1	2	0	1
Neurologie*	2		1	0	1	1	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		1	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	2	0	0	0
Pneumologie*	0		0	2	0	1	2	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		2	3	1	2	2	1
Rhumatologie	1		1	2	1	2	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	15		15	14	16	13	15	17
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		3	4	3	6	7	4
Neurochirurgie*	0		1	2	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		1	2	1	0	2	4
ORL*	0		1	0	2	2	0	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	9		6	8	6	8	9	9
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		3	2	4	1	6	5
Santé publique et médecine sociale	2		1	0	1	1	0	1
Biologie médicale	4		1	2	1	1	0	2
Psychiatrie	4		2	3	2	3	5	3
Gynécologie-obstétrique	0		4	2	4	2	1	1
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	5		2	1	3	2	8	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		5	7	6	7	4	7
TOTAL GÉNÉRAL	45		39	39	43	38	48	48

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

BOURGOGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		3	0	0	1	1	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		2	1	3	3	4	3
Dermatologie & vénéréologie*	5		1	0	4	1	1	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	0	2	1	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		1	1	1	2	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	0	0	1	1
Hématologie*	0		0	0	1	0	0	0
Médecine interne*	0		0	0	5	5	1	1
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		0	0	1	0	1	0
Néphrologie*	1		0	0	1	1	0	1
Neurologie*	0		2	2	2	0	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	0	1	0	1
Oncologie option : oncologie médicale*	0		2	2	0	0	3	0
Pneumologie*	2		3	4	0	0	1	1
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		4	2	4	1	5	3
Rhumatologie	2		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	21		21	12	24	16	22	16
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	4		6	4	9	9	8	4
Neurochirurgie*	0		1	0	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		1	3	2	2	1	2
ORL*	2		0	1	1	1	0	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	8		8	8	12	12	9	7
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		5	0	3	1	3	1
Santé publique et médecine sociale	1		0	1	1	1	1	1
Biologie médicale	1		1	0	2	4	1	1
Psychiatrie	7		6	6	7	2	8	7
Gynécologie-obstétrique	3		0	2	2	3	3	3
Gynécologie médicale	0		0		0	0	0	
Gynécologie-obstétrique et Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	3		2	1	4	3	3	2
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		8	6	5	5	3	9
TOTAL GÉNÉRAL	52		51	36	60	47	53	47

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**BRETAGNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		1	1	1	2	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	10		5	7	6	5	7	10
Dermatologie & vénéréologie*	2		2	3	5	3	1	3
Endocrinologie et métabolismes*	0		0	0	1	4	0	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	4		8	1	4	9	4	5
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	1	1	0	1
Hématologie*	0		0	0	1	0	0	0
Médecine interne*	3		1	2	2	2	2	4
Médecine nucléaire*	1		1	1	2	1	0	0
Médecine physique et réadaptation*	1		1	2	2	2	0	2
Néphrologie*	2		0	1	1	1	0	0
Neurologie*	4		4	4	0	2	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	4		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	0	0	1
Pneumologie*	3		4	4	5	7	1	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	3		9	5	7	8	6	6
Rhumatologie	4		1	4	1	2	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	43		37	35	39	49	24	41
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	9		10	9	12	12	6	9
Neurochirurgie*	1		0	0	1	1	0	0
Ophthalmologie*	2		1	8	0	2	3	6
ORL*	1		3	2	4	4	1	4
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		14	19	17	19	10	19
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	13		9	3	12	7	11	5
Santé publique et médecine sociale	5		2	0	3	3	4	3
Biologie médicale	2		7	8	3	6	5	5
Psychiatrie	5		12	15	10	12	9	7
Gynécologie-obstétrique	3		4	2	4	4	5	3
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	4		2	7	3	3	7	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	10		10	11	12	14	10	13
TOTAL GÉNÉRAL	98		97	100	103	117	85	101

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**CENTRE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES
INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	2		3	1	1	1		1
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		8	4	4	1	6	3
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	2		0	1	3
Endocrinologie et métabolismes*				0		0	3	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		1	1	1	2	1	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0	1	1		0
Hématologie*			1	1		0	2	2
Médecine interne*	4		3	2	1	1		0
Médecine nucléaire*				0		1	1	0
Médecine physique et réadaptation*	1			1		1		1
Néphrologie*			1	1	1	1	2	2
Neurologie*	1			0	1	1	1	2
Oncologie option : radiothérapie*				0	1	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*				0	1	1		1
Pneumologie*	4			1	1	1		2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	4		5	5	6	2	5	4
Rhumatologie	0		2	2		1	2	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	22		25	21	19	16	24	24
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	8		2	3	7	5	5	5
Neurochirurgie*	0			0	1	1		0
Ophthalmologie*	5			1	1	2		3
ORL*	1		1	1	1	2		2
Stomatologie*				0		2		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	14		3	5	10	12	5	10
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail			2	2		0	1	1
Santé publique et médecine sociale	3		1	0		0		0
Biologie médicale	1			4	1	3	5	2
Psychiatrie	3		8	5	3	1	7	7
Gynécologie-obstétrique	4		4	4	3	3	1	2
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	2		5	1	4	3	5	2
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		3	6	2	3	6	7
TOTAL GÉNÉRAL	52		51	48	42	41	54	55

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**CHAMPAGNE-ARDENNE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE
SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		1	0	0	1	0	0
Cardiologie et maladies vasculaires*	4		1	1	0	0	2	1
Dermatologie & vénéréologie*	1		3	2	2	2	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	1	1	2	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		2	1	1	1	1	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0		0	0	0	0
Hématologie*	0		0	0	0	0	1	0
Médecine interne*	2		2	2	1	0	0	0
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	0	0	0
Médecine physique et réadaptation*	0		0	0	1	1	0	0
Néphrologie*	0		0	0	0	0	0	0
Neurologie*	0		0	0	0	0	0	0
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	0	0	0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		0	0	0	1	0	0
Pneumologie*	3		0	0	2	2	0	0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	5		2	1	2	2	5	7
Rhumatologie	1		0	0	0	0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	19		13	8	10	12	14	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	2		6	7	6	6	2	3
Neurochirurgie*	0		0	0	0	0	0	0
Ophthalmologie*	2		0	1	3	0	0	2
ORL*	1		2	2	0	0	2	1
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	5		8	10	9	6	4	6
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	2		3	1	1	1	2	0
Santé publique et médecine sociale	2		1	2	1	1	1	1
Biologie médicale	0		0	0	0	1	1	1
Psychiatrie	4		1	2	2	2	6	3
Gynécologie-obstétrique	0		1	2	3	3	2	1
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	0		6	4	3	1	4	5
Anesthésiologie-réanimation Ch.	1		7	8	4	5	4	6
TOTAL GÉNÉRAL	33		40	37	33	32	38	37

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**FRANCHE-COMTÉ - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE
SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	0	1	1		0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		3	3	2	3	2	2
Dermatologie & vénéréologie*	2			0	2	1	1	1
Endocrinologie et métabolismes*	1		2	2		0	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		2	0	3	2	2	0
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*				0	1	0		1
Médecine interne*			2	1	1	4	1	1
Médecine nucléaire*			1	1		0	1	1
Médecine physique et réadaptation*				0		0		0
Néphrologie*	1			1		1	1	0
Neurologie*	1		1	0	1	1	0	1
Oncologie option : radiothérapie*	1			0		0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	1			0		0	1	1
Pneumologie*			2	2	2	0	1	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	3		3	0	2	2	5	2
Rhumatologie			1	1		0	2	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	14		18	11	15	15	19	12
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	5		9	4	7	11	4	4
Neurochirurgie*	1		1	0		0		0
Ophthalmologie*	3			0	1	4	2	1
ORL*			2	4	1	1	1	0
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	9		12	8	9	16	7	5
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		4	0	5	0	1	0
Santé publique et médecine sociale	1			0	1	1	1	0
Biologie médicale (médecins)	2		2	0	1	1	3	1
Psychiatrie	1		5	5	4	2	5	4
Gynécologie-obstétrique				2	4	1	5	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie			2	1	4	3	3	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		4	2	4	3	6	3
TOTAL GÉNÉRAL	33		47	29	47	42	50	29

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**HAUTE-NORMANDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE
SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3			1		0		0
Cardiologie et maladies vasculaires *	3		3	2	3	5	5	2
Dermatologie & vénéréologie *	5		2	4	3	2	2	1
Endocrinologie et métabolismes *	1			0	3	0	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie *	1		3	1	1	3	2	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire) *				0		0		0
Hématologie *			1	0		0		0
Médecine interne*			2	2		0		1
Médecine nucléaire *			1	0		1		1
Médecine physique et réadaptation *				0	1	1		0
Néphrologie *	1		2	2	2	2	1	3
Neurologie *			7	3		1	2	1
Oncologie option : radiothérapie *				1	1	0		0
Oncologie option : oncologie médicale *				0		0		0
Pneumologie *	3		4	1	3	2	1	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale *	4		7	7	5	3	4	2
Rhumatologie	1		3	3	1	0		1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	22		35	27	23	20	18	16
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale * (*)	9		6	4	6	6	11	8
Neurochirurgie *	1			0		0		1
Ophthalmologie *	3			1	2	1	2	3
ORL *	1		3	3	1	4	3	0
Stomatologie *			1	1		0	2	1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	14		10	9	9	11	18	13
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		4	2	5	3	5	2
Santé publique et médecine sociale	4		2	4	1	1		1
Biologie médicale	1			2		0	1	2
Psychiatrie	8		4	4	6	3	9	3
Gynécologie-obstétrique	1		1	2	5	5	5	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	3		4	2	6	3	5	6
Anesthésiologie-réanimation Ch.	8		5	5	9	4	6	7
TOTAL GÉNÉRAL	66		65	57	64	50	67	51

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

ÎLE-DE-FRANCE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	8		1	7	5	5	8	4
Cardiologie et maladies vasculaires*	33		23	37	38	39	21	29
Dermatologie & vénéréologie*	15		16	20	13	18	12	21
Endocrinologie et métabolismes*	8		12	8	11	16	10	12
Gastro-entérologie et hépatologie*	15		23	22	17	28	11	26
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	1	1	0	2
Hématologie*	6		7	10	10	11	6	8
Médecine interne*	22		18	27	16	26	10	23
Médecine nucléaire*	0		0	1	1	2	1	6
Médecine physique et réadaptation*	6		1	7	0	4	2	7
Néphrologie*	9		10	7	7	15	6	8
Neurologie*	20		10	25	16	17	13	23
Oncologie option : radiothérapie*	3		1	4	0	6	2	11
Oncologie option : oncologie médicale*	1		5	8	6	2	1	3
Pneumologie*	10		11	14	7	13	12	19
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	31		24	35	29	44	31	48
Rhumatologie	13		10	17	13	10	4	5
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	200		173	249	190	257	150	255
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	55		56	59	40	73	44	55
Neurochirurgie*	1		3	2	1	1	3	3
Ophthalmologie*	34		16	26	9	32	18	32
ORL*	16		21	14	11	26	14	13
Stomatologie*	0		0	1	0	3	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	106		96	102	61	135	79	103
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	19		24	22	23	17	35	20
Santé publique et médecine sociale	7		10	15	7	10	15	13
Biologie médicale	27		14	31	13	22	11	29
Psychiatrie	37		30	64	37	57	50	72
Gynécologie-obstétrique	9		17	25	16	19	10	27
Gynécologie médicale	0		0	0	0		0	
Pédiatrie	38		31	52	38	60	27	57
Anesthésiologie-réanimation Ch.	36		33	42	39	38	31	45
TOTAL GÉNÉRAL	479		428	602	424	615	408	621

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**LANGUEDOC-ROUSSILLON - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE
DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	4	1	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		2	4		4	3	2
Dermatologie & vénéréologie*	1		1	1	2	0	1	2
Endocrinologie et métabolismes*	3		3	4	2	4		2
Gastro-entérologie et hépatologie*	3		3	3	4	5	1	9
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*				0	1	0		0
Médecine interne*	2		2	5	4	3		2
Médecine nucléaire*	2		1	2		0		0
Médecine physique et réadaptation*			2	4	2	2	2	1
Néphrologie*				0	1	1	2	3
Neurologie*	1		1	2	4	4	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		1	1		1	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*				0	2	1	1	1
Pneumologie*	1		1	1		1	2	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		2	2	6	17	3	9
Rhumatologie	2		1	3	2	4		2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	21		21	33	34	48	19	40
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	18		17	16	6	5	7	6
Neurochirurgie*				0	1	1		1
Ophthalmologie*	2		2	4	3	3	3	5
ORL*	4		4	3		5	2	2
Stomatologie*				0		0		1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	24		23	23	10	14	12	15
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	5		5	0	4	2	5	3
Santé publique et médecine sociale	3		3	3		1		0
Biologie médicale			2	5	5	6	3	3
Psychiatrie	7		7	6	3	5	8	7
Gynécologie-obstétrique					3	2	4	3
Gynécologie médicale						0		
Pédiatrie	3		3	7	6	5	5	7
Anesthésiologie-réanimation Ch.	9		8	14	10	10	8	11
TOTAL GÉNÉRAL	72		72	91	75	93	64	89

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**LIMOUSIN - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0		0
Cardiologie et maladies vasculaires*	2		2		2	2		1
Dermatologie & vénéréologie*	0		2	1	1	0	2	1
Endocrinologie et métabolismes*	0		1	1	1	1	2	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	0		1	1	0	0	3	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0		0
Hématologie*	0		1	0	1	1		0
Médecine interne*	3		0	0	1	1		0
Médecine nucléaire*	1		0	0	0	0		0
Médecine physique et réadaptation*	0		1	1	1	0	1	1
Néphrologie*	1		3	2	1	0	1	0
Neurologie*	2		0	1	1	0	1	0
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	1	1	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		0	0	0	0		0
Pneumologie*	1		0	0	0	0		0
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		1	1	2	1	2	5
Rhumatologie	2		2	1	1	0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	17		15	11	14	7	13	12
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	2		4	3	2	3	3	4
Neurochirurgie*	0		0	1	0	0		0
Ophthalmologie*	1		0	0	2	2		1
ORL*	0		0	0	3	3	1	0
Stomatologie*	0		0	0	0	1		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	3		4	4	7	9	4	5
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	3		5	1	5	0	2	1
Santé publique et médecine sociale	2		0	0	0	0		0
Biologie médicale	3		2	0	4	0	3	2
Psychiatrie	3		3	2	4	4	2	3
Gynécologie-obstétrique	1		1	1	1	2	2	1
Gynécologie médicale	0		0		0			
Pédiatrie	1		1	1	3	2		1
Anesthésiologie-réanimation Ch.	3		3	1	2	3	4	2
TOTAL GÉNÉRAL	36		34	21	40	27	30	27

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**LORRAINE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*			2	1	2	2	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*								
Dermatologie & vénéréologie*	3			2	3	3	2	2
Endocrinologie et métabolismes*	3			1	3	1	2	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	2	2	2		1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	1			0		0		0
Hématologie*	1			0		0	1	0
Médecine interne*			3	1	1	3		1
Médecine nucléaire*				0		2	1	2
Médecine physique et réadaptation*	3		3	2	1	1	1	0
Néphrologie*	1			1	2	0	2	1
Neurologie*	1		2	2	2	0	2	4
Oncologie option : radiothérapie*			1	1	2	0	1	0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	1	3	1	1	2
Pathologie cardio-vasculaire	4		4	6	3	3	4	8
Pneumologie*	5		3	3	2	2	4	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	5		2	6	10	7	3	7
Rhumatologie	2		1	0	1	3	2	0
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	32		24	29	37	30	27	33
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	15		8	7	14	11	16	10
Neurochirurgie*	1		1	0		1		0
Ophthalmologie*	4		2	3	3	3		0
ORL*			1	1	2	2	2	0
Stomatologie*				0		0		1
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	20		12	11	19	17	18	11
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	7		6	4	9	2	5	4
Santé publique et médecine sociale			3	2	2	1	1	0
Biologie médicale	4		2	3		2	2	3
Psychiatrie	11		7	6	6	7	7	4
Gynécologie-obstétrique	2			0	1	3	2	0
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	11		5	7	4	3	5	3
Anesthésiologie-réanimation Ch.	10		5	12	11	11	8	12
TOTAL GÉNÉRAL	97		64	74	89	76	75	70

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

MIDI-PYRÉNÉES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3		6	4	1	3	1	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	6		4	10	9	13	5	8
Dermatologie & vénéréologie*	5		3	2	4	4	1	4
Endocrinologie et métabolismes*	5		2	3	4	2	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie*	7		4	3	1	2	4	4
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	1	1
Hématologie*	0		0	0	0	1	0	0
Médecine interne*	3		2	3	1	3	4	2
Médecine nucléaire*	1		0	1	0	2	0	1
Médecine physique et réadaptation*	1		1	1	2	1	2	2
Néphrologie*	3		2	2	3	3	2	3
Neurologie*	4		5	3	2	9	2	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	2	1	0	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	0	2	2	3	0
Pneumologie*	3		2	5	3	1	1	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	5		10	5	3	7	9	6
Rhumatologie	3		2	3	2	2	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	51		44	47	38	55	38	43
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	9		8	11	6	7	5	6
Neurochirurgie*	1		0	0	0	0	0	2
Ophthalmologie*	2		1	1	3	4	0	2
ORL*	0		1	0	2	1	1	4
Stomatologie*	1		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	13		10	12	11	12	6	14
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	8		5	3	11	3	4	1
Santé publique et médecine sociale	5		1	4	7	1	3	3
Biologie médicale	6		7	4	7	1	7	2
Psychiatrie	6		7	11	7	9	5	8
Gynécologie-obstétrique	4		5	5	4	6	3	3
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	6		11	9	5	8	7	13
Anesthésiologie-réanimation Ch.	0		7	10	6	8	9	7
TOTAL GÉNÉRAL	99		97	105	96	103	82	94

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

NORD - PAS-DE-CALAIS - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	Inscripti on au Conseil	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	3		1	2	2	2	3	3
Cardiologie et maladies vasculaires*	9		8	13	6	3	15	15
Dermatologie & vénéréologie*	1		4	4	6	6	2	3
Endocrinologie et métabolismes*	4		5	3	3	3	5	4
Gastro-entérologie et hépatologie*	5		4	4	6	7	2	2
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*	2		3	0	4	4	4	0
Médecine interne*	3		6	3	4	4	4	3
Médecine nucléaire*	2		2	3	1	3	3	1
Médecine physique et réadaptation*	2		3	3	2	1	2	1
Néphrologie*	5		2	2	1	1	5	2
Neurologie*	7		5	6	3	2	5	6
Oncologie option : radiothérapie*				0	3	1		0
Oncologie option : oncologie médicale*	1		3	1	3	1		0
Pneumologie*	5		7	6	9	3	4	4
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	16		13	15	15	22	19	26
Rhumatologie	2		1	1	3	3	1	2
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	67		67	66	71	66	74	72
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	22		20	19	13	17	23	16
Neurochirurgie*	1			0	1	2		0
Ophtalmologie*	4		4	2	8	5	4	5
ORL*	3		3	4	2	4	3 dont 2 pas thèses	0
Stomatologie*				0	1	1		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	30		27	25	25	29	30	21
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	16		13	7	18	4	10	5
Santé publique et médecine sociale	2		4	4	3	0	2	3
Biologie médicale	11		6	6	6	5	2	4
Psychiatrie	14		21	13	22	20	14	15
Gynécologie-obstétrique	9		8	7	6	6	8	10
Gynécologie médicale				0		0		
Pédiatrie	17		9	6	16	10	8	10
Anesthésiologie-réanimation Ch.	18		26	20	19	20	17	26
TOTAL GÉNÉRAL	184		181	154	186	160	165	166

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

PAYS DE LA LOIRE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		1	1	1	0	1	2
Cardiologie et maladies vasculaires*	5		3	6	9	5	4	5
Dermatologie & vénéréologie*	5		3	2	3	4	1	4
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	2	2	2	3	4
Gastro-entérologie et hépatologie*	7		1	2	6	3	5	4
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	1	0	0	1	1
Hématologie*	1		0	0	2	3	0	0
Médecine interne*	1		2	3	3	2	3	3
Médecine nucléaire*	0		0	0	0	2	0	0
Médecine physique et réadaptation*	3		1	0	4	1	1	3
Néphrologie*	3		0	1	3	3	2	3
Neurologie*	3		1	2	0	1	4	4
Oncologie option : radiothérapie*	0		0	0	3	3	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	2		3	2	0	1	1	1
Pneumologie*	5		2	2	2	4	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	6		3	5	3	5	7	5
Rhumatologie	4		0	1	1	2	5	3
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	48		21	30	42	41	41	44
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		15	12	12	7	11	18
Neurochirurgie*	1		0	0	0	0	1	0
Ophthalmologie*	2		3	2	1	5	4	4
ORL*	5		1	1	3	3	2	3
Stomatologie*	0		1	1	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	20		20	16	16	15	18	25
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	4		10	1	6	0	10	3
Santé publique et médecine sociale	3		0	0	3	0	2	2
Biologie médicale	4		5	2	1	3	3	2
Psychiatrie	8		7	10	9	8	10	14
Gynécologie-obstétrique	3		3	2	3	6	2	4
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	4		2	4	4	4	6	7
Anesthésiologie-réanimation Ch.	7		10	7	13	15	10	13
TOTAL GÉNÉRAL	101		78	72	100	92	102	114

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(1) Données fournies par la faculté de Nantes uniquement.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**PICARDIE - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS
AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*			1	0		0	2	2
Cardiologie et maladies vasculaires*			5	6		4	8	3
Dermatologie & vénéréologie*	2		2	2	2	1	1	0
Endocrinologie et métabolismes*	2		1	1	1	1		1
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		1	0	3	2	1	1
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*				0		0		0
Hématologie*			1	0		1		0
Médecine interne*			2	0	1	2		0
Médecine nucléaire*				0	1	0		0
Médecine physique et réadaptation*	2			0		1		0
Néphrologie*	2			0		0	1	1
Neurologie*	1			0	1	3	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1			0		0		0
Oncologie option : oncologie médicale*				0		0		0
Pneumologie*	2			0	2	2	1	1
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	4		5	2	5	2	8	1
Rhumatologie			2	2		0	1	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	17		20	13	16	19	24	13
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	7		6	6	8	8	4	7
Neurochirurgie*	1			0		0		0
Ophthalmologie*	3		2	2	4	3		2
ORL*	1		3	1		2		3
Stomatologie*				0		0		0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	12		11	9	12	13	4	12
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail			1	2	2	0	3	2
Santé publique et médecine sociale	2			0	2	2	2	0
Biologie médicale	4		3	1	2	0	3	3
Psychiatrie	5		3	7	2	3	6	6
Gynécologie-obstétrique	4		2	2		1	3	1
Gynécologie médicale								
Pédiatrie	2		2	2	1	2	2	4
Anesthésiologie-réanimation Ch.	2		7	5	4	4	12	6
TOTAL GÉNÉRAL	48		49	41	41	44	59	47

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**POITOU-CHARENTES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE
SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		1	0	0	1	2	1
Cardiologie et maladies vasculaires*	0		1	3	2	1	1	3
Dermatologie & vénéréologie*	2		1	2	1	1	0	1
Endocrinologie et métabolismes*	0		1	0	1	1	1	0
Gastro-entérologie et hépatologie*	2		2	0	1	3	0	0
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		0	0	0	0	0	0
Hématologie*	1		0	0	0	1	0	0
Médecine interne*	1		1	1	0	0	1	0
Médecine nucléaire*	1		0	0	0	0	1	0
Médecine physique et réadaptation*	1		2	1	0	1	0	0
Néphrologie*	1		2	2	1	1	0	0
Neurologie*	0		2	2	0	0	1	0
Oncologie option : radiothérapie*	0		1	0	0	1	1	1
Oncologie option : oncologie médicale*	1		1	1	1	1	0	1
Pneumologie*	2		1	1	1	1	1	2
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	2		4	5	4	2	3	4
Rhumatologie	1		1	1	0	0	0	1
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	15		21	19	12	15	12	14
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	8		6	7	8	4	6	4
Neurochirurgie*	0		0	0	1	1	2	1
Ophthalmologie*	3		2	1	2	3	1	3
ORL*	1		0	2	2	1	1	0
Stomatologie*	0		0	0	1	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	12		8	10	14	9	10	8
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	0		0	2	0	0	0	2
Santé publique et médecine sociale	0		0	1	0	0	1	0
Biologie médicale	5		3	3	4	4	4	0
Psychiatrie	7		6	1	5	3	6	6
Gynécologie-obstétrique	2		3	4	2	1	3	2
Gynécologie médicale	0		0		0	0	0	
Pédiatrie	3		1	1	1	2	1	1
Anesthésiologie-réanimation Ch.	5		3	4	3	4	8	6
TOTAL GÉNÉRAL	49		45	45	41	38	45	39

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

**PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET
NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION**

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	0		2	1	5	7	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires*	3		8	5	10	12	8	12
Dermatologie & vénéréologie*	3		6	5	5	4	9	7
Endocrinologie et métabolismes*	5		3	5	4	5	5	5
Gastro-entérologie et hépatologie*	1		5	8	0	2	7	9
Génétique médicale (clinique, chromosomique & moléculaire)*	0		1	0	0	1	2	1
Hématologie*	0		0	1	0	1	0	0
Médecine interne*	2		5	3	5	6	5	2
Médecine nucléaire*	0		0	0	1	1	1	1
Médecine physique et réadaptation*	0		2	3	2	2	0	1
Néphrologie*	2		2	3	0	1	3	1
Neurologie*	0		4	3	2	3	1	2
Oncologie option : radiothérapie*	1		0	0	5	3	2	0
Oncologie option : oncologie médicale*	0		1	0	3	6	1	0
Pneumologie*	6		3	3	3	3	3	3
Radiodiagnostic et Imagerie médicale*	6		11	11	14	21	7	11
Rhumatologie	2		3	2	2	2	4	4
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	31		56	53	61	80	62	62
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	12		21	19	12	15	14	14
Neurochirurgie*	0		0	1	1	1	2	1
Ophthalmologie*	2		10	13	3	6	4	9
ORL*	2		3	4	4	5	4	4
Stomatologie*	0		0	0	0	0	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	16		34	37	20	27	24	28
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	4		12	9	11	5	15	7
Santé publique et médecine sociale	1		3	5	1	2	5	5
Biologie médicale	5		7	8	8	9	8	8
Psychiatrie	9		7	19	10	23	10	10
Gynécologie-obstétrique	1		1	4	2	2	3	12
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	7		7	7	3	7	13	19
Anesthésiologie-réanimation Ch.	7		13	24	14	22	17	15
TOTAL GÉNÉRAL	81		140	166	130	177	157	166

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

RHÔNE-ALPES - NOMBRE DE SPÉCIALISTES AYANT VALIDÉ UN DES QUALIFIANT ET NOMBRE DE SPÉCIALISTES INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE AU 31 OCTOBRE DE L'ANNÉE DANS LA RÉGION

	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**	DES validé	CO**
	2000		2001		2002		2003	
SPÉCIALITÉS MÉDICALES								
Anatomie et cytologie pathologiques*	1		4	5	3	4	2	2
Cardiologie et maladies vasculaires*	17		11	16	7	13	15	17
Dermatologie & vénéréologie*	8		7	5	8	9	6	8
Endocrinologie et métabolismes*	6		7	7	5	4	0	1
Gastro-entérologie et hépatologie*	9		7	11	5	5	7	8
Génétique médicale*	1		1	1	0	0	0	0
Hématologie*	1		1	4	0	3	1	1
Médecine interne*	5		6	7	8	7	6	6
Médecine nucléaire*	1		1	1	1	1	1	1
Médecine physique et réadaptation*	3		1	4	1	1	2	3
Néphrologie*	4		2	4	3	3	2	3
Neurologie*	7		3	5	6	7	5	6
Oncologie option : radiothérapie*	0		1	1	2	1	0	0
Oncologie option : oncologie médicale*	3		3	3	0	1	3	2
Pneumologie*	8		6	9	5	4	3	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale*	15		14	17	15	23	21	20
Rhumatologie	5		6	8	4	2	2	4
SPÉCIALITÉS MÉDICALES TOTAL	94		81	108	73	88	76	86
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES								
Chirurgie générale* (*)	25		25	23	21	28	15	17
Neurochirurgie*	3		0	0	1	1	1	2
Ophthalmologie*	7		7	8	10	10	8	2
ORL*	2		6	9	3	5	6	7
Stomatologie*	0		0	1	0	1	0	0
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES TOTAL	37		38	41	35	45	30	28
AUTRES SPÉCIALITÉS								
Médecine du travail	22		23	10	23	7	25	7
Santé publique et médecine sociale	6		3	4	2	3	3	4
Biologie médicale	8		5	10	7	5	11	7
Psychiatrie	19		22	19	18	22	17	20
Gynécologie-obstétrique	4		5	8	5	9	3	6
Gynécologie médicale	0		0		0		0	
Pédiatrie	12		14	13	14	16	11	20
Anesthésiologie-réanimation Ch.	22		18	24	14	19	28	20
TOTAL GÉNÉRAL	224		209	237	191	214	204	198

* Concernent les étudiants admis définitivement en DES.

(*) Tout ou partie des effectifs se répartissent ensuite dans différents DESC de spécialités chirurgicales. L'analyse finie de cette répartition est consultable sur le site de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

** Inscription au Conseil de l'ordre.

PRINCIPALES SOURCES NATIONALES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL OU L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pascale BREUIL

Bureau des professions de santé/DREES

La présente note, rédigée à la demande de l'Observatoire, vise à préciser les sources existantes en matière de temps de travail ou, pour les professionnels libéraux, d'activité.

L'enquête emploi de l'INSEE est la seule source permettant d'avoir une information sur le temps de travail des professionnels de santé quel que soit leur statut (libéral, salarié hospitalier ou non, du public ou privé). Elle permet également de retracer l'évolution de ce temps de travail depuis plus d'une dizaine d'années. Elle constitue ainsi une source statistique incontournable, notamment à des fins de comparaisons (d'un statut à l'autre, dans le temps...). S'agissant d'une enquête par sondage, elle ne permet toutefois d'étudier isolément que les professions les plus nombreuses. De plus, l'information sur le temps de travail qu'elle collecte porte sur une semaine (la dernière semaine travaillée, ou une semaine habituelle) et non sur l'année (jusqu'en 2003, elle ne tenait donc pas compte des jours de congés supplémentaires liés à la RTT...). Enfin, cette information est déclarée par l'enquêté, et peut inclure du temps de travail supplémentaire non rémunéré. Les statistiques sur le temps de travail tirées de l'enquête emploi gagnent à être complétées par des informations tirées de sources administratives, renseignant cette fois sur le temps de travail rémunéré. Pourraient notamment être exploitées dans ce but :

- les déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE, portant sur l'ensemble des salariés, mais avec un détail assez faible sur les professions (en particulier pour le public) ;
- la statistique annuelle sur les établissements (SAE) de la DREES, qui comporte des informations, déclarées par les établissements sur les personnels équivalents temps plein du secteur hospitalier public ou privé ;
- les enquêtes SPE ou « Coûts et carrières » de la DHOS, qui, bien que portant sur le seul secteur hospitalier public, ont l'avantage de contenir des informations directement extraites des logiciels de paie.

Bien sûr, l'enquête emploi et les sources administratives n'ont aucune raison d'aboutir à un temps de travail identique, puisque le temps de travail mesuré n'est pas le même dans les deux cas (temps effectivement travaillé dans l'enquête emploi, et temps rémunéré dans les autres sources¹), ni n'est exprimé dans la même unité (en nombre d'heures dans le cas de l'enquête emploi ou des DADS, en ETP sans information sur le temps de travail de référence dans les sources du ministère en charge de la Santé), ni ne concerne la même unité statistique².

1. Qui tient compte par exemple du fait que la rémunération des temps partiels peut être plus que proportionnelle au temps de travail effectué, ou que les personnels en congé de maladie ou de maternité sont rémunérés.

2. L'unité statistique est la personne dans l'enquête emploi, la personne dans un établissement dans les sources du ministère chargé de la Santé. Ainsi, un médecin ayant deux mi-temps dans deux établissements de santé se déclare comme travaillant à plein temps dans l'enquête emploi, mais est comptabilisé comme deux personnes travaillant à mi-temps dans les sources du ministère, d'où des calculs de temps de travail moyen différents.

Sur l'activité des professionnels de santé libéraux, les sources disponibles sont celles des régimes d'assurance-maladie, en particulier le SNIR qui renseigne annuellement sur l'activité en volume et en valeur de chaque professionnel pour l'ensemble des régimes d'assurance-maladie, et l'Observatoire de l'activité des professionnels de santé, qui ne porte que sur l'activité au profit des seuls assurés du régime général, mais permet d'observer en détail cette activité jour par jour, depuis le 01.01.2000.

SOURCE	UNITÉ STATISTIQUE ET CHAMP	PROFESSIONS CONCERNÉES (AVEC DÉTAIL DISPONIBLE SUR LES QUALIFICATIONS)	PRINCIPALES INFORMATIONS SUR LES PROFESSIONNELS	MESURE DU TEMPS DE TRAVAIL/VOLU- ME D'ACTIVITÉ	CHAMP	DÉTAIL GÉOGRAPHIQUE DISPONIBLE
					LIBÉRAL PUBLIC HOSPITALIER SALARIÉ NON HOSPITALIER	
SOURCES SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS						
ENQUÊTE EMPLOI (INSEE) ANNUELLE	UNITÉ STATISTIQUE : individu (actifs ou non), avec des informations sur tous les individus de plus de 15 ans d'un même ménage CHAMP: personnes de plus de 15 ans résidant en ménage ordinaire (hors maison de retraite...).	Nomenclature des professions (PCS) à 4 chiffres (seules les professions nombreuses sont isolées) : médecins libéraux spécialistes, médecins libéraux généralistes, médecins hospitaliers, médecins salariés non hospitaliers, chirurgiens-dentistes, pharmaciens libéraux, pharmaciens salariés, cadres infirmiers et assimilés, infirmiers psychiatriques, puéricultrices, infirmiers spécialisés autres, infirmiers en soins généraux salariés, infirmiers libéraux, spécialistes de la rééducation et diététiciens salariés, spécialistes de la rééducation et pédicures libéraux, techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical salariés, spécialistes de l'appareillage médical indépendants, préparateurs en pharmacie, AS, ASH, ambulanciers salariés.	Catégorie socio- professionnelle, secteur d'activité économique, statut, temps de travail, salaire, temps de travail, chômage, recherche d'emploi, formation et diplômes (généraux), logement, origine et mobilité géographique, situation de l'armée précédente et antérieure	Temps de travail déclaré (réponses aux questions : « Quel nombre d'heures M... effectue-t-il habituellement par semaine ? » et/ou « la semaine dernière (du lundi au dimanche) combien d'heures de travail M... a-t-il réellement accompli dans sa profession principale ? »).	X X X X	Enquête non représentative au niveau régional (mais informations disponibles sur la région ou le type d'unité urbaine de la commune de résidence – et non de travail – de l'enquête).
Pour mémoire : ADELI (DREES) Source administrative issue de l'enregistrement des diplômes des professionnels de santé en DDASS. Données annuelles depuis le 01.01.84 (médecins) ou le 01.01.99 (autres).	UNITÉ STATISTIQUE : professionnel CHAMP: professions réglementées par le Code de la santé publique (ou de l'action sociale).	Médecins pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithé- rapeutes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures podologues, ergothérapeu- tes, audioloprothésistes, opticiens lunetiers, manipulateurs ERM. + Détail par qualification fine (spécialité ou spécialisation, cadre...).	Identification et qualifications du professionnel, situation professionnelle, activités exercées (établissement, lieu, secteur activité, statut...).	Aucune (pour les médecins hospitaliers du secteur public uniquement, distinction PHPT/PHTP).	X X X X	Adresse précise des lieux d'exercice : établissements identifiés par leur numéro FINES.

SOURCES SUR LES LIBÉRAUX

SNIR (CNAMTS) Source administrative issue de la liquidation. Source annuelle au 31-12 Disponible annuellement depuis 1974.	UNITÉ STATISTIQUE : professionnel (hors remplaçants, l'activité de ces derniers étant attribuée aux remplaçés). CHAMP : professionnels ayant eu au moins un euro d'honoraire remboursé dans l'année, pour leur activité auprès des patients de l'ensemble des régimes.	Médecins (hors biologistes, avec 25 spécialités détaillées dans les publications, correspondant à des regroupements de qualifications), chirurgiens-dentistes, sages-femmes, paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures), laboratoires d'analyse médicale, sociétés de transport sanitaire. Les pharmaciens ne figurent pas.	Activité du professionnel : mode d'activité (libéral et salariat, fonctions hospitalières, secteur conventionnel, lieu d'exercice...), détail des actes et prescriptions en volume et en valeur ; informations sur les patients (âge, régime, IJ, TM).	Activité en volume du professionnel : également : distinction possible entre les libéraux exerçant le professionnell exerçant également une activité salariée (parmi lesquels les PHTP avec activité libérale à l'hôpital, qu'il est possible d'isoler).	X	€	€	CPAM, département, région dans la base nationale, détail plus important disponible dans les bases des CPAM (ou CRAM ?).
OBSERVATOIRE DE L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (basé sur ERASME) (CNAMTS) Source administrative issue de la liquidation. Données quotidiennes depuis le 01.01.2000 ³ .	UNITÉ STATISTIQUE : professionnel (hors remplaçants, l'activité de ces derniers étant attribuée aux remplaçés). CHAMP : Professionnels ayant eu au moins un euro d'honoraire présenté au remboursement dans l'année pour leur activité auprès des patients du régime général.	<i>Id.</i> SNIR.	Nombre de professionnels ayant effectué un acte remboursé un jour donné, nature et nombre d'actes effectués (pour les patients du régime général), bénéficiaires de ces actes (sexe, âge, taux de prise en charge).	Répartition sur l'année des journées de travail (i.e. ayant donné lieu à un acte présenté au remboursement).	X	€	€	Région pour la base nationale.

SOURCES SUR LES SALARIÉS

DONNÉES ANNUELLES DE DONNÉES SOCIALES (INSEE) Source administrative issue des déclarations des employeurs aux organismes sociaux (ou à l'État). Échantillon annuel au 1/25 et au 1/12 à partir de 2002.	UNITÉ STATISTIQUE : salarié. CHAMP : salariés du public et du privé rémunérés dans l'année dans l'ensemble des secteurs de l'économie française.	Profession selon la nomenclature des professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) en deux positions (public) ou 4 positions (privé) [cf. rubrique «enquête emploi»].	Informations sur le salarié (nature de l'emploi, périodes d'emploi, temps de travail rémunéré et rémunération) et l'établissement (secteur d'activité principal, SIRET, nb salariés...).	Heures rémunérées , comprenant à la fois les heures normales supplémentaires ou complémentaires quand il s'agit de personnes à temps partiel, sans distinction possible.		X	X	X	Établissement (repeté par son SIRET), région.
--	--	---	--	---	--	---	---	---	---

3. CNAMTS : « Le secteur libéral des professions de santé en 2001 », Carnets statistiques n° 109, 2003.
4. CNAMTS : « Les infirmières libérales : durée du travail et productivité entre 2000 et 2002 », « L'évolution de l'offre de soins libérale en médecine générale entre 2000 et 2002 », Point de conjoncture n° 6 et 9 (octobre 2002 et 9 février 2003).

SOURCES SUR LES HOSPITALIERS					
STATISTIQUE ANNUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (DREES)	UNITÉ STATISTIQUE : établissement de santé (ou entité juridique). Pas d'information par professionnel, mais seulement des statistiques agrégées.	Personnels médicaux : depuis 2000, spécialité principale d'exercice (selon la nomenclature de l'arrêté de juillet 1999 en une quarantaine de postes). Personnels non médicaux : surveillants et cadres infirmiers, surveillants et cadres autres, infirmiers D.E., infirmiers psychiatriques, infirmiers spécialisés (par spécialisation), AS, aides médico-psychologiques, auxiliaires de puériculture, ASH, psychologues, sages-femmes, masseurs-kinés, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, autres services de rééducation, techniciens de laboratoires, personnels des services de pharmacie, manipulateurs ERM, autres pers. médico-techniques.	Information très détaillée sur l'établissement (identification, n°FINESS, statut, activité : hospitalisation complète ou partielle, activités soumises à autorisation, activités du secteur opératoire, personnels).	ETP moyens rémunérés. Effectifs temps plein, partiel et ETP (par sexe, statut pour le public), effectifs des libéraux (par sexe, temps plein ou non pour le privé) : ETP par groupes de disciplines d'équipement...	Adresse précise de l'établissement ou de l'entité juridique.
Enquête annuelle, dont le volet personnel a été revu à compter de l'édition au 31.12.2000 ⁵ .	CHAMP (données sur le personnel) : personnels (de santé ou non) des établissements de santé publics ou privés, rémunérés par l'entité (de santé ou non) dans l'année, ainsi que médecins libéraux.			(X)	X
					X
					X
ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL À L'HÔPITAL (DREES)	UNITÉ STATISTIQUE : établissement de santé (de santé ou non). CHAMP : ensemble des personnels (de santé ou non) actifs des établissements de santé publics ou privés pratiquant une activité d'hospitalisation complète, y compris médecins libéraux.	Professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) à 4 positions [cf. rubrique « enquête emploi »].	Conditions et organisation du travail, temps de travail, opinion sur l'impact de la RTT. Possibilité d'une information détaillée sur l'établissement (repéré par son numéro FINESS).	Nombre d'heures de travail de la semaine précédente (déclarées par l'enquête). Rythmes de travail (description des cycles de travail, jours de travail, des périodes de travail dans la journée (heure de début et de fin) ; mode de détermination des horaires : questions spécifiques sur les gardes et astreintes.	National, Île-de-France- vs. province (analyse à un niveau plus fin non significative à cause la taille de l'échantillon).

5. Thomson (E.), « Statistique annuelle des établissements de santé », 1999, Document de travail n° 27, septembre 2001 ; « SAE 2001 – Aide au remplissage définitions, consignes » (DREES/BES/oi/205).

SOURCES SUR LES HOSPITALIERS (SUITE)						
SPE (DREES)	UNITÉ STATISTIQUE : établissement (effectifs). CHAMP (données sur le personnel) : personnels de santé ou non, titulaires de la FPH sur postes permanents ou non titulaires sur poste permanent (personnels rémunérés par l'entité juridique, y compris mis à disposition d'une autre entité ou détachés dans l'entité).	Identification établissement, indice nouveau majoré, effectifs temps partiel et plein par sexe pour les titulaires et les non-titulaires.	Quotité de temps de travail rémunéré : temps plein, temps partiel, ETP par sexe, corps, grade, échelon.	×	×	Établissement (repéré par le numéro FINESS?).
COÛTS ET CARRIÈRE (DHOS) Enquête non représentative menée tous les 5 ans (sur 5 ans) auprès de 118 établissements (pour l'édition 1997-2001), à partir d'extraction des fichiers de paie.	UNITÉ STATISTIQUE : établissement de santé (effectifs agréés par corps, grade, échelon). CHAMP (données sur le personnel) : personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé.	Personnels médicaux : PHTP, PHPT, autres praticiens, praticiens en formation. Personnels non médicaux : personnels de direction et administratifs, infirmiers, aides-soignants, autre personnel des services de soins, personnels éducatifs et sociaux, personnels médico-technique, personnels techniques et ouvriers.	Quotité de temps de travail rémunéré : temps plein, temps partiel, ETP (par sexe, corps, grade, échelon).	×		Établissement (repéré par le numéro FINESS?).
Pour mémoire SIGMED (DHOS) Source administrative utilisée pour la gestion des praticiens hospitaliers. Annuelle depuis 2000 sous cette forme (avant : GEPRHOS).	UNITÉ STATISTIQUE : professionnel . CHAMP : praticiens hospitaliers du secteur public (PHTP et PHPT), ne contient pas pour l'instant les assistants, vacataires, attachés, contractuels, PUPH...	Spécialité et discipline du concours de praticien hospitalier (qui peuvent différer des spécialités « usuelles »). Médecins, odontologistes, pharmaciens. Pas possible de faire la distinction pour les biologistes entre médecins et pharmaciens.	Distinction PH à temps plein et PH à temps partiel.	×		Établissement (mais lien difficile avec FINESS).

SOURCES SUR LES AUTRES SECTEURS									
ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES (DREES) Dernière enquête sur les situations au 31.12.2003.	UNITÉ STATISTIQUE : établissement; personnel pour le volet personnel. Champ (pour les personnels) : ens. des personnels en fonction, dans le public (titulaire ou non) et le privé.		Médecin généraliste, médecin coordonnateur, médecin en rééducation fonctionnelle, psychiatre, autre spécialiste infirmier, cadre infirmier, psychiatrique, cadre infirmier psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, rééducateur en psychomotricité, aide soignant, autre personnel paramédical.	Informations sur la structure, son activité, les personnels, les patients et les sorties de patients, les pathologies, la morbidité.	Micro-données sur les personnels avec les équivalents temps plein (et le sexe, l'âge, le statut, le type de service, les rythmes de travail, le type d'accord 35 heures en 6 modalités).			X	Établissement (mais lien difficile avec FINES).

LES STATUTS DES PERSONNELS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Michelle DURET
DHOS

L'exercice de la médecine à l'hôpital est caractérisé par la multiplicité des catégories et la diversité des situations, ce qui fait du statut des médecins hospitaliers l'un des plus complexes. Agents publics et non fonctionnaires pour la majorité d'entre eux, les personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont régis par différents statuts, selon le type de fonction qu'ils exercent et le type d'établissement où ils exercent ainsi que leur mode de recrutement. Les personnels enseignants et hospitaliers relèvent selon le cas :

- du décret n° 84-135 du 24/02/1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ; il s'agit soit de personnels titulaires (corps des professeurs des universités praticiens hospitaliers et corps des maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers), soit de personnels non titulaires (chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires) ou bien de praticiens hospitaliers universitaires exerçant leurs fonctions à titre temporaire.
- du décret n° 90-92 du 24/01/1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire des centres hospitaliers et universitaires (personnels titulaires : professeurs des universités praticiens hospitaliers des centres de soins et de recherche dentaire et maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers des centres de soins et de recherche dentaire et des personnels non titulaires : assistants hospitaliers universitaires des centres de soins et de recherche dentaire).

Les autres personnels médicaux hospitaliers relèvent d'un statut de titulaires ou de contractuels. Pour les titulaires, il existe deux statuts : les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps plein (décret n° 84-131 du 24/02/1984) et les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps partiel (décret n° 85-384 du 29/03/1985).

Ces statuts prévoient des rémunérations et des cotisations au régime de retraite complémentaire calculées sur des bases différentes, la possibilité pour les seuls praticiens exerçant à temps plein d'exercer une activité libérale à l'hôpital ainsi que des niveaux de nomination et de gestion différents (niveau national pour les temps plein et niveau régional pour les temps partiel).

Les contractuels, qui sont recrutés par les établissements hospitaliers dans le cadre des emplois qui leur sont affectés, relèvent de quatre statuts qui distinguent : les assistants et les assistants associés (décret n° 87-788 du 28/09/1987) ; les praticiens contractuels (décret n° 93-701 du 27/03/1993) ; les praticiens adjoints contractuels (décret n° 95-569 du 06/05/1995) ; les praticiens attachés et praticiens attachés associés (décret n° 2003-769 du 01/08/2003).

En outre les établissements hospitaliers emploient des médecins étrangers à diplômes non européens sur des postes de faisant fonction d'internes (FFI) ou d'attachés associés. À noter que depuis la loi du 27 juillet 1999 le recrutement de nouveaux médecins à diplômes étrangers, qui n'avaient pas déjà exercé ces fonctions dans un établissement hospitalier avant la publication de la loi, n'est plus autorisé.

SCHÉMAS DES ÉTUDES MÉDICALES

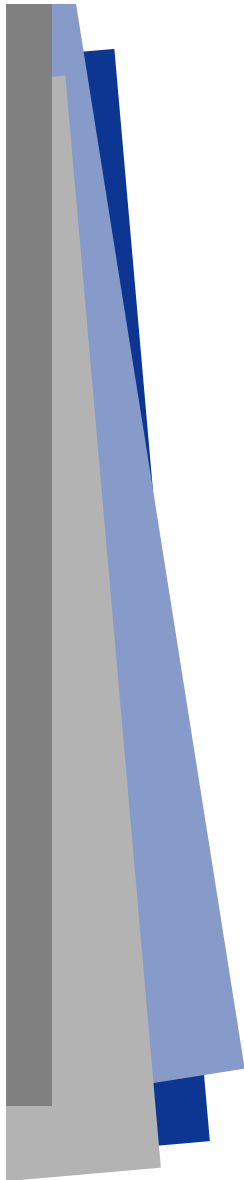
BACCALAURÉAT

ÉTUDIANTS ÉTRANGERS
 Décret 2004-67 du 16 janvier 2004
1^{er} cycle - 2 ans**PCEM 1**(premier cycle d'études médicales, 1^{re} année)
 Sciences fondamentales et sciences humaines et sociales
 Concours
 Stage d'initiation aux soins
Numerus clausus**PCEM 2**(premier cycle d'études médicales, 2^e année)
 Sciences fondamentales, séméiologie, langue étrangère
 Stage d'initiation aux fonctions hospitalières
2^e cycle - 4 ans**DCEM 1**(deuxième cycle d'études médicales, 1^{re} année)
 Sciences fondamentales, séméiologie, langue étrangère
 Stage d'initiation aux fonctions hospitalières
 Validation des stages P2/D1 obligatoire
 pour passage en D2
DCEM 2**DCEM 3****DCEM 4**
 Participation à l'activité hospitalière
 Enseignement de la pathologie et de la thérapeutique
Certificat de synthèse clinique et thérapeutique

CONCOURS NATIONAL CLASSANT

(arrêté du ministère de la Santé et de la Protection sociale du 29 janvier 2004)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Spécialités médicales	Anesthésie-réanimation	Pédiatrie	Psychiatrie	Santé publique	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine générale	Spécialités chirurgicales	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
DES de :	DES d'anesthésie-réanimation	DES de pédiatrie	DES de psychiatrie	DES de santé publique	DES de médecine du travail	DES de gynécologie médicale	DES de médecine générale	DES de :	DES de biologie médicale	DES de gynécologie obstétrique
Anatomie & cytologie pathologiques								Chirurgie générale	DESC ouverts aux DES de biologie médicale :	
Cardiologie & maladies vasculaires								Neuro-chirurgie	Biochimie hormonale & métabolique	
Dermatologie & vénéréologie								Ophthal-mologie	Biologie des agents infectieux	
Endocrinologie & métabolismes								ORL & chirurgie cer-vico-faciale	Biologie moléculaire	
Gastro-entérologie & hépatologie								DESC de chirurgie :	Cytogénétique humaine	
Génétique médicale								Groupe II (qualifiants)	Hématologie biologique	
Hématologie								Chirurgie infantile	Pharmaco-cinétique	
Médecine interne								Chirurgie maxillo-faciale	Toxicologie biologique	
Médecine nucléaire								Chirurgie orthopédique		
Médecine physique & de réadaptation								Chirurgie thoracique & cardio-vasculaire		
Néphrologie								Chirurgie urologique		
Neurologie								Chirurgie viscérale & digestive		
Oncologie										
Pneumologie										
Radiodiagnostic										
Rhumatologie										
DESC groupe II (qualifiants):										
DESC de réanimation médicale										
DESC de gériatrie										



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantissent pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composés 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €

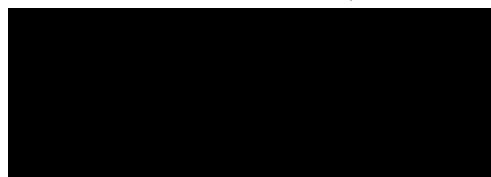
Ces ouvrages ne peuvent être vendus séparément

SICOM n° 04 144

DF 57643-3

ISBN : 2-11-005783-1

Imprimé en France



TOME 2

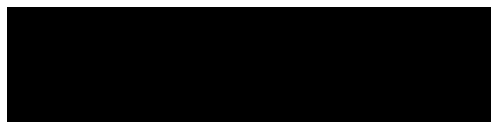
LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
Par région et spécialité

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 2

LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
par région et spécialité

Le rapport 2004



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



TOME 2

**LES MÉDECINS :
PROJECTIONS
DÉMOGRAPHIQUES
À L'HORIZON 2025
par région et spécialité**



TABLE DES MATIÈRES

Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné (DREES)

PROJECTIONS DU NOMBRE DE MÉDECINS À L'HORIZON 2025 :

UN JEU DE DIX SCÉNARIOS

- 9 Un scénario central avec un *numerus clausus* à 7 000 et un nombre de diplômés par région correspondant au *numerus clausus* régional cinq ans auparavant
- 11 *Le nombre total de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 %*
- 14 *Avec un nombre de postes de spécialistes en 3^e cycle égal à la moitié du numerus clausus cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes*
- 18 *La diminution des effectifs de spécialistes serait particulièrement forte pour les ophtalmologistes (-43 %) et les psychiatres (-36 %)*
- 20 *Les évolutions contrastées des effectifs de médecins par région pourraient conduire à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale*

NEUF SCÉNARIOS ALTERNATIFS DE PROJECTIONS

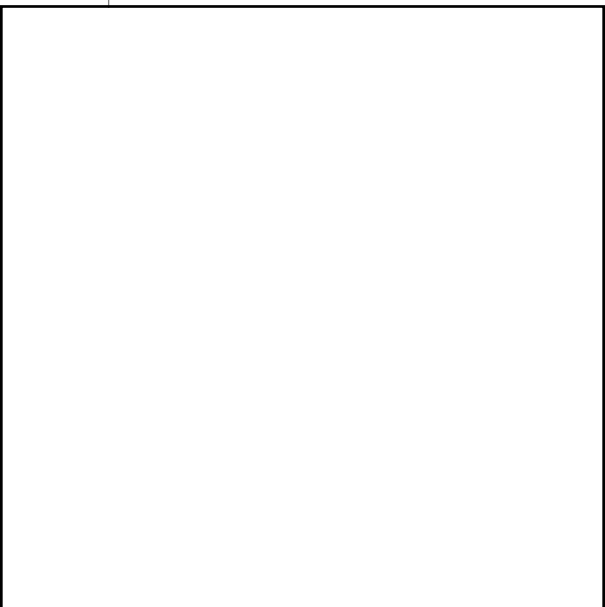
- 28 SCÉNARIO 1
Une augmentation de 1 000 places du *numerus clausus* dès 2006 permettrait d'augmenter d'environ 10 000 le nombre de médecins en 2025
- 28 SCÉNARIO 2
Diminuer à 40 % la part de postes de spécialistes à l'examen national classant aboutirait à une stabilisation du nombre de généralistes, mais à une baisse de 24 % de celui des spécialistes
- 29 SCÉNARIO 3
À l'inverse, augmenter à 60 % la part de postes de spécialistes à l'examen national classant conduirait à une diminution moindre du nombre de spécialistes par rapport à celle des généralistes
- 29 SCÉNARIO 4
Une hausse de 3 points de la part des spécialités chirurgicales parmi les postes de spécialistes à l'examen national classant aboutirait à faire croître les effectifs de chirurgiens entre 2002 et 2025
- 32 SCÉNARIO 5
Le nombre de généralistes serait inférieur en Île-de-France en 2025 si la répartition des médecins formés résultant de l'ancien concours de l'internat était maintenue
- 34 SCÉNARIO 6
Le rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux en fonction des différences actuelles de densité médicale avantagerait les régions Champagne-Ardenne et Basse-Normandie

- 38 SCÉNARIO 7
Une plus grande mobilité des généralistes, à l'image de celle des spécialistes, accroîtrait les disparités régionales
- 40 SCÉNARIO 8
Le maintien du nombre actuel de médecins en Île-de-France et en PACA ferait diminuer de 14 % celui des autres régions
- 41 SCÉNARIO 9
L'absence de mobilité à l'installation ne réduirait guère les disparités entre régions sans un rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux

ANNEXE

- 43 Résultats détaillés du scénario central

**PROJECTIONS
DU NOMBRE DE MÉDECINS
À L'HORIZON 2025 :
UN JEU DE DIX SCÉNARIOS**



CETTE étude présente des projections du nombre de médecins jusqu'au 31 décembre 2025, établies à partir des effectifs au 31 décembre 2002. Ces projections indiquent ce que deviendraient le nombre de médecins en activité et leur densité rapportée à la population sous certaines hypothèses concernant les décisions publiques en matière d'accès aux formations (*numerus clausus*, postes ouverts à l'examen national classant) et les comportements des professionnels. Les effectifs médicaux ainsi projetés sont ventilés par spécialité et par région, ce qui donne notamment un rôle clé aux hypothèses concernant la mobilité des professionnels. Compte tenu du contexte de réforme des études médicales et de la diminution de la densité médicale à venir, la plupart des hypothèses retenues, qui restent ici fondées sur la poursuite des comportements passés, ne sont pas forcément les plus vraisemblables dans la mesure où elles dessinent des évolutions tendancielle « à comportements inchangés ». Les projections présentées ne doivent donc pas être considérées comme des prévisions, mais plutôt comme des scénarios permettant de mettre en évidence l'impact potentiel sur la démographie médicale de telle ou telle décision publique ou modification de comportement. C'est pourquoi dans l'étude la présentation détaillée d'une projection conventionnellement qualifiée de « centrale » sera complétée par l'analyse de neuf variantes, ne différant à chaque fois de la projection centrale que par une hypothèse (pour mieux en isoler l'effet). Le choix des hypothèses devant faire l'objet de variantes a été décidé en lien avec le Conseil d'orientation et les comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.



Un scénario central avec un *numerus clausus* à 7 000 et un nombre de diplômés par région correspondant au *numerus clausus* régional cinq ans auparavant

Le relèvement prochain à 7 000 du *numerus clausus* avant l'accès à la deuxième année des études médicales a fait l'objet d'une annonce ministérielle récente. Le scénario central retient comme hypothèse celle d'un *numerus clausus* augmentant progressivement de 5 550 en 2004 à 7 000 en 2006 (soit une augmentation en deux ans de 1 450 places) puis restant à ce niveau les années suivantes. Pour les spécialités hors médecine générale, l'hypothèse retenue pour ce scénario est que le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004¹. Sous ces hypothèses, le nombre de places de spécialistes à l'examen national classant atteindrait donc 3 500 à partir de 2011. Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé par solde de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt². En effet, contrairement à ce qui se passait sous le régime du concours de l'internat (sous lequel les étudiants formés en médecine générale dans une région étaient ceux qui n'avaient pas présenté ou réussi le concours de l'internat), l'examen national classant permet de fixer *a priori* le nombre d'étudiants formés en médecine générale dans chaque région³. Comme cet examen n'est entré en vigueur que cette année, avec la subsistance de l'ancien régime à titre transitoire, il paraissait très délicat de chercher à inférer à partir de la seule année 2004 le mode de détermination des nombres de places de généralistes dans le futur, ce qui a amené à préférer retenir l'hypothèse présentée ci-dessus.

Au total, les hypothèses de ce scénario central en matière d'accès aux formations médicales diffèrent assez nettement de celles qui avaient été retenues pour les précédentes projections de la DREES, effectuées sur la base d'un *numerus clausus* à 4 700⁴, et dans lesquelles le nombre total de places de spécialistes était supposé constant dans le temps (et donc indépendant de

1. Cf. Arrêté du 30 avril 2004. Afin de s'approcher au plus près des décisions futures, la répartition a été calculée sur les seuls postes offerts à l'issue de l'examen national classant (soit 2 147 places hors médecine générale), sans tenir compte des 357 places offertes pour le concours de l'internat, maintenu à titre transitoire pour 2004.

2. Après prise en compte des possibilités de dépassement du *numerus clausus* et de redoublement.

3. Sous réserve que le nombre total d'étudiants susceptibles d'être reçus à l'examen soit bien estimé (il dépend du nombre de candidats, mais également de la part de ceux qui, parmi eux, valideront leur 6^e année de médecine), sinon, si le nombre de places à l'examen lui est supérieur, un certain nombre de places peuvent ne pas être pourvues. Cela a été le cas cette année puisque seules 3 368 places à l'examen national classant ont été pourvues sur les 3 988 proposées.

4. DARRINÉ (S.), « Une exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », *Études et résultats*, n° 156, février 2002. NIEL (X.), « La démographie médicale à l'horizon 2020 – une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et résultats*, n° 161, mars 2002.

l'évolution du *numerus clausus*) et le nombre de places de troisième cycle hors médecine générale de chaque région était déterminé à partir du taux de réussite à l'internat de la région.

En revanche, les projections présentées ici supposent comme les précédentes les comportements des médecins et étudiants constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...⁵). Le scénario central ne modélise notamment pas les conséquences de l'examen sur la mobilité des médecins après leur diplôme (retour des généralistes dans leur région de deuxième cycle...). Les projections n'intègrent pas non plus l'effet de l'examen national classant sur les taux de redoublement en quatrième année du deuxième cycle des études médicales⁶, ou les modifications des choix de spécialité au sein des disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales » que pourraient entraîner les modifications des maquettes de formation. Elles ne tiennent pas non plus compte de la possibilité offerte aux étudiants étrangers ayant fini leur deuxième cycle des études médicales de passer l'examen national classant en France⁷, ni des médecins étrangers déjà diplômés venant s'installer en France⁸.

Enfin, rappelons que les résultats des projections effectuées ne portent que sur des effectifs de médecins dans chaque spécialité, et non sur le type d'activité réalisée par ces derniers. En premier lieu, les projections supposent implicitement que le contour des spécialités ne sera pas modifié et que les médecins exerceront la spécialité pour laquelle ils ont été diplômés. On néglige ainsi les passerelles entre spécialités pouvant exister en cours de carrière ou encore le fait que l'activité exercée puisse ne pas coïncider avec celle pour laquelle le médecin est qualifié (notamment dans le cas des généralistes, dont une partie peut se destiner ensuite à un mode d'exercice particulier)⁹. Par ailleurs, il n'a pas été tenté de projeter ici le volume moyen d'activité réalisé par chaque médecin, en raison des fortes incertitudes entourant ce type d'hypothèses¹⁰.

5. Pour les présentes projections, les taux de cessation d'activité ont été entièrement réestimés à partir de données démographiques fournies par le Conseil national de l'ordre des médecins (qui, pour les libéraux, ont également été comparées aux données de la CNAMTS et de la CARMF) (encadré 2). Les autres hypothèses ont simplement été actualisées à la marge, sur la base de données plus récentes.

6. Les étudiants en quatrième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM4) connaissent leur classement à l'examen national classant avant d'avoir validé leurs stages et donc leur année de DCEM4 et, s'ils sont mal classés, peuvent préférer ne pas valider ces stages et donc redoubler (ce qui leur évite d'épuiser inutilement une de leurs deux possibilités de passer l'examen).

7. Cf. Décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

8. Les départs éventuels de médecins exerçant en France à l'étranger sont en revanche indirectement pris en compte via les cessations d'activité de ces médecins.

9. Sur ces aspects, voir le tome 1 de ce rapport.

10. Ainsi, si les temps de travail hebdomadaires moyens par sexe et tranches d'âge des médecins libéraux s'étaient maintenus dans le temps à leurs valeurs observées en 1992, la féminisation et le vieillissement des médecins libéraux auraient dû se traduire par une baisse d'un quart d'heure de la durée hebdomadaire de travail moyenne entre 1992 et 2001. Or c'est une hausse de deux heures qui a été observée pendant cette période (NIEL (X.) et PERRET (J.-P.) (2002), *Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix*, Données sociales, INSEE).

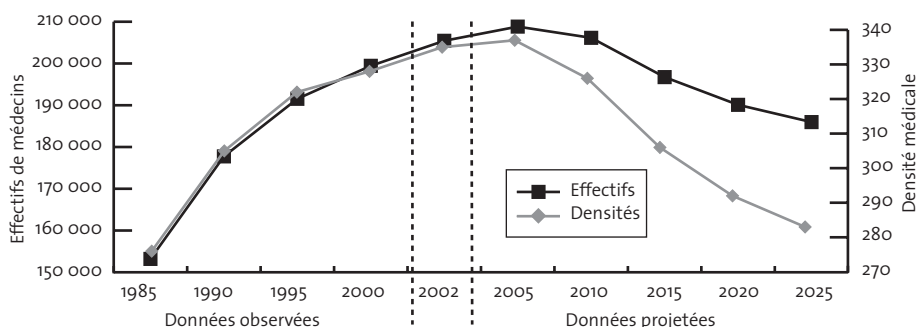
Le nombre total de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 %

Sous les hypothèses précédentes, le nombre total de médecins en activité en France augmenterait légèrement jusqu'en 2005 puis diminuerait ensuite, passant de 205 200 en 2002¹¹ à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 % (graphique 1).

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS DE 1985 À 2025

SELON LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO CENTRAL



SOURCES : ADELI redressé, projections DREES (nc = 7 000).

La densité médicale projetée (nombre de médecins pour 100 000 habitants) diminuerait davantage, de 15,6 %, passant de 335 en 2002 à 283 en 2025, du fait de l'augmentation de la population française projetée pendant la même période¹². Elle retrouverait ainsi en 2025 un niveau proche de celui du milieu des années 1980.

La réduction ainsi projetée du nombre de médecins en activité s'explique par la conjonction de deux phénomènes portant respectivement sur les entrées et sur les sorties d'activité (qui vont toutes deux augmenter fortement dans les années à venir).

Concernant les entrées, leur nombre est à peu près égal au *numerus clausus*, avec un décalage d'environ dix ans, compte tenu de la durée des études médicales et du délai observé entre la fin des études et l'installation. On voit ainsi que le nombre de médecins entrant en activité en 2004 correspond au *numerus clausus* de 1994, c'est-à-dire à son niveau le plus bas (environ 3 500 médecins formés par an) (graphiques 2 et 6). Il faudra donc attendre au moins jusqu'à 2016 pour que ce nombre atteigne 7 000, en supposant que le *numerus clausus* soit fixé à ce niveau à partir de 2006.

Concernant les sorties, le nombre de médecins cessant leur activité va fortement augmenter dans les années à venir, passant de moins de 4 000 par an à près de 9 000 par an d'ici

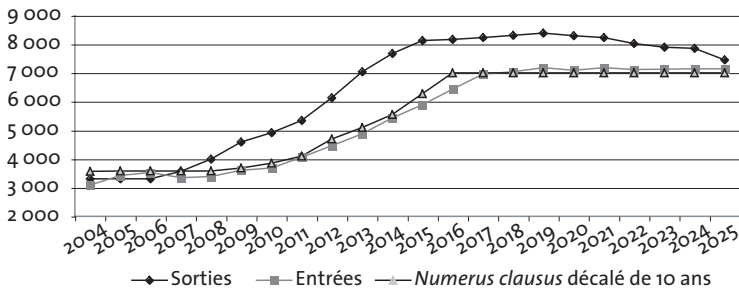
11. Toutes les données qui suivent, lorsqu'il s'agit d'effectifs, sont arrondies à la centaine la plus proche. Les données sont observées ou projetées au 31 décembre de chaque année. Elles portent sur la France entière (métropole et DOM), et sur les seuls médecins de moins de 80 ans (cf. encadré 2).

12. D'après les projections de l'INSEE, la population française totale, proche de 62 millions aujourd'hui, serait d'environ 66 millions en 2025, soit une hausse de 7 %.

2010-2015. Les promotions de médecins entrées en faculté de médecine dans les années 1970, qui atteindront l'âge de la retraite à cette période, sont en effet très nombreuses puisqu'elles ont bénéficié de *numerus clausus* élevés (ou n'étaient pas encore soumises à ce dernier).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DES ENTRÉES ET SORTIES D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS



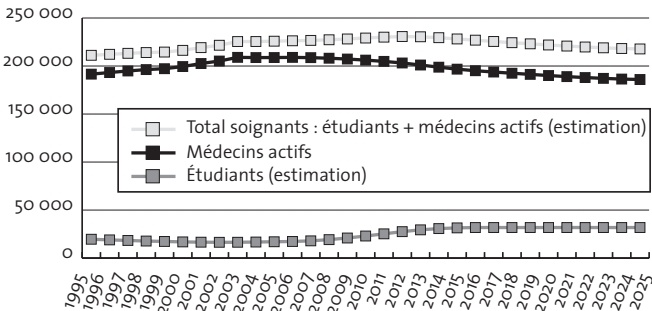
SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

ENCADRÉ 1

MÉDECINS ACTIFS ET ÉTUDIANTS EN TROISIÈME CYCLE

Les évolutions de la démographie médicale décrites dans le texte ne tiennent compte que des médecins actifs. Or les étudiants de troisième cycle contribuent également dans le cadre de leurs stages à l'offre de soins (en particulier dans les établissements de santé), et leur prise en compte peut amener à nuancer légèrement les évolutions détaillées précédemment. En effet, le nombre d'étudiants de médecine en troisième cycle (tel qu'on peut l'estimer à partir des *numerus clausus* et nombre de places à l'internat passés) a atteint un point bas en 2002, période pendant laquelle les promotions d'étudiants en troisième cycle correspondaient aux *numerus clausus* les plus faibles (*numerus clausus* de 3500 à 3576 des années 1993 à 1997, soit 5 à 9 ans plus tôt) (graphique). Ce nombre ne commence donc qu'actuellement à augmenter alors que le nombre total de médecins va lui commencer à diminuer. Jusqu'en 2010, la contribution des étudiants en troisième cycle de médecine à l'offre de soins contribuera donc à atténuer les effets de la baisse attendue du nombre de médecins diplômés. À compter de 2015 en revanche, le nombre d'étudiants en troisième cycle devrait d'après les hypothèses retenues se stabiliser (ils seront issus de promotions correspondant à des *numerus clausus* de 7 000). Son évolution ne contribuera donc plus à atténuer celle des médecins en activité, qui poursuivra sa baisse.

ÉVOLUTION 1995-2025 DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ ET DES ÉTUDIANTS EN TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE

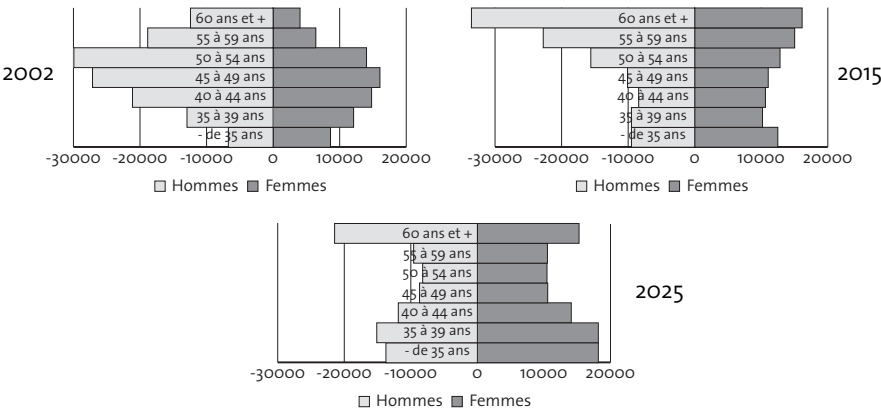


SOURCES : ADELI, projections (nc = 7 000) et estimations DREES.

Compte tenu des entrées et sorties projetées, la pyramide des âges des médecins diplômés évoluerait donc fortement (graphique 3) : en 2002, elle a une forme arrondie (étroite en haut et en bas, large au milieu). En 2015, elle présenterait une forme de pyramide inversée, étroite en bas et large en haut. En 2025, elle aurait une forme creusée (étroite au milieu, large en haut et en bas), suite à la remontée du *numerus clausus* à 7 000.

GRAPHIQUE 3

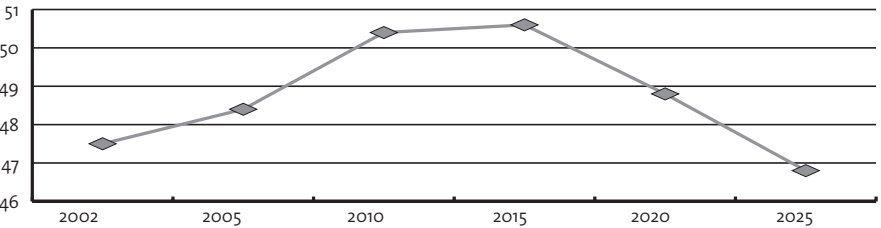
ÉVOLUTION DE LA PYRAMIDE DES ÂGES DES MÉDECINS ENTRE 2002 ET 2025



SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ



SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

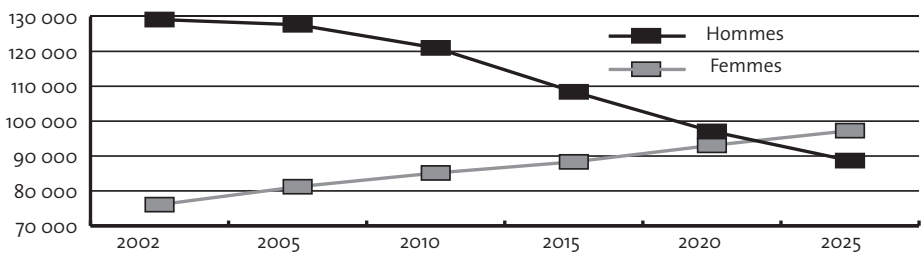
L'âge moyen des médecins augmenterait alors jusqu'en 2015, passant de 47,5 à 50,6 ans, puis il reviendrait en dessous de 47 ans en 2025 (graphique 4).

Au sein des médecins en activité, le nombre d'hommes diminuerait sensiblement : il passerait de 129 100 en 2002 à 88 700 en 2025, soit une baisse de 31 % (graphique 5). Le nombre de femmes augmenterait par contre fortement, la proportion importante de femmes parmi les médecins diplômés récemment (56 % des médecins âgés de moins de 35 ans en 2002) étant par hypothèse à peu près maintenue constante sur toute la période de projection¹³. Il passerait sur la même période de 76 100 à 97 300 (+ 28 %), sans que cette hausse ne compense la diminution du nombre d'hommes. Peu après 2020, les femmes seraient

13. Le modèle maintient constant – par spécialité et région – le pourcentage de femmes observés parmi les diplômés des dernières années.

plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en activité, et représenteraient 52 % des médecins en activité en 2025.

GRAPHIQUE 5
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR SEXE



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

L'âge moyen des femmes et des hommes suivrait des évolutions proches : hausse jusqu'en 2015, et diminution ensuite, les promotions nombreuses de jeunes diplômés (correspondant à un *numerus clausus* de 7 000) entrant alors en activité. Mais du fait des différences de structure par âge entre hommes et femmes (cf. pyramides des âges), les femmes médecins resteraient moins âgées en moyenne que les hommes tout au long de la période. En 2025, l'âge moyen des femmes médecins serait ainsi de 45,7 ans contre 47,9 ans pour les hommes.

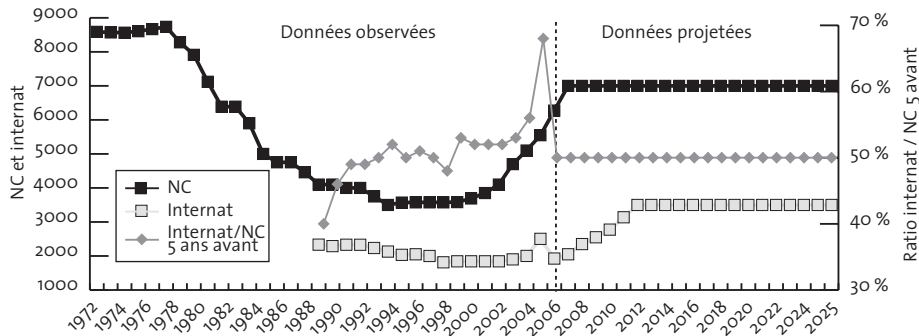
Avec un nombre de postes de spécialistes en 3^e cycle égal à la moitié du *numerus clausus* cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes

Le scénario central s'appuie sur l'hypothèse d'un nombre total de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant égal à 50 % du *numerus clausus* en vigueur 5 années plus tôt. Cette proportion est inférieure à celle observée dans la période récente, dans la mesure où, par exemple, le nombre de places de spécialistes, hors médecine générale, offertes à l'examen national classant ou à l'internat a atteint, en 2004, 68 % du *numerus clausus* cinq ans plus tôt¹⁴ (graphique 6). Cette proportion était déjà de 56 % en 2003 (par rapport au *numerus clausus* cinq années plus tôt) et était voisine de 52 % dans les années précédentes.

14. Ce niveau élevé s'explique largement par les places offertes à l'internat, particulièrement nombreuses en 2004 pour tenir compte du fait que ce concours avait lieu pour la dernière fois. La part de postes de spécialistes (hors médecine générale) était de 54 % des places offertes à l'examen national classant, mais de 63 % des places effectivement attribuées, 609 places de médecine générale sur 1841 n'ayant pas été pourvues.

GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DU **NUMERUS CLAUSUS** ET DU NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES
(HORS MÉDECINE GÉNÉRALE) OUVERTES À L'INTERNAT PUIS À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT

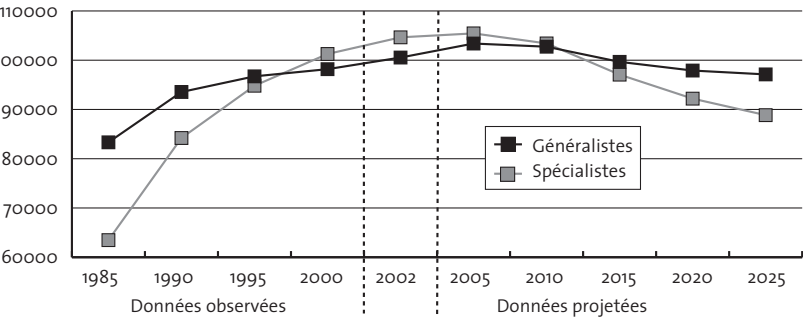


LECTURE : de 1977 à 1993, le numerus clausus n'a cessé de diminuer, passant de 8 736 à 3 500. Le nombre de places de spécialistes au concours de l'internat ayant décliné moins fortement, le ratio entre le nombre de postes de spécialistes au concours de l'internat et le numerus clausus 5 ans avant a augmenté entre 1988 et 2003. Après l'année 2004, année de transition qui a vu coexister concours de l'internat et examen national classant, le ratio entre le nombre de places de spécialistes à l'examen national classant et le numerus clausus cinq ans auparavant a été supposé égal à 50 % dans la projection.

Avec les hypothèses ainsi retenues pour le calcul du nombre de places de spécialistes à l'examen national classant, les effectifs de généralistes diminueraient moins vite entre 2002 et 2025 que les effectifs de spécialistes (graphique 7). Plus précisément, le nombre de généralistes passerait de 100 500 en 2002 à 97 100 en 2025 (-3,4 %). Quant au nombre de spécialistes, il reculerait plus fortement, passant sur la même période de 104 600 à 88 800 (-15,1 %).

GRAPHIQUE 7

ÉVOLUTION PROJÉTÉE DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES

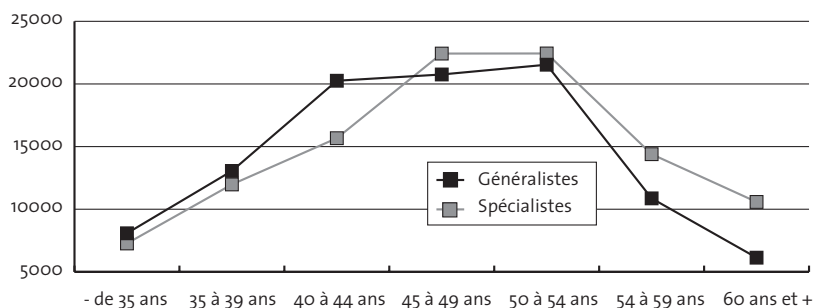


SOURCES : ADEL redressé, projections DREES (nc = 7 000).

Deux facteurs expliquent cette diminution plus marquée des effectifs de spécialistes. Le premier est lié aux différences entre les structures par âge des médecins généralistes et des spécialistes. Ces derniers sont en effet plus nombreux que les généralistes parmi les médecins de 45 ans et plus. Ils seront donc plus nombreux à prendre leur retraite dans les années à venir, ce qui aura pour effet de faire chuter plus vite leurs effectifs (graphique 8 et encadré 2).

GRAPHIQUE 8

RÉPARTITION PAR ÂGE DES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ EN 2002



SOURCE : ADELI redressé au 31/12/2002.

Le deuxième facteur découle directement de la formulation de l'hypothèse retenue pour la projection du nombre de postes de spécialistes : en faisant dépendre cette dernière du *numerus clausus* observé cinq ans auparavant, on reporte sur le nombre de postes de généralistes l'effet des fluctuations du nombre d'étudiants susceptibles d'obtenir un poste à l'issue de l'examen national classant. Certains étudiants venaient en effet en dépassement du *numerus clausus* (étrangers hors Union européenne¹⁵) ou repassaient le concours de l'internat pour accéder à une autre spécialité. En intégrant ces phénomènes à la projection, la part des diplômes de généralistes parmi les diplômes délivrés chaque année aux médecins devient alors (en régime permanent) plus proche de 54 %.

ENCADRÉ 2

LES TAUX DE SORTIE D'ACTIVITÉ DANS LE MODÈLE DE PROJECTION

Ces projections démographiques des effectifs de médecins en activité en France modélisent différemment les cessations d'activité avant et après 50 ans. Après 50 ans, les projections s'appuient sur des taux de cessation d'activité par âge, calculés à partir des soldes des entrées et des sorties d'activité observées à cet âge. Ces taux tiennent donc compte des départs à la retraite ou décès, mais également des autres formes de cessation d'activité et des éventuelles reprises d'activité. Avant 50 ans, seuls les décès sont pris en compte.

Plus précisément, les taux de cessation d'activité après 50 ans sont déclinés par âge, ainsi que par secteur d'activité (médecin libéral, médecin salarié hospitalier, médecin salarié non hospitalier) et le fait d'être généraliste ou spécialiste. Pour un âge donné, il existe donc six taux de départ à la retraite correspondant aux généralistes libéraux, généralistes salariés hospitaliers, généralistes salariés non hospitaliers, spécialistes libéraux, spécialistes salariés hospitaliers, spécialistes salariés non hospitaliers. Ils s'appliquent aux médecins de 50 à 80 ans. Ces taux de cessation d'activité par âge sont calculés à partir des répartitions par âge issues des fichiers du Conseil national de l'ordre des médecins¹⁶ par la méthode des « encore actifs », qui consiste à rapporter les effectifs par année de naissance pour deux années consécutives. Tous ces taux ont été estimés en 2003, suite à un travail de comparaison de quatre sources de données (ADELI, Ordre des médecins, caisses de retraite et d'assurance maladie) pour les cessations d'activité. Ce travail a notamment permis d'estimer et de corriger l'effet du Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA), récemment supprimé.

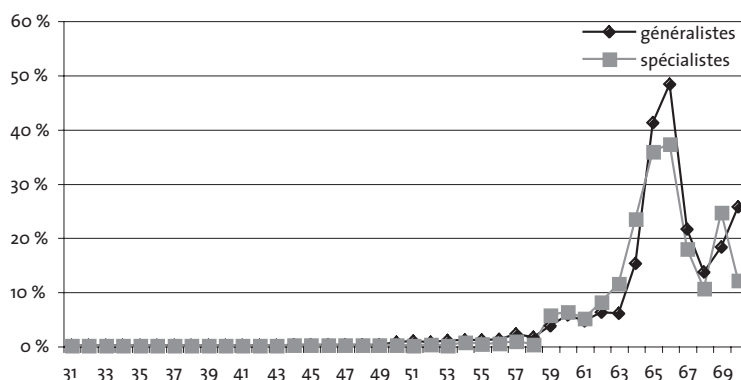
15. Qui peuvent avoir le droit d'exercer en France à l'issue de leurs études dès lors qu'ils ont obtenu la nationalité française.

16. Cf. DARRINÉ (S.), Contribution du Tome 1, *Les médecins libéraux et salariés en activité en France au 1^{er} janvier 2003 : comparaison de deux sources de données*.

Les taux de décès sont avant 50 ans, quant à eux, déclinés par âge et par sexe. Pour un âge donné, il existe donc deux taux de décès, correspondant aux hommes et aux femmes. Ils s'appliquent aux médecins de 31 à 49 ans et ont également été actualisés en 2003 à partir des nouvelles estimations de l'INSEE.

La répartition des médecins actifs par sexe, secteur d'activité, et le fait d'être généraliste ou spécialiste permet de calculer les taux de sortie d'activité de l'ensemble des médecins, c'est-à-dire des 31 à 80 ans, distinguant généralistes de spécialistes, présentés dans le graphique suivant :

TAUX DE SORTIE D'ACTIVITÉ PAR ÂGE DES GÉNÉRALISTES ET DES SPÉCIALISTES



SOURCE : CNOM, INSEE, CARMF, estimations DREES.

NOTE : Après 70 ans, le taux de sortie d'activité a été fixé par hypothèse à 50%. À 80 ans, tous les médecins sont supposés cesser leur activité dans le modèle de projection.

L'âge modal de sortie d'activité est compris entre 65 et 66 ans, mais du fait de l'existence de départs à des âges plus jeunes, l'âge moyen de sortie d'activité est de 64 ans.

Dans les projections précédentes de la DREES, la méthode s'appuyait sur les seuls départs à la retraite (flux), et non sur les comparaisons des effectifs de médecins actifs d'une année sur l'autre. Les données de « stock » sur les actifs se sont avérées plus fiables que celles utilisées précédemment, sur les « flux » de départ en retraite.

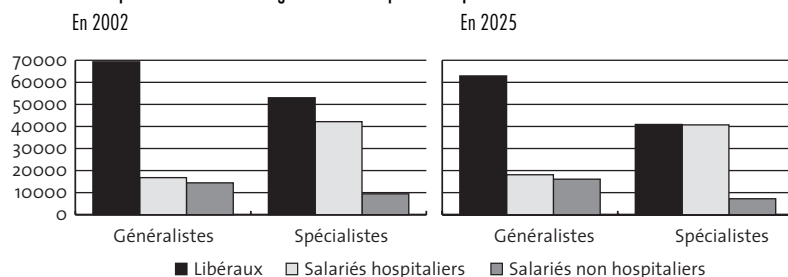
Les nouveaux taux utilisés dans ces projections sont plus faibles que les précédents, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes et donnent des nombres de restants en activité plus élevés, sauf pour les généralistes avant 60 ans. La différence est en partie due au changement de méthode, ainsi qu'à la correction de l'effet MICA. Les anciens taux du modèle de projections étaient en effet calculés à partir d'effectifs y compris les bénéficiaires du MICA (car calculés à partir des données de la CARMF non corrigées), alors que dans les faits, même s'ils ne sont pas encore retraités, ces médecins n'exercent plus.

Si l'on maintient les hypothèses tendancielles correspondant à la poursuite des comportements observés dans le passé, le nombre total de médecins libéraux devrait chuter de 15 % d'ici 2025, passant de 122 300 à 103 800. Cette baisse serait plus forte pour les spécialistes (-23 %) que pour les généralistes libéraux (-9 %). Le nombre total de médecins salariés, quant à lui, évoluerait peu : pour les hospitaliers, la diminution serait quasiment nulle (de 59 000 en 2002, il passerait à 58 800 en 2025) ; quant aux salariés non hospitaliers, leur nombre ne se réduirait que de 2 %, passant de 23 900 à 23 300 entre 2002 et 2025.

Compte tenu des évolutions ainsi projetées, les généralistes resteraient très majoritairement libéraux. Les spécialistes, quant à eux, compteraient presque autant de salariés hospitaliers que de libéraux.

Ces résultats découlent cependant pour une large part des hypothèses du modèle, les comportements des médecins actifs en 2002 étant maintenus constants sur toute la période de projection. Notamment, comme le nombre de femmes médecins augmente fortement à l'horizon 2025 (en raison de la part croissante des femmes parmi les étudiants en médecine) et que les femmes médecins privilégient actuellement le salariat à l'exercice libéral, le maintien de ces comportements jusqu'en 2025 conduit mécaniquement à réduire la part des médecins libéraux. Cette évolution projetée des modes d'exercice n'augure donc en rien les comportements futurs des professionnels, qui sont susceptibles d'évoluer notamment avec les nombreux départs en retraite attendus au cours des dix prochaines années et qui pourraient redessiner le paysage médical, en termes de répartition sur le territoire comme entre modes d'exercice. Enfin, ce résultat est également sous-tendu par l'hypothèse que les décisions publiques concernant le mode d'exercice des médecins ne sont pas modifiées.

Évolution de la répartition des médecins généralistes et spécialistes par mode d'exercice



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES (nc = 7 000).

La diminution des effectifs de spécialistes serait particulièrement forte pour les ophtalmologistes (-43 %) et les psychiatres (-36 %)

Dans les projections, le nombre total de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant est réparti par discipline et par région en appliquant la répartition observée à l'examen national classant 2004 (tableau 1). Au sein de chacune des disciplines « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales », la répartition par spécialité fine s'appuie sur celles observées sur les promotions de médecins récemment diplômés dans ces disciplines (dans la région considérée).

TABEAU 1

SCÉNARIO CENTRAL : NOMBRES DE PLACES PAR DISCIPLINE OFFERTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT 2004 (ENC) ET EFFECTIFS DE MÉDECINS ACTIFS PAR SPÉCIALITÉ EN 1990, 2002 ET 2025

Discipline de l'examen national classant	Spécialité	Effectif 1990	Effectif 2002	Flux d'entrée en 3 ^e cycle		Médecins en activité		
				Postes ouverts en 2004 à l'ENC	Répartition des places à l'ENC (hors méd. gén.)	Effectifs 2025	Évolution 2025/2002	Évolution 2025/1990
Pédiatrie		5 626	6 620	196	9,1 %	7 182	8 %	28 %
Anesthésie-réanimation		10 461	10 358	243	11,3 %	9 069	-12 %	-13 %
Spécialités médicales (autres) et gyn. méd.		31 946	40 148	776	36,1 %	34 344	-14 %	8 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle		1 753	1 915			1 351	-29 %	-23 %
Radiologie		7 186	8 208			6 042	-26 %	-16 %
Médecine interne		2 261	2 462			1 822	-26 %	-19 %
Autres spécialités médicales (y c. gyn. méd.)		2 687	4 277			3 200	-25 %	19 %
Dermatologie vénéréologie		3 290	4 014			3 131	-22 %	-5 %
Rhumatologie		2 402	2 644			2 105	-20 %	-12 %
Pathologie cardiovasculaire		4 803	5 901			5 319	-10 %	11 %
Anatomie et cytologie pathologique		1 334	1 628			1 549	-5 %	16 %
Pneumologie		2 186	2 653			2 602	-2 %	19 %
Gastro-entérologie hépatologie		2 666	3 322			3 476	5 %	30 %
Neurologie		1 058	1 729			2 007	16 %	90 %
Endocrinologie et métabolismes		320	1 395			1 740	25 %	444 %
Total spécialités médicales		48 033	57 127	1 215	56,6 %	50 595	-11 %	5 %
Gynécologie obstétrique		4 727	5 342	158	7,4 %	5 472	2 %	16 %
Spécialités chirurgicales (autres)		16 666	19 186	380	17,7 %	15 677	-18 %	-6 %
Ophtalmologie		5 227	5 502			3 121	-43 %	-40 %
ORL		2 915	3 015			2 074	-31 %	-29 %
Chirurgie*		8 524	10 669			10 482	-2 %	23 %
Total spécialités chirurgicales		21 393	24 528	538	25,1 %	21 149	-14 %	-1 %
Autres disciplines (hors médecine générale)		14 657	22 989	394	18,4 %	17 104	-26 %	17 %
Psychiatrie		11 897	13 727	200	9,3 %	8 816	-36 %	-26 %
Santé publique et médecine du travail		800	6 153	136	6,3 %	5 208	-15 %	551 %
Biologie médicale		1 960	3 109	58	2,7 %	3 079	-1 %	57 %
Total disciplines hors médecine générale		84 083	104 644	2 147	100,0 %	88 847	-15 %	6 %
Médecine générale		93 387	100 541	1 841	—	97 119	-3 %	4 %
Total		177 470	205 185	3 988	—	185 966	-9 %	5 %

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/1990 et 31/12/2002, projections DREES. CHAMP : France entière.

*Chirurgie : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.

Sur la base de ces hypothèses :

- Les diminutions les plus fortes du nombre de médecins en activité devraient concerner l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL (de l'ordre de 30 à 40 % de baisse entre 2002 et 2025), la baisse projetée faisant suite à une période de quasi-stagnation des effectifs pour l'ophtalmologie et l'ORL, mais à une croissance sensible dans les années quatre-vingt-dix pour la psychiatrie.
- En rééducation et réadaptation fonctionnelle, médecine interne, radiologie, et un ensemble de spécialités médicales regroupées ici parce que d'effectifs trop faibles (gynécologie médicale, génétique médicale, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale), le nombre de médecins se réduirait de 20 à 30 % à l'horizon 2025.
- En dermatologie vénéréologie, médecine du travail et santé publique, rhumatologie, anes-

thésie réanimation, et en pathologie cardiovasculaire, le nombre projeté de médecins baisserait un peu moins fortement que dans les spécialités précédentes, de l'ordre de 10 % à 20 %.

- En médecine générale, anatomie et cytologie pathologique, pneumologie, biologie médicale, et un ensemble de spécialités chirurgicales également regroupées ici (chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie), ce nombre diminuerait de moins de 5 %.

- En gynécologie obstétrique, gastro-entérologie hépatologie, et pédiatrie, il s'accroîtrait de moins de 5 %.

- Enfin, en neurologie et en endocrinologie et métabolismes, l'augmentation serait de l'ordre de 20 %.

Les évolutions contrastées des effectifs de médecins par région pourraient conduire à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale

La répartition par région des médecins en exercice dépend des *numerus clausus* régionaux, de la répartition régionale des postes à l'examen national classant, des comportements de mobilité, et également des pyramides des âges des médecins des différentes régions.

Concernant les deux premiers facteurs, le nombre d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région est supposé, dans le scénario central, découler directement du *numerus clausus* de la région cinq années auparavant, ce dernier étant obtenu par application de la répartition régionale du *numerus clausus* 2004 au *numerus clausus* France entière retenu (soit 7 000 à compter de la promotion entrant en deuxième année de médecine en 2006). Par exemple, pour une promotion de médecins correspondant à un *numerus clausus* à 7 000, commençant à exercer une activité à partir de l'année 2015, l'Île-de-France aurait un *numerus clausus* égal à 1 625 (soit 23 % du *numerus* total comme en 2004) et un nombre de médecins diplômés dans la région de 1 673 par an (tableau 2). Pour l'ensemble des régions, l'écart entre le *numerus clausus* et le nombre de diplômés entrant en activité tel qu'il résulte du modèle est très faible. Il s'explique par les possibilités de dépassement du *numerus clausus*¹⁷ et par les abandons des étudiants de troisième cycle (ou la non-installation des diplômés), supposés dans la projection être égaux environ à 3,5 % des effectifs de troisième cycle¹⁸. Si la répartition régionale des médecins dépend en premier lieu des *numerus clausus* régionaux, elle est ensuite modifiée par la mobilité des médecins à l'installation (une part importante des étudiants en 3^e cycle en médecine choisissent d'exercer dans une autre région que celle de leur formation), ou en cours de carrière. Dans le modèle de projection utilisé, les hypothèses retenues pour déterminer la région d'installation des nouveaux diplômés intègrent toutefois déjà les comportements de mobilité moyens observés sur l'ensemble de la carrière¹⁹.

17. Prises en compte dans le modèle via un taux de dépassement régional du *numerus clausus* (variant de 0 à 7 %)

18. Les hypothèses exactes sont de 3 % pour les hommes et 4 % pour les femmes.

19. Plus précisément, la région d'exercice des nouveaux diplômés est déterminée à l'aide d'un jeu de probabilités qui donne pour chaque région de thèse, la répartition attendue des régions d'exercice. Cette répartition attendue est estimée séparément pour les hommes généralistes, les femmes généralistes, les hommes spécialistes et les femmes spécialistes, à partir des données du répertoire ADEL, en croisant région de thèse et région d'exercice pour les médecins actifs au 1^{er} janvier 2003 et diplômés en 1993 ou après (seuls les médecins diplômés après 1993 sont pris en compte, car à compter de cette année-là, tous les nouveaux médecins diplômés avaient connu le régime de l'internat mis en place en 1984 et donc les comportements de mobilité associés).

TABEAU 2

SCÉNARIO CENTRAL : RÉPARTITION RÉGIONALE DU *NUMERUS CLAUSUS*, DES EFFECTIFS ET DES DENSITÉS MÉDICALES EN 2002 ET 2025

	Numerus clausus (nc) pour une promotion de 7 000		Diplômés pour une promotion de 7 000 par région de diplôme (3)		2002			2025			Évolution	
	Numerus clausus	Part dans le nc	Effectifs	rapport diplômés /nc	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	Densités
Alsace	236	3,4 %	241	102 %	6 092	3,0 %	341	5 797	3,1 %	285	-4,8 %	-16,6 %
Aquitaine	455	6,5 %	439	96 %	10 445	5,1 %	352	10 773	5,8 %	335	3,1 %	-4,8 %
Auvergne	163	2,3 %	157	96 %	3 877	1,9 %	296	3 954	2,1 %	316	2,0 %	6,7 %
Bourgogne	174	2,5 %	178	102 %	4 535	2,2 %	281	4 118	2,2 %	260	-9,2 %	-7,5 %
Bretagne	301	4,3 %	310	103 %	9 097	4,4 %	306	8 639	4,6 %	268	-5,0 %	-12,5 %
Basse-Normandie	160	2,3 %	148	93 %	3 922	1,9 %	273	3 761	2,0 %	256	-4,1 %	-6,0 %
Centre	182	2,6 %	177	97 %	6 632	3,2 %	268	5 663	3,0 %	218	-14,6 %	-18,5 %
Champagne-Ardenne	166	2,4 %	169	102 %	3 677	1,8 %	274	3 634	2,0 %	283	-1,2 %	3,3 %
DOM (1)					4 021	2,0 %	229	3 937	2,1 %	171	-2,1 %	-25,4 %
Franche-Comté	144	2,1 %	139	96 %	3 279	1,6 %	291	3 086	1,7 %	271	-5,9 %	-6,8 %
Haute-Normandie	189	2,7 %	183	97 %	4 835	2,4 %	269	4 585	2,5 %	249	-5,2 %	-7,5 %
Île-de-France	1 625	23,2 %	1 673	103 %	47 127	23,0 %	425	36 418	19,6 %	311	-22,7 %	-26,7 %
Languedoc-Roussillon	227	3,2 %	240	106 %	8 929	4,4 %	374	7 937	4,3 %	271	-11,1 %	-27,6 %
Limousin	127	1,8 %	127	100 %	2 366	1,2 %	333	2 380	1,3 %	348	0,6 %	4,3 %
Lorraine	262	3,7 %	257	98 %	6 878	3,4 %	298	6 022	3,2 %	271	-12,4 %	-8,8 %
Midi-Pyrénées	256	3,7 %	263	103 %	9 637	4,7 %	368	8 292	4,5 %	283	-14,0 %	-23,1 %
Nord - Pas-de-Calais	492	7,0 %	482	98 %	11 748	5,7 %	292	11 610	6,2 %	288	-1,2 %	-1,6 %
PACA et Corse (2)	492	7,0 %	474	96 %	20 236	9,9 %	414	17 225	9,3 %	311	-14,9 %	-24,8 %
Poitou-Charentes	161	2,3 %	164	102 %	4 853	2,4 %	291	4 675	2,5 %	265	-3,7 %	-8,9 %
Picardie	168	2,4 %	174	104 %	4 804	2,3 %	256	4 791	2,6 %	248	-0,3 %	-2,9 %
Pays de la Loire	322	4,6 %	314	97 %	9 050	4,4 %	274	9 073	4,9 %	245	0,3 %	-10,4 %
Rhône-Alpes	698	10,0 %	712	102 %	19 147	9,3 %	331	19 597	10,5 %	305	2,3 %	-7,8 %
France entière	7 000	100,0 %	7 023	100 %	205 185	100 %	335	185 966	100 %	283	-9,4 %	-15,6 %

SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.

CHAMP : France entière.

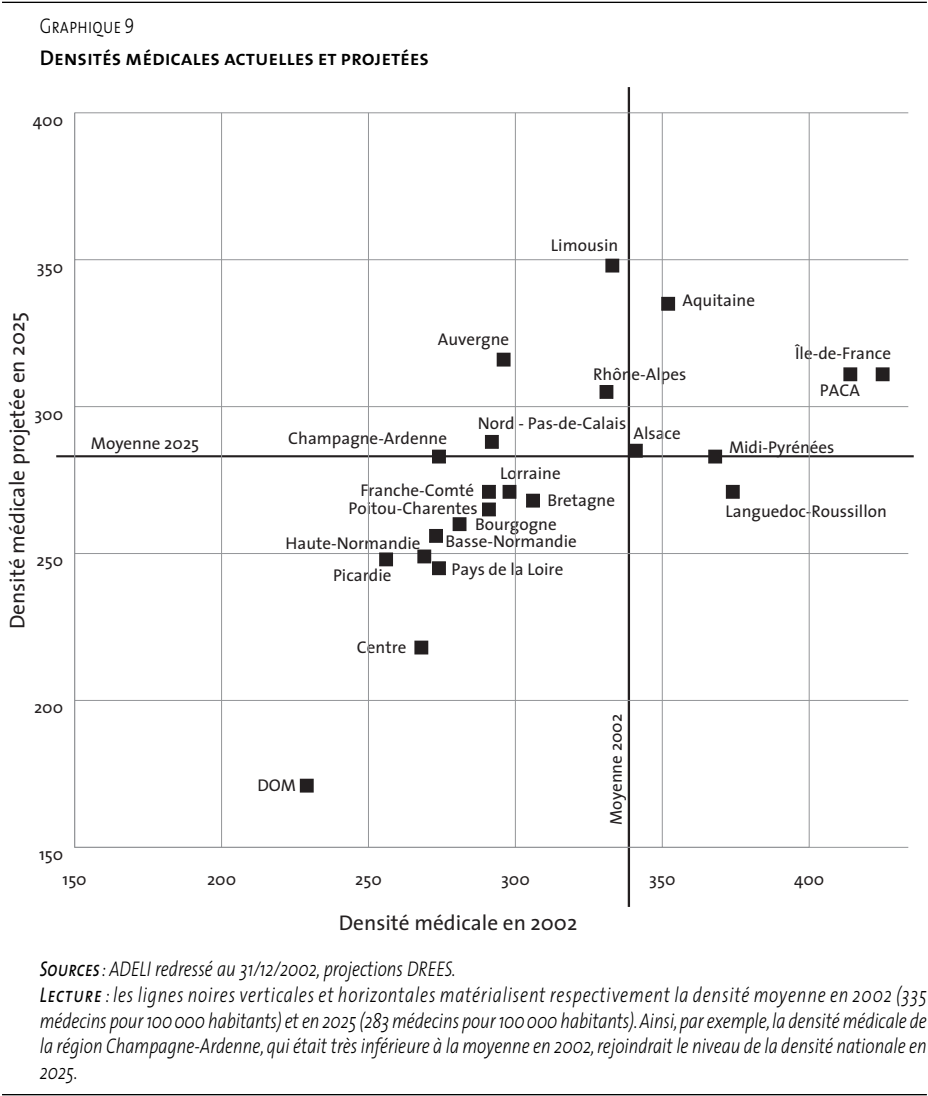
NOTES : 1. Le numerus clausus pour les départements d'Outre-mer étant faible, et une partie des études de médecine s'effectuant en pratique dans la région Aquitaine, la fraction du numerus clausus des DOM est regroupée dans le modèle de projection avec celle de l'Aquitaine.

2. Les effectifs de médecins en exercice en Corse étant faibles, ceux-ci sont regroupés dans le modèle de projection et dans les tableaux avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Par ailleurs, la Corse n'ayant pas de faculté de médecine, sa fraction du numerus clausus est nulle.

3. Les nombres de diplômés sont déjà réduits des taux de médecins supposés ne jamais exercer.

Au final, en tenant compte de tous ces facteurs, l'évolution projetée du nombre de médecins en exercice apparaît assez contrastée selon les régions. On peut ainsi classer les régions de la façon suivante selon l'évolution projetée de leur nombre de médecins :

- Les régions où le nombre de médecins diminuerait le plus fortement sont l'Île-de-France (-23 % entre 2002 et 2025), PACA, le Centre, Midi-Pyrénées, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Bourgogne (-15 à -9 % sur la même période).
- En Franche-Comté, Haute-Normandie, Bretagne, Alsace, Basse-Normandie et Poitou-Charentes, la baisse serait moindre (-6 à -4 %).
- Les DOM, le Nord – Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne et la Picardie n'enregistreraient qu'une faible diminution (-2 à 0 %).
- Dans les Pays de la Loire, en Limousin, Auvergne, Rhône-Alpes et Aquitaine, une légère hausse serait au contraire attendue (0 à +3 %).



L'évolution des densités médicales (nombre de médecins pour 100 000 habitants²⁰) serait de plus forte amplitude que celle des effectifs de médecins (de -28 % à +7 % selon les régions, contre -23 % à +3 % pour les effectifs) en raison des variations projetées de population. La projection centrale réalisée ici aboutit donc à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne.

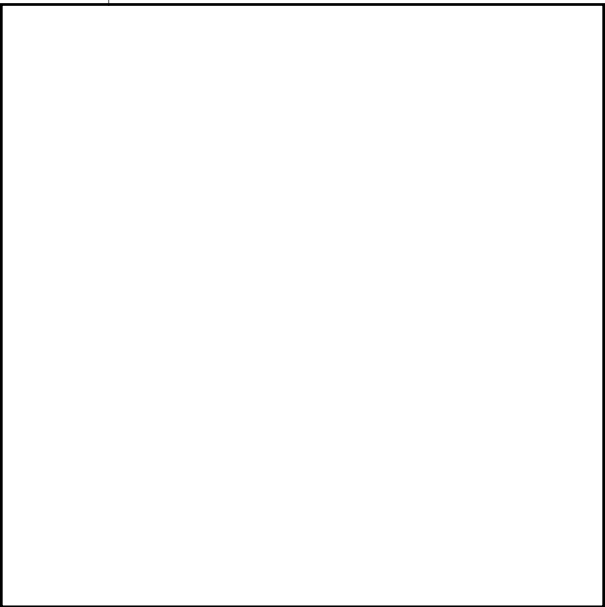
Les régions pour lesquelles les effectifs projetés de médecins sont en baisse modérée (Alsace, Bretagne, les DOM et Poitou-Charentes) ou en légère hausse (Aquitaine, Rhône-Alpes) verraient leur densité médicale évoluer moins favorablement, en raison de l'augmentation de leur population attendue d'ici 2025.

Les régions pour lesquelles la baisse projetée du nombre de médecins est déjà forte (Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Midi-Pyrénées, PACA) verraient leur situation se dégrader davantage en termes de densité médicale. Ces régions étaient cependant jusqu'à présent parmi les plus fortement dotées en médecins, et à l'exception du Languedoc-Roussillon, conserveraient tout de même une densité médicale supérieure ou égale à la moyenne nationale.

Enfin, quelques régions dont la population devrait diminuer à l'horizon 2025 (Auvergne, Champagne-Ardenne, et Limousin) verraient au contraire leur densité médicale augmenter. Le Limousin deviendrait ainsi la première région en termes de densité médicale avec 348 médecins pour 100 000 habitants (contre 283 pour la densité nationale).

20. BRUTEL (C.) et OMALEK (L.), *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050)*, INSEE, INSEE-résultats société n° 16, juillet 2003.

NEUF SCÉNARIOS
ALTERNATIFS
DE PROJECTIONS



COMME cela a été rappelé en introduction, les résultats du scénario de référence présentés ci-dessus n'ont pas de valeur indépendamment des hypothèses qui les sous-tendent. C'est pourquoi cette seconde partie de l'étude sera consacrée à l'analyse de la sensibilité des résultats à ces hypothèses, par l'intermédiaire de scénarios de projection alternatifs (encadré 4). Dans chacune de ces variantes, une hypothèse et une seule est modifiée par rapport au scénario central, afin de mieux en isoler l'effet, et donc d'appréhender « les variables de commande », qui, au-delà des tendances, sont susceptibles d'exercer le plus d'effet sur l'évolution de la démographie médicale à l'horizon 2025.

ENCADRÉ 4

LES NEUF SCÉNARIOS ALTERNATIFS DE PROJECTION

Le scénario central dont les résultats précèdent s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Le *numerus clausus* est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection.
- Pour les spécialités hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.
- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt.
- Les comportements des médecins et étudiants sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...).

À partir de ce scénario central sont construits neuf scénarios alternatifs, en faisant varier à chaque fois une hypothèse et une seule pour en isoler l'effet. Les hypothèses sur lesquelles portent ces neufs variantes sont présentées ci-dessous. Les autres hypothèses, lorsqu'elles ne sont pas précisées, sont les mêmes que celles du scénario central.

Scénario 1 : Le *numerus clausus* est porté à 8 000 dès 2006.

Scénario 2 : Le ratio entre les postes de spécialistes à l'examen national classant et le *numerus clausus* cinq années auparavant est réduit de 50 à 40 %. Le ratio correspondant pour les généralistes s'accroît donc en contrepartie de 10 points. Il s'agit donc d'un scénario dans lequel davantage de généralistes que de spécialistes sont formés et entrent en exercice chaque année.

Scénario 3 : Le ratio entre les postes de spécialistes à l'examen national classant et le *numerus clausus* cinq années auparavant est augmenté de 50 à 60 %. Le ratio correspondant pour les généralistes est donc réduit en contrepartie de 10 points. Il s'agit donc d'un scénario symétrique au précédent, dans lequel cette fois davantage de spécialistes que de généralistes sont formés et entrent en exercice chaque année.

Scénario 4 : La part des spécialités chirurgicales parmi les postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant est augmentée de 3 points, la part des spécialités médicales étant à l'inverse réduite de 3 points.

Scénario 5 : La répartition régionale des étudiants en 3^e cycle est simulée comme sous le régime de l'ancien concours de l'internat. Le nombre de places de généralistes ne correspond donc plus à la moitié des places au *numerus clausus* 5 ans auparavant, mais à la situation qui prévalait jusqu'ici par le jeu du concours de l'internat (et dépendait du taux de réussite à l'internat des étudiants de la région).

Scénario 6 : Les *numerus clausus* régionaux sont rééquilibrés en fonction des différences actuelles de densité médicale. La part régionale du *numerus clausus* est ainsi augmentée pour les régions dans lesquelles la densité médicale actuelle est inférieure à la densité nationale, et au contraire réduite pour les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne.

Scénario 7 : La mobilité entre la région de formation (3^e cycle) et la région où s'installent les nouveaux diplômés s'accroît pour les médecins généralistes, rejoignant celle des spécialistes. La médecine générale devenant une spécialité à part entière à partir de 2004, les étudiants en deuxième cycle pourront être amenés à changer de région pour suivre leur troisième cycle, comme le font déjà les futurs spécialistes. Dans ce scénario, les médecins généralistes deviennent aussi mobiles que les spécialistes.

Scénario 8 : En raison de la forte attractivité des régions Île-de-France et PACA, ce scénario suppose que tous les médecins cessant leur activité dans ces régions soient remplacés. Le nombre actuel de médecins dans ces deux régions est maintenu jusqu'en 2025.

Scénario 9 : Les médecins s'installent dans leur région de formation (3^e cycle). Il n'y a donc pas de mobilité entre la région de diplôme et la région d'installation.

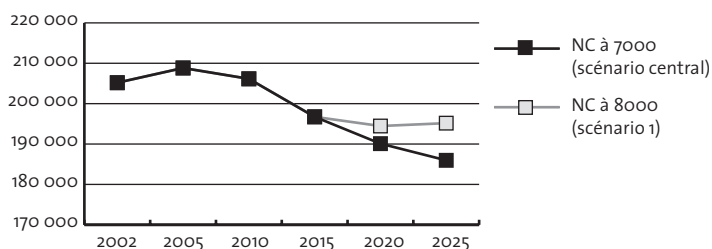
SCÉNARIO 1

UNE AUGMENTATION DE 1000 PLACES DU *NUMERUS CLAUDUS* DÈS 2006 PERMETTRAIT D'AUGMENTER D'ENVIRON 10 000 LE NOMBRE DE MÉDECINS EN 2025

La première hypothèse sur laquelle repose le scénario de référence est celle d'un *numerus claudus* porté à 7 000 dès 2006. Compte tenu du temps de formation des médecins, une modification des hypothèses de *numerus claudus* à compter de 2006 ne peut avoir d'impact avant fin 2014 pour les généralistes, et fin 2016 pour les spécialistes. Une modification du *numerus claudus* ne peut donc permettre d'éviter la diminution projetée du nombre de médecins entre 2005 et 2015. Mais elle peut l'infléchir au-delà. Ainsi, un *numerus claudus* porté à 8 000 à compter de 2006 conduirait à une quasi stabilisation du nombre de médecins en exercice entre 2015 et 2025, pour atteindre un effectif de 195 200 médecins en exercice en fin de période, soit environ 10 000 de plus que dans le scénario central. La baisse du nombre de médecins entre 2002 et 2025 ne serait plus que de 4,9 % (au lieu de 9,4 %), et celle de la densité médicale de 11 % (contre 16 %). La densité moyenne atteindrait dans cette variante 300 médecins pour 100 000 habitants en 2025, soit une valeur proche de celle qu'elle avait en 1990.

GRAPHIQUE 10

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS DE 2002 À 2020 SELON L'HYPOTHÈSE RETENUE POUR LE *NUMERUS CLAUDUS*



SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.

SCÉNARIO 2

DIMINUER À 40 % LA PART DE POSTES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ABOUTIRAIT À UNE STABILISATION DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES, MAIS À UNE BAISSSE DE 24 % DE CELUI DES SPÉCIALISTES

Le scénario central s'appuie sur l'hypothèse d'un nombre de postes de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant égal à 50 % du *numerus claudus* fixé 5 années auparavant. Une baisse de 10 points de cette proportion par rapport au scénario central, ramenant la proportion de spécialistes à 40 %, se traduirait à l'horizon 2025 par environ 9 000 spécialistes en moins, et 10 000 généralistes en plus¹. Elle suffirait à éviter la baisse du nombre de généralistes au cours de la période de projection, au prix toutefois d'une diminution accrue des effectifs de spécialistes, laquelle atteindrait alors -24 % contre -15 % dans le scénario central.

1. Cette variante n'est donc pas tout-à-fait neutre du point de vue du nombre de médecins, dans la mesure où la formation des généralistes est moins longue que celle des spécialistes.

SCÉNARIO 3

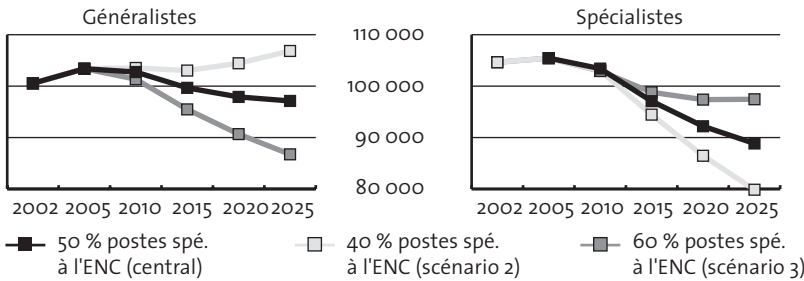
À L'INVERSE, AUGMENTER À 60 % LA PART DE POSTES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT CONDUIRAIT À UNE DIMINUTION MOINDRE DU NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR RAPPORT À CELLE DES GÉNÉRALISTES

Une hausse de 10 points du ratio entre postes de spécialistes et *numerus clausus* cinq ans auparavant aurait logiquement un effet symétrique : augmentation d'environ 9 000 de l'effectif de spécialistes en 2025, et baisse de 10 000 du nombre de généralistes. Le nombre des spécialistes diminuerait alors moins que celui des généralistes (-7 % contre -14 %). Bien sûr, toutes les hypothèses intermédiaires peuvent être simulées, et leurs résultats aisément déduits de ceux obtenus pour les scénarios à 40 % et 60 %. Ainsi, un ratio de postes de spécialistes sur *numerus clausus* cinq ans avant voisin de 56 % à l'examen national classant conduirait à des évolutions d'effectifs entre 2002 et 2025 identiques pour les généralistes et les spécialistes (ou autrement dit à un maintien de la part de spécialistes au sein des médecins entre 2002 et 2025).

GRAPHIQUE 11

ÉVOLUTIONS DES NOMBRES DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES

SELON LE RATIO ENTRE LE NOMBRE DE PLACES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ET LE *NUMERUS CLAUSUS* CINQ ANS AUPARAVANT (SCÉNARIOS 2 ET 3)



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

SCÉNARIO 4

UNE HAUSSE DE 3 POINTS DE LA PART DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES PARMI LES POSTES DE SPÉCIALISTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT ABOUTIRAIT À FAIRE CROÎTRE LES EFFECTIFS DE CHIRURGIENS ENTRE 2002 ET 2025

Une fois déterminé le nombre total de places de spécialistes (hors médecine générale) à l'examen national classant, le scénario central le répartit par discipline et région en conservant la répartition de l'examen national classant mis en œuvre en 2004. Sous ces hypothèses, le nombre projeté de spécialistes médicaux (au sens large)² diminuerait de 11 % entre 2002 et 2025, et le nombre de spécialistes chirurgicaux (au sens large)³ de 14 %. L'écart entre ces

2. Correspondant aux « spécialités médicales » de l'internat auxquelles sont ajoutées la gynécologie médicale, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation.

3. Correspondant aux « spécialités chirurgicales » de l'internat et à la gynécologie obstétrique.

deux évolutions peut paraître faible, mais il doit être mis en regard de l'évolution passée de ces deux groupes de spécialités. Ainsi, les spécialistes médicaux n'étaient qu'un peu plus de 30 000 en 1983, contre 57 000 environ en 2002 et 51 000 en 2025 dans le scénario central. Pour les spécialités chirurgicales en revanche, l'effectif projeté pour 2025 (environ 21 000) n'est supérieur que de quelques milliers à l'effectif de ces spécialités en 1983.

C'est pourquoi il a semblé intéressant d'estimer, à titre de variante, un scénario de rééquilibrage des spécialités médicales au profit des spécialités chirurgicales. L'hypothèse retenue a été celle d'une augmentation de 3 points de la part des spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie obstétrique) à l'examen national classant à partir de 2005, cette part étant portée de 25 %⁴ actuellement à 28 %. À l'inverse, la part des spécialités médicales (y compris anesthésie réanimation, pédiatrie et gynécologie médicale), passerait de près de 57 % actuellement à 54 %. L'hypothèse retenue correspond donc, pour un nombre total de 3 500 postes de spécialistes à l'examen national classant, à un transfert d'une centaine de places par an des spécialités médicales aux chirurgicales. La part des autres disciplines d'internat (psychiatrie, biologie médicale, médecine du travail et santé publique), ainsi que le mode de calcul du nombre de places en médecine générale, sont eux laissés inchangés dans la variante.

La variante de rééquilibrage ainsi projetée du nombre de postes à l'examen national classant ne modifie donc que les effectifs de spécialistes médicaux et chirurgicaux, les premiers diminuant en 2025 de 1 400 au profit des seconds. Compte tenu des poids démographiques respectifs de ces deux groupes, ceci se traduit par un écart de -2,7 % en 2025 par rapport au scénario central pour les premiers, et de +6,5 % pour les seconds (tableau 3). Au total, cette variante conduirait à une évolution des effectifs de 2002 à 2025 globalement moins défavorable pour les spécialités chirurgicales (-8 %) que pour les spécialités médicales (-14 %), à l'inverse de ce qui était projeté dans le scénario central (respectivement -14 % et -11 %). Ainsi, même si elle ne porte que sur les flux de nouveaux médecins, une correction de 3 points de la répartition des places à l'examen national classant permettrait de modérer de 6 points la baisse des effectifs des spécialités chirurgicales à l'horizon 2025, sans toutefois être suffisante pour l'annuler : il faudrait pour cela une modification environ deux fois plus forte (un peu plus de 6 points).

Les résultats commentés ci-dessous portent sur l'ensemble des spécialités médicales ou chirurgicales. Au sein de ces deux groupes, l'effet d'une modification de la clé de répartition de l'examen national classant dépend de la spécialité considérée : il est d'autant plus fort que les médecins s'installant dans la spécialité entre 2010 et 2025 (les « flux ») représentent une part importante de l'effectif total de médecins de la spécialité concernée (« les stocks »). Ainsi, la pédiatrie et l'anesthésie réanimation, spécialités médicales filiarisées, seraient légèrement plus touchées par le rééquilibrage envisagé que les autres spécialités médicales (respectivement -3,1 et -2,5 % de médecins en moins en 2025 par rapport au scénario central), dans la mesure où la filiarisation a précisément eu pour objet d'augmenter les flux d'entrants dans ces deux spécialités. À l'inverse, et selon la même logique, la gynécologie obstétrique profiterait plus du rééquilibrage que les autres spécialités chirurgicales (respectivement +7,3 et +6,2 % d'écart en 2025 par rapport au scénario central). Bien sûr, le régulateur pourrait décider d'exclure de ce rééquilibrage les spécialités filiarisées. Toutefois, l'impact différentiel du rééquilibrage selon la spécialité s'observe aussi au sein de la discipline des « spécialités médicales » (et il en est de même au sein de la discipline « spécialités chirurgicales ») : la diminution de 3 points de la part des spécialités médicales à l'examen national classant influencerait à la baisse sur les effectifs des spécialités concernées en 2025 de

4. Par rapport à l'ensemble des disciplines hors médecine générale.

-1,3 % (endocrinologie et métabolismes) à -3,3 % (rééducation et réadaptation fonctionnelle). Certes, ces différences restent faibles, compte tenu de l'horizon des projections et des incertitudes qui les entourent. Un pilotage plus fin des rééquilibrages par spécialité au sein des disciplines « spécialités médicales » ou « spécialités chirurgicales » reste en outre possible au prix soit d'une filiarisation des spécialités visées, soit d'une action sur la part des diplômés de chacune des disciplines choisissant *in fine* telle ou telle spécialité.

TABEAU 3

**SCÉNARIO 4 : HAUSSE DE 3 POINTS DE LA PART DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES
(PARMI LES SPÉCIALITÉS HORS MÉDECINE GÉNÉRALE) À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT**

Discipline de l'examen national classant Spécialité	Flux d'entrée en 3 ^e cycle		Scénario n° 4 en 2025			Évolution de 2002 à 2025 dans le scénario n° 4
	Répartition des places à l'ENC (scénario central)	Répartition des places à l'ENC (scénario n° 4)	Effectifs	Écart avec le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif avec le scénario central	
Pédiatrie	9,1 %	8,6 %	6 962	-220	-3,1 %	5 %
Anesthésie-réanimation	11,3 %	10,7 %	8 791	-277	-3,1 %	-15 %
Spécialités médicales (autres) et gyn. méd.	36,1 %	34,2 %	33 477	-866	-2,5 %	-17 %
Rééducation et réadaptation fonctionnelle			1 307	-44	-3,3 %	-32 %
Radiologie			5 862	-180	-3,0 %	-29 %
Gastro-entérologie hépatologie			3 378	-98	-2,8 %	2 %
Dermatologie vénérérologie			3 048	-83	-2,7 %	-24 %
Neurologie			1 954	-53	-2,7 %	13 %
Autres spécialités Médicales (y c. gyn. méd.)			3 115	-85	-2,7 %	-27 %
Rhumatologie			2 051	-54	-2,6 %	-22 %
Pathologie cardiovasculaire			5 187	-132	-2,5 %	-12 %
Médecine interne			1 785	-36	-2,0 %	-27 %
Pneumologie			2 553	-49	-1,9 %	-4 %
Anatomie-cyto pathologie			1 521	-28	-1,8 %	-7 %
Endocrinologie et métabolismes			1 717	-23	-1,3 %	23 %
Total spécialités médicales	56,6 %	53,6 %	49 231	-1 364	-2,7 %	-14 %
Gynécologie obstétrique	7,4 %	8,2 %	5 872	399	7,3 %	10 %
Spécialités chirurgicales (autres)	17,7 %	19,8 %	16 641	965	6,2 %	-13 %
Ophthalmologie			3 288	167	5,4 %	-40 %
ORL			2 206	132	6,4 %	-27 %
Chirurgie			11 147	666	6,3 %	4 %
Total spécialités chirurgicales	25,1 %	28,1 %	22 513	1 364	6,5 %	-8 %
Autres disciplines (hors médecine générale)*	18,4 %	18,4 %	17 104	0	0,0 %	-26 %
Total disciplines hors médecine générale	100,0 %	100,0 %	88 847	0	0,0 %	-15 %

* regroupe les disciplines suivantes de l'ENC : biologie, médecine du travail, santé publique et psychiatrie.

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

CHAMP : France entière.

Enfin, d'autres scénarios de rééquilibrage par spécialité auraient pu être envisagés. Par exemple, si l'on avait souhaité modifier la répartition à l'examen national classant au profit de la psychiatrie (qui avec l'ophtalmologie est la discipline dont les effectifs pourraient le plus décroître d'ici à 2025), une variation d'un point de la part de cette discipline à l'examen natio-

nal classant (actuellement de 9 %) se traduirait par 450 médecins en plus en 2025, ce qui demeurerait insuffisant pour enrayer sensiblement la baisse des effectifs projetée entre 2002 et 2025 (celle-ci passant alors de -36 % à -33 %). Mais le maintien des effectifs de psychiatres aurait quant à lui nécessité près de 5 000 médecins en plus en 2025, soit une hausse de 11 points de la part de cette spécialité à l'examen national classant.

SCÉNARIO 5

LE NOMBRE DE GÉNÉRALISTES SERAIT INFÉRIEUR EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2025 SI LA RÉPARTITION DES MÉDECINS FORMÉS RÉSULTANT DE L'ANCIEN CONCOURS DE L'INTERNAT ÉTAIT MAINTENUE

Les variantes portant sur la répartition des postes de l'examen national classant par discipline ne modifient pas la répartition régionale des médecins. Cette dernière, dans le modèle, découle de trois hypothèses principales : les *numerus clausus* régionaux, les nombres de places à l'examen national classant par région et les mobilités des médecins après leur diplôme⁵. Des variantes ont été réalisées sur ces trois aspects.

S'agissant des nombres de places à l'examen national classant par région, une variante a été réalisée pour tenir compte du fait que dans le passé, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région ne découlait pas directement du *numerus clausus* de la région – comme dans le scénario de projection central – mais dépendait aussi des taux de réussite à l'internat des étudiants de la région. En effet, le nombre d'étudiants commençant leur résidanat dans la région n'était pas connu *a priori* : il correspondait au nombre d'étudiants de la région qui, n'ayant pas réussi ou présenté le concours de l'internat, entamaient donc leur formation de troisième cycle en médecine générale dans leur faculté de deuxième cycle⁶. Ainsi, à l'extrême, une région dont tous les étudiants auraient réussi le concours de l'internat n'aurait formé aucun généraliste (soit un nombre total de médecins – généralistes plus spécialistes – bien inférieur à son *numerus clausus*), tandis qu'une région dont aucun étudiant n'aurait réussi l'internat aurait formé un nombre de généralistes équivalent à son *numerus clausus* (soit un nombre total de médecins bien supérieur, les places en troisième cycle de spécialité étant pourvues par les étudiants d'autres régions). Du fait de ce mécanisme, la Picardie formait chaque année un nombre de généralistes plus élevé que son *numerus clausus*, à l'inverse de l'Île-de-France⁷. Une variante du scénario central permet de voir comment pourraient évoluer les nombres de médecins diplômés par région (puis les nombres de médecins installés) si le nombre de généralistes de chaque région continuait à être déterminé comme par le passé⁸. Elle correspond à un prolongement des décisions de répartition prises en 2004, où le régime antérieur prévu pour les généralistes a transitoirement continué à s'appliquer.

Les résultats de cette variante ne sont bien sûr différents du scénario central que pour les médecins généralistes. Pour des promotions de médecins correspondant à un *numerus clausus* de 7000, environ 350 médecins généralistes de moins seraient diplômés chaque

5. Elle dépend également des pyramides des âges des médecins dans les régions.

6. Le nombre de spécialistes formés dans la région était lui déterminé par le nombre de places à l'internat ouvertes pour cette région, comme actuellement (et comme dans le scénario central pour les spécialités hors médecine générale).

7. NIEL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXVI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

8. Sous l'hypothèse de des taux régionaux de réussite à l'internat inchangés.

année en Île-de-France (soit près d'un tiers des généralistes diplômés d'Île-de-France). En revanche, le nombre de médecins généralistes diplômés par an en Franche-Comté doublerait, et celui de Picardie augmenterait de 80 %, soit une hausse d'environ un tiers de l'ensemble des diplômés de ces deux régions. Au total, la part des généralistes diplômés en Picardie passerait de 1,7 % dans le scénario central à 3 % dans ce scénario alternatif⁹.

TABEAU 4
SCÉNARIO 5 : NOMBRE DE PLACES DE GÉNÉRALISTES PAR RÉGION DÉTERMINÉ
COMME SOUS LE RÉGIME DU CONCOURS DE L'INTERNAT

Régions	Diplômés pour une promotion de 7 000 (par région de diplômé)			Effectifs projetés en 2025 par région d'exercice dans le scénario n° 5		Écart relatif par rapport au scénario central en 2025 par région d'exercice		Densité en 2025 dans le scénario n° 5
	Diplômés	Dont diplômés comme généralistes	Diplômés/ numerus clausus	Total	Dont généralistes	Total	Dont généralistes	Total
Île-de-France	1 254	694	77 %	32 923	15 879	-10 %	-18 %	281
PACA et Corse	417	196	85 %	16 077	7 289	-7 %	-14 %	290
Rhône-Alpes	646	359	93 %	18 513	9 502	-6 %	-10 %	288
Languedoc-Roussillon	211	96	93 %	7 578	3 411	-5 %	-10 %	259
Bretagne	297	134	99 %	8 566	4 066	-1 %	-2 %	266
DOM	0	0		3 946	2 413	0 %	0 %	171
Centre	193	93	106 %	5 651	3 020	0 %	1 %	218
Aquitaine	452	306	*99 %	10 843	6 426	1 %	0 %	337
Auvergne	176	92	108 %	4 157	2 352	5 %	9 %	332
Lorraine	282	149	108 %	6 317	3 492	5 %	10 %	285
Midi-Pyrénées	302	167	118 %	8 744	4 590	5 %	11 %	299
Nord - Pas-de-Calais	547	298	111 %	12 295	6 682	6 %	12 %	305
Basse-Normandie	177	86	110 %	4 021	2 181	7 %	13 %	274
Pays de la Loire	367	179	114 %	9 670	4 939	7 %	14 %	261
Bourgogne	204	111	117 %	4 447	2 691	8 %	14 %	281
Alsace	287	167	122 %	6 261	3 379	8 %	14 %	307
Limousin	152	91	120 %	2 595	1 461	9 %	18 %	379
Picardie	227	114	135 %	5 263	3 035	10 %	18 %	273
Haute-Normandie	236	114	125 %	5 103	2 709	11 %	25 %	277
Champagne-Ardenne	205	116	124 %	4 084	2 405	12 %	23 %	318
Poitou-Charentes	206	110	128 %	5 248	3 120	12 %	22 %	298
Franche-Comté	186	95	129 %	3 664	2 159	19 %	35 %	322
France entière	7 023	3 767	100 %	185 966	97 119	0 %	0 %	283

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

* Le modèle ne crée pas de diplômés dans les DOM, et le numerus clausus des DOM est inclus dans celui de l'Aquitaine.

NOTE : les effectifs de diplômés présentés ici comptabilisent les seuls médecins qui vont exercer (dans la région ou non).

LECTURE : en régime permanent, pour des promotions correspondant à un numerus clausus de 7000, le nombre de médecins diplômés en Île-de-France passerait de plus de 1600 (valeur proche du numerus clausus, tableau 2) à 1254 (ce tableau, colonne 2), soit une baisse d'environ 400. Le nombre de diplômés en Île-de-France serait donc inférieur de 23 % au numerus clausus de cette région (et donc approximativement au nombre de diplômés de la région dans le scénario central). Du fait des mobilités à l'installation, la variation du nombre de médecins exerçant en Île-de-France est elle plus faible (-10 %).

9. La part des généralistes diplômés en Picardie dans la variante (3 %) est par ailleurs proche du poids de cette région (2,7 %) dans la répartition des places de généralistes à l'examen national classant 2004, et donc probablement proche de la capacité de formation passée de la région en médecine générale.

Du fait de la mobilité des médecins à l'installation, les variations du nombre de médecins exerçant dans les régions sont plus faibles que les variations du nombre de diplômés décrites ci-dessus. C'est en Franche-Comté que l'effet de ce retour à la répartition issue de l'ancien concours d'internat sur le nombre total de médecins en exercice serait au bout du compte le plus favorable (+19 %, tableau 4), et en Île-de-France puis en PACA que le nombre de médecins en exercice se réduirait en contrepartie le plus (respectivement -10 % et 7 %). Au total, ce mode de détermination alternatif du nombre de médecins généralistes (associé aux autres hypothèses du modèle) se traduirait par un écart entre densités extrêmes légèrement plus élevé que dans le scénario central. Ce scénario confirme l'effet important sur la répartition régionale des médecins joué jusqu'ici par le régime du concours d'internat, combiné à l'absence de contingent régional pour la formation des généralistes, ainsi qu'au deuxième ordre, l'effet correcteur exercé par les mobilités à l'installation sur les effectifs de diplômés dans les régions.

SCÉNARIO 6

LE RÉÉQUILIBRAGE DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX EN FONCTION DES DIFFÉRENCES ACTUELLES DE DENSITÉ MÉDICALE AVANTAGERAIT LES RÉGIONS CHAMPAGNE-ARDENNE ET BASSE-NORMANDIE

Le scénario central s'appuie sur la répartition régionale actuelle du *numerus clausus* (tableau 2), maintenue constante sur toute la période de projection. Les facultés d'Île-de-France, qui disposent des plus importantes capacités de formation, rassemblent actuellement près d'un quart des places en deuxième année d'études de médecine. À l'opposé, la région Limousin accueille 1,8 % des étudiants en deuxième année.

Une variante au scénario central consisterait à modifier la répartition régionale du *numerus clausus* pour exercer des effets éventuels à moyen terme sur les inégalités de densité médicale existant entre les régions. On simule ainsi ce que deviendrait la densité médicale sur le territoire si les régions dont la densité médicale est inférieure à la moyenne disposaient d'une part plus importante des places en deuxième année de médecine qu'actuellement¹⁰, et si les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne formaient au contraire moins d'étudiants. Etant simulé comme proportionnel aux écarts de densité actuellement observés, ce rééquilibrage pèserait le plus fortement pour les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont les fractions du *numerus clausus* seraient réduites respectivement de 5,2 points (passant de 23,2 % à 18 %) et de 1,3 points (passant de 7 % à 5,7 %), ainsi que pour le Nord – Pas-de-Calais dont la part serait accrue d'1 point (passant de 7 % à 8 %). Par exemple pour la région Île-de-France, pour une promotion correspondant à un *numerus clausus* de 7000, 1261 étudiants accèderaient en deuxième année de médecine dans cette variante, contre 1625 dans le scénario central. Cette variante n'a d'impact que sur la répartition régionale des médecins, les autres résultats n'étant modifiés que tout à fait à la marge par rapport au scénario central (du fait notamment des taux de redoublements différents d'une région à l'autre).

10. La fraction régionale du nombre de places en deuxième année de médecine est modifiée proportionnellement à l'écart existant en 2003 entre la densité médicale de la région et la densité médicale nationale.

TABLEAU 5

NUMERUS CLAUSUS ET NOMBRE DE DIPLÔMÉS DANS LE SCÉNARIO CENTRAL**ET UNE VARIANTE DE RÉÉQUILIBRAGE DES NUMERUS CLAUSUS RÉGIONAUX (SCÉNARIO 6)**

Régions	Nouveaux numerus clausus	Nouvelle part dans le nc	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 6	Évolution par rapport à 2002	Écart en 2025 entre le scénario n° 6 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 6 et le scénario central
Alsace	227	3,2 %	5 731	-6 %	-66	-1 %
Aquitaine	490	7,0 %	11 054	6 %	281	3 %
Auvergne	183	2,6 %	4 093	6 %	139	4 %
Bourgogne	207	3,0 %	4 341	-4 %	223	5 %
Bretagne	324	4,6 %	8 866	-3 %	227	3 %
Basse-Normandie	195	2,8 %	4 094	4 %	332	9 %
Centre	224	3,2 %	5 900	-11 %	237	4 %
Champagne-Ardenne	203	2,9 %	3 945	7 %	311	9 %
DOM			3 996	-1 %	59	2 %
Franche-Comté	164	2,3 %	3 255	-1 %	169	5 %
Haute-Normandie	234	3,3 %	4 964	3 %	380	8 %
Île-de-France	1 261	18,0 %	33 852	-28 %	-2 566	-7 %
Languedoc-Roussillon	198	2,8 %	7 638	-14 %	-299	-4 %
Limousin	127	1,8 %	2 394	1 %	14	1 %
Lorraine	294	4,2 %	6 248	-9 %	226	4 %
Midi-Pyrénées	229	3,3 %	8 008	-17 %	-284	-3 %
Nord - Pas-de-Calais	560	8,0 %	12 252	4 %	642	6 %
PACA et Corse	399	5,7 %	16 215	-20 %	-1 010	-6 %
Poitou-Charentes	184	2,6 %	4 896	1 %	221	5 %
Picardie	217	3,1 %	5 119	7 %	328	7 %
Pays de la Loire	387	5,5 %	9 619	6 %	546	6 %
Rhône-Alpes	693	9,9 %	19 468	2 %	-129	-1 %
France entière	7 000	100,0 %	185 947	-9 %	-19	0 %

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

NOTE : les chiffres figurant dans ce tableau sont des chiffres indicatifs correspondant à des promotions de diplômés issues des numerus clausus à 7 000.

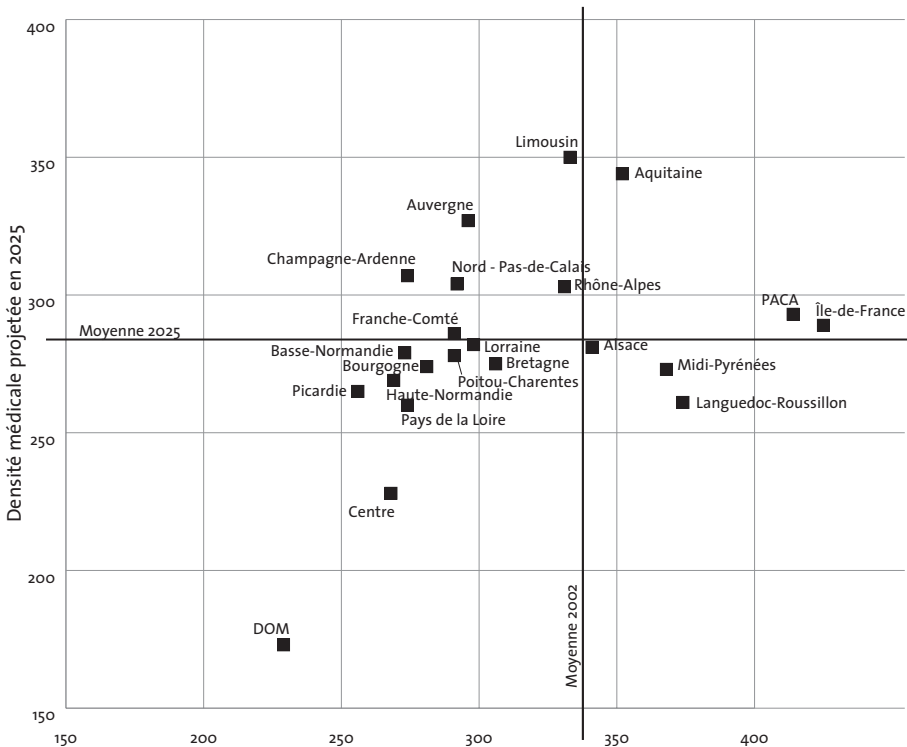
Dans cette variante de rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux au tout début des études de médecine, et en supposant les autres comportements constants, la baisse du nombre de médecins attendue dans le scénario central pour l'Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Alsace serait accrue (il s'agit de cinq régions dans lesquelles, par hypothèse, la part régionale du *numerus clausus* a été réduite). À l'exception de Rhône-Alpes, dans toutes les régions pour lesquelles par hypothèse, le nombre d'étudiants entrant en 2^e année de médecine est relevé, les évolutions des effectifs de médecins seraient au contraire plus favorables : leur diminution serait atténuée ou enrayée, ou leur hausse plus importante que prévu. Par exemple, une augmentation du nombre de médecins serait observée en Picardie (+6,6 %) alors qu'une légère baisse (-0,3 %) était prévue dans le scénario central (cf. tableaux 2 et 5). Quelques régions dont les effectifs de médecins diminueraient si les comportements actuels se maintiennent (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Nord

– Pas-de-Calais, Picardie), verraient de la même façon leurs effectifs de médecins augmenter sous cette hypothèse de rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux.

En termes de densité médicale, celle des régions Île-de-France et PACA serait fortement réduite, passant respectivement de 425 à 289 et de 414 à 293 médecins pour 100 000 habitants entre 2002 et 2025, soit une baisse beaucoup plus prononcée que dans le scénario central. Leur densité médicale deviendrait alors très voisine de la moyenne nationale. À l’opposé, les régions Champagne-Ardenne, Nord - Pas-de-Calais, Auvergne, Basse-Normandie et Picardie dont les densités médicales sont aujourd’hui plus faibles que la moyenne verraient leur densité médicale augmenter. Il convient de noter que sans ce rééquilibrage (i.e. dans le scénario central), une hausse de la densité médicale n’était parmi ces 4 régions observée que pour Champagne-Ardenne, et avec une moindre ampleur. Au total, le rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux aurait pour conséquence, toutes choses égales par ailleurs, un resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale pour la plupart des régions. Le Limousin, l’Aquitaine, l’Auvergne et Rhône-Alpes feraient exception à cette règle, dans la mesure où leur densité projetée en 2025 resterait (Aquitaine) ou deviendrait (pour les 3 autres régions) supérieure à la moyenne nationale. À l’opposé, le Centre et les Départements d’Outre-Mer conserveraient une densité médicale plus faible que la moyenne.

GRAPHIQUE 12

**SCÉNARIO 6 : DENSITÉS MÉDICALES ACTUELLES ET PROJETÉES
DANS L’HYPOTHÈSE DE RÉÉQUILIBRAGE DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX**



SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

La modification de la répartition régionale des places en deuxième année de médecine exercerait donc un effet potentiellement important sur les densités médicales. Mais cet instrument de régulation est pour partie théorique car il repose sur l'hypothèse d'une adaptation des capacités de formation des facultés aux objectifs fixés.

La mobilité à l'installation des médecins atténue en outre les effets potentiels d'un tel rééquilibrage des *numerus clausus* régionaux. En effet, les régions à forte densité médicale sont aussi les plus attractives, et la diminution des places à l'entrée de la deuxième année de médecine peut se trouver en partie compensée par l'installation de médecins issus d'autres régions.

LE RÔLE ESSENTIEL DES COMPORTEMENTS DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION

Le scénario central repose sur l'hypothèse que les comportements de mobilité des médecins lors de leur installation restent identiques à ceux qui ont été observés pour les générations de médecins diplômés après la réforme de l'internat en 1984. Concrètement, pour une région donnée, la projection centrale maintient les répartitions par région d'exercice des jeunes diplômés de chaque région telles qu'elles ont été constatées par le passé. Des clés de répartitions différentes sont à cet égard utilisées pour les hommes et les femmes, les généralistes et les spécialistes. En moyenne, 73 % des jeunes généralistes sont supposés exercer dans leur région de thèse lors de leurs premières années d'exercice, contre 63 % des spécialistes, et 68 % de l'ensemble des médecins.

Cette hypothèse de constance des comportements de mobilité en début de carrière est toutefois peu plausible, et ce, pour au moins deux raisons :

- La première raison est liée à la nouvelle réforme de l'internat : avec l'examen national classant, les futurs généralistes pourront être amenés à effectuer leur troisième cycle de médecine dans une autre région que leur région de deuxième cycle. Une fois diplômés, ils pourraient donc décider de revenir dans cette région de deuxième cycle, comportement qui n'avait pas lieu d'être précédemment.
- La seconde raison est liée à la forte modification attendue des densités médicales régionales. Le scénario central conduit en effet à ce que des régions réputées attractives comme PACA ou l'Île-de-France (les deux régions à la densité médicale la plus élevée en 2002), voient leur densité se rapprocher de la densité moyenne, et devenir inférieure à celle du Limousin ou de l'Auvergne par exemple. Dans un contexte de modification profonde des offres régionales, il est vraisemblable que les parts de diplômés choisissant de s'installer en Île-de-France ou en PACA augmentent.

S'il y a peu de doute que les comportements vont se modifier dans le futur, il reste très délicat de préciser dans quelle proportion. Aussi les variantes sur la mobilité qui ont été réalisées et sont commentées ci-après ont-elles plus vocation à illustrer la forte sensibilité des résultats aux hypothèses retenues qu'à dessiner des futurs probables.

UNE PLUS GRANDE MOBILITÉ DES GÉNÉRALISTES, À L'IMAGE DE CELLE DES SPÉCIALISTES, ACCROÎTRAIT LES DISPARITÉS RÉGIONALES

La première variante relative aux comportements de mobilité consiste à faire l'hypothèse que les généralistes qui seront soumis à un régime proche de celui que connaissaient déjà les spécialistes pour l'entrée en troisième cycle adopteront les comportements de mobilité de ces derniers. Cette variante ne modifie bien sûr que la répartition régionale du nombre de généralistes (et ni leur nombre total, ni la répartition ou le nombre des spécialistes). De manière générale, elle favorise les régions qui conservent actuellement davantage leurs spécialistes que leurs généralistes ou celles qui importent plus de spécialistes que de généralistes, l'effet total pour la région dépendant du solde de ces deux effets. C'est la région PACA qui se trouverait la plus favorisée (en termes relatifs) par cette modification de la mobilité des généralistes en début de carrière. En effet, cela lui permettrait d'avoir un peu plus de 1 000 généralistes supplémentaires à l'horizon 2025, soit 13 % de généralistes ou 7 % de médecins en plus que dans le scénario central. La diminution du nombre total de médecins dans cette région entre 2002 et 2025 serait alors réduite à -9 % (contre -15 % dans le scénario central). Cette amélioration due à la modification de la mobilité des généralistes apparaît avant tout liée à l'attraction des médecins diplômés des autres régions. En effet, toujours d'après les hypothèses du modèle, 4,3 % des spécialistes diplômés dans les autres régions s'installent chaque année en PACA, alors que c'est seulement le cas de 2,7 % des généralistes diplômés en PACA dans les autres régions¹¹. Le cas de l'Île-de-France (ou du Languedoc-Roussillon) est assez proche, dans la mesure où ces régions ont des capacités d'attraction importantes et sont donc susceptibles de susciter une mobilité accrue de la part de généralistes ayant achevé leur formation ailleurs. Au contraire, DOM mis à part, la Bourgogne serait dans cette variante la région ayant la plus forte baisse relative du nombre de médecins (-10 % de médecins en moins par rapport au scénario central). Cette région retient en effet une faible proportion de ses spécialistes (41 % des diplômés des dix dernières années exerçant dans la région). Poitou-Charentes est également dans une configuration proche.

Au total, l'augmentation globale de la mobilité induite par ce scénario contribuerait à accroître les disparités régionales de densité par rapport au scénario central.

11. L'écart en points peut paraître faible, mais il est appliqué à des effectifs importants (l'ensemble des diplômés des autres régions).

TABEAU 6

SCÉNARIO 7 : MOBILITÉ À L'INSTALLATION DES GÉNÉRALISTES ÉGALE À CELLE DES SPÉCIALISTES

Régions	Total médecins					Dont généralistes			
	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 7	Écart en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025	Densité en 2025 dans le scénario n° 7	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 7	Écart en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 7 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025
PACA et Corse	18 362	1 137	7 %	-9 %	332	9 606	1 122	13 %	2 %
Languedoc-Roussillon	8 330	393	5 %	-7 %	284	4 158	385	10 %	-5 %
Île-de-France	38 017	1 599	4 %	-19 %	325	20 924	1 621	8 %	1 %
Rhône-Alpes	20 147	550	3 %	5 %	314	11 066	550	5 %	19 %
Limousin	2 422	42	2 %	2 %	354	1 272	36	3 %	1 %
Alsace	5 856	58	1 %	-4 %	287	3 010	58	2 %	4 %
Midi-Pyrénées	8 377	85	1 %	-13 %	286	4 216	77	2 %	-9 %
Bretagne	8 605	-35	0 %	-5 %	267	4 106	-26	-1 %	-11 %
Aquitaine	10 671	-102	-1 %	2 %	332	6 313	-101	-2 %	26 %
Nord - Pas-de-Calais	11 471	-139	-1 %	-2 %	284	5 842	-138	-2 %	-10 %
Pays de la Loire	8 847	-225	-2 %	-2 %	239	4 119	-221	-5 %	-13 %
Lorraine	5 863	-159	-3 %	-15 %	264	3 024	-154	-5 %	-13 %
Centre	5 448	-216	-4 %	-18 %	210	2 783	-209	-7 %	-17 %
Haute-Normandie	4 409	-175	-4 %	-9 %	239	2 000	-174	-8 %	-20 %
Champagne-Ardenne	3 427	-207	-6 %	-7 %	267	1 742	-211	-11 %	-12 %
Picardie	4 481	-310	-6 %	-7 %	232	2 246	-316	-12 %	-16 %
Basse-Normandie	3 480	-281	-7 %	-11 %	237	1 644	-278	-14 %	-17 %
Franche-Comté	2 856	-230	-7 %	-13 %	251	1 365	-230	-14 %	-21 %
Auvergne	3 594	-360	-9 %	-7 %	287	1 798	-354	-16 %	-14 %
Poitou-Charentes	4 238	-437	-9 %	-13 %	241	2 112	-438	-17 %	-20 %
Bourgogne	3 693	-425	-10 %	-19 %	233	1 927	-428	-18 %	-22 %
DOM	3 376	-561	-14 %	-16 %	146	1 846	-571	-24 %	-15 %
France entière	185 966	0	0 %	-9 %	283	97 119	0	0 %	-3 %

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

LE MAINTIEN DU NOMBRE ACTUEL DE MÉDECINS EN ÎLE-DE-FRANCE ET EN PACA FERAIT DIMINUER DE 14 % CELUI DES AUTRES RÉGIONS

Comme le scénario central, la variante ci-dessus se traduit toutefois encore par une baisse prononcée du nombre de médecins dans les deux régions ayant actuellement la densité médicale la plus forte, à savoir l'Île-de-France et PACA. À titre de deuxième variante, on peut envisager une hypothèse plus extrême selon laquelle les comportements de mobilité des médecins se modifieraient de manière à ce que les effectifs de médecins en Île-de-France et en PACA conservent leurs valeurs actuelles. Ceci correspondrait à une hypothèse dans laquelle en raison de la forte attractivité de ces deux zones, tous les médecins de ces régions seraient remplacés lors de leur départ en retraite. L'Île-de-France compterait alors en 2025 environ 11 000 médecins de plus que dans le scénario central, et PACA 3 000. Les effectifs de médecins des autres régions seraient eux inférieurs de 14 000 soit un écart de 10 % avec le scénario central : la réduction du nombre de médecins dans les autres régions entre 2002 et 2025 passerait alors de 4 % dans le scénario central à 14 % dans cette variante. Cette diminution resterait toutefois inférieure en valeur relative à celles prévues pour l'Île-de-France (23 %) et PACA (15 %) dans le scénario central, les résultats étant de même nature en termes de densité.

TABLEAU 7

SCÉNARIO 8 : MAINTIEN DU NOMBRE DE MÉDECINS EN ÎLE-DE-FRANCE ET PACA

		Scénario central	Scénario n° 8	Écart entre le scénario n° 8 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif entre le scénario n° 8 et le scénario central	Évolution dans le scénario central	Évolution dans le scénario n° 8
Année	2002	2025	2025	2025	2025	2025/2002	2025/2002
Effectifs							
PACA et Corse	20 236	17 225	20 236	3 011	17 %	-15 %	0 %
IDF	47 127	36 418	47 127	10 709	29 %	-23 %	0 %
Autres régions	137 822	132 323	118 603	-13 720	-10 %	-4 %	-14 %
Total	205 185	185 966	185 966	0	0 %	-9 %	-9 %
Densités							
PACA et Corse	414	311	365	54	17 %	-25 %	-12 %
IDF	425	311	403	91	29 %	-27 %	-5 %
Autres régions	304	273	244	-28	-10 %	-10 %	-20 %
Total	335	283	283	0	0 %	-16 %	-16 %

SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.

SCÉNARIO 9

L'ABSENCE DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION NE RÉDUIRAIT
GUÈRE LES DISPARITÉS ENTRE RÉGIONS SANS UN RÉÉQUILIBRAGE
DES *NUMERUS CLAUSUS* RÉGIONAUX

Les deux variantes précédentes démontrent si besoin est la forte influence des hypothèses concernant les comportements de mobilité sur les effectifs futurs des médecins par région. Une autre manière de voir l'influence de ce facteur est d'examiner comment se modifierait le nombre de médecins sous l'hypothèse d'absence totale de mobilité, ce qui se produirait par exemple si les jeunes diplômés étaient tenus de s'installer dans leur région de formation. La variante qui en résulte apparaît bien sûr elle aussi comme une hypothèse extrême, qui ne pourrait que résulter d'une action volontariste du régulateur. En effet, elle nécessiterait d'une part une modification très importante, et donc peu crédible, des comportements de mobilité. D'autre part, compte tenu des autres hypothèses retenues, elle impliquerait que le nombre de médecins s'installant dans chaque région soit proche du *numerus clausus* fixé pour cette région. Or la répartition actuelle de ces *numerus clausus* n'est que partiellement liée aux différences observées en termes de densité médicale, et reflète pour une large part les capacités de formation des différentes régions¹². Par exemple, le *numerus clausus* de l'Île-de-France est important car cette région forme une proportion importante des médecins des régions limitrophes¹³. De fait, dans une variante sans mobilité à l'installation, le Centre verrait par exemple son nombre de médecins baisser fortement par rapport au scénario central (-12 %), avec une évolution du nombre de ses médecins entre 2002 et 2025 passant de -15 % dans le scénario central à -25 % en l'absence de mobilité à l'installation. Si l'on excepte les DOM¹⁴, la région qui subirait la plus forte variation relative de son nombre de médecins serait toutefois PACA, dont le nombre de médecins en 2025 serait inférieur de 16 % en l'absence de mobilité à celui du scénario central. Le Centre et PACA ont en effet en commun de recevoir plus de généralistes et de spécialistes qu'elles n'en perdent du fait de la mobilité des jeunes diplômés en début de carrière. À l'inverse, l'absence de mobilité favoriserait en premier lieu le Limousin. En effet, la mobilité en début de carrière fait perdre au Limousin 42 % de ses diplômés en médecine générale, et 50 % de ses diplômés en médecine spécialisée, sans que les arrivées en provenance des autres régions ne compensent ces départs. L'absence de mobilité en début de carrière conduirait toutefois globalement à une augmentation forte des inégalités régionales de densité médicale en métropole : alors que dans le scénario central celles-ci varieraient en 2025 de 218 (Centre) à 348 médecins pour 100 000 habitants (Limousin), en l'absence de mobilité cette fourchette passerait (pour les mêmes régions) de 192 à 444.

Une action visant à privilégier l'installation des médecins dans leur région de formation n'irait donc dans le sens d'une réduction des disparités de densités médicales régionales que si elle était combinée à un rééquilibrage des *numerus clausus* attribués à chaque région au début des études de médecine (cf. scénario 6).

12. Ainsi, si l'on rapporte le nombre de places des *numerus clausus* régionaux 2004 aux populations des régions, l'Île-de-France (avec 115 places ouvertes pour 100 000 habitants) et le Limousin (142 places) apparaissent très bien loties, à l'inverse du Centre (58 places). Avec 79 places pour 100 000 habitants, la région PACA apparaît également dans une situation inférieure à la moyenne (90).

13. NIEL (X.), « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

14. La forte variation du nombre de médecins dans les DOM découle du fait que le modèle ne génère pas de diplômés dans les DOM : en l'absence de mobilité à l'installation, ces derniers n'accueillent donc pas de nouveaux médecins.

TABLEAU 8

SCÉNARIO 9 : ABSENCE DE MOBILITÉ À L'INSTALLATION

Régions	Effectifs projetés en 2025 dans le scénario n° 9	Écart en 2025 entre le scénario n° 9 et le scénario central (en nombre de médecins)	Écart relatif en 2025 entre le scénario n° 9 et le scénario central	Évolution de 2002 à 2025 dans le scénario n° 9	Densité en 2025 dans le scénario n° 9 (pour 100 000 habitants)
Limousin	3 040	660	28 %	29 %	444
Franche-Comté	3 537	450	15 %	8 %	311
Ile-de-France	41 710	5 292	15 %	-11 %	356
Lorraine	6 737	715	12 %	-2 %	304
Champagne-Ardenne	3 999	365	10 %	9 %	312
Nord-Pas-de-Calais	12 773	1 163	10 %	9 %	317
Alsace	6 254	456	8 %	3 %	307
Bourgogne	4 418	301	7 %	-3 %	279
Haute-Normandie	4 824	240	5 %	0 %	262
Aquitaine	11 251	478	4 %	8 %	350
Basse-Normandie	3 919	158	4 %	0 %	267
Auvergne	4 001	47	1 %	3 %	320
Picardie	4 627	-164	-3 %	-4 %	240
Rhône-Alpes	18 914	-683	-3 %	-1 %	295
Bretagne	8 022	-617	-7 %	-12 %	249
Pays de la Loire	8 456	-616	-7 %	-7 %	229
Poitou-Charentes	4 280	-395	-8 %	-12 %	243
Midi-Pyrénées	7 533	-759	-9 %	-22 %	257
Centre	4 973	-690	-12 %	-25 %	192
Languedoc-Roussillon	6 985	-952	-12,0 %	-22 %	238
PACA et Corse	14 479	-2 747	-16 %	-28 %	261
DOM	1 234	-2 703	-69 %	-69 %	53
France entière	185 966	0	0 %	-9 %	283

Sources : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.

Annexe

RÉSULTATS DÉTAILLÉS
DU SCÉNARIO CENTRAL

TABLEAU 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	6 092	6 300	6 262	6 056	5 933	5 797
Aquitaine	10 445	10 888	10 882	10 553	10 569	10 773
Auvergne	3 877	3 997	3 995	3 891	3 880	3 954
Bourgogne	4 535	4 651	4 596	4 373	4 197	4 118
Bretagne	9 097	9 378	9 328	8 930	8 709	8 639
Basse-Normandie	3 922	4 083	4 117	3 945	3 827	3 761
Centre	6 632	6 765	6 629	6 231	5 886	5 663
Champagne-Ardenne	3 677	3 837	3 823	3 665	3 606	3 634
DOM	4 021	4 052	4 018	3 899	3 922	3 937
Franche-Comté	3 279	3 447	3 442	3 279	3 153	3 086
Haute-Normandie	4 835	5 018	4 998	4 779	4 651	4 585
Île-de-France	47 127	45 993	44 165	41 290	38 520	36 418
Languedoc-Roussillon	8 929	9 109	8 973	8 497	8 170	7 937
Limousin	2 366	2 472	2 480	2 414	2 377	2 380
Lorraine	6 878	7 102	7 020	6 609	6 306	6 022
Midi-Pyrénées	9 637	9 846	9 670	9 033	8 546	8 292
Nord - Pas-de-Calais	11 748	12 113	12 065	11 766	11 725	11 610
PACA et Corse	20 236	20 431	20 094	18 984	17 944	17 225
Poitou-Charentes	4 853	5 072	5 082	4 854	4 724	4 675
Picardie	4 804	5 066	5 081	4 904	4 855	4 791
Pays de la Loire	9 050	9 470	9 537	9 228	9 091	9 073
Rhône-Alpes	19 147	19 746	19 894	19 559	19 508	19 597
France entière	205 185	208 832	206 148	196 737	190 099	185 966

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

TABLEAU 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	2 902	3 067	3 065	2 984	2 962	2 952
Aquitaine	4 991	5 410	5 559	5 670	5 999	6 414
Auvergne	2 095	2 144	2 125	2 083	2 094	2 152
Bourgogne	2 455	2 554	2 541	2 464	2 394	2 355
Bretagne	4 601	4 708	4 619	4 388	4 232	4 132
Basse-Normandie	1 992	2 105	2 110	2 029	1 968	1 922
Centre	3 373	3 469	3 398	3 230	3 078	2 993
Champagne-Ardenne	1 985	2 083	2 063	1 975	1 944	1 953
DOM	2 167	2 213	2 229	2 231	2 341	2 417
Franche-Comté	1 726	1 851	1 853	1 753	1 666	1 594
Haute-Normandie	2 495	2 574	2 522	2 397	2 283	2 173
Île-de-France	20 697	20 629	20 374	19 919	19 511	19 303
Languedoc-Roussillon	4 388	4 458	4 364	4 115	3 915	3 773
Limousin	1 256	1 316	1 326	1 292	1 254	1 237
Lorraine	3 494	3 617	3 588	3 418	3 311	3 178
Midi-Pyrénées	4 640	4 785	4 732	4 444	4 235	4 139
Nord - Pas-de-Calais	6 499	6 648	6 468	6 237	6 122	5 980
PACA et Corse	9 445	9 559	9 457	9 066	8 709	8 484
Poitou-Charentes	2 647	2 787	2 788	2 675	2 591	2 550
Picardie	2 674	2 835	2 799	2 668	2 617	2 562
Pays de la Loire	4 726	4 952	4 913	4 656	4 457	4 340
Rhône-Alpes	9 294	9 625	9 851	9 973	10 220	10 516
France entière	100 541	103 386	102 742	99 665	97 901	97 119

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR RÉGION DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Régions	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Alsace	3 191	3 233	3 197	3 072	2 971	2 845
Aquitaine	5 454	5 479	5 323	4 884	4 570	4 359
Auvergne	1 782	1 853	1 870	1 808	1 786	1 802
Bourgogne	2 080	2 097	2 055	1 909	1 803	1 763
Bretagne	4 497	4 670	4 709	4 542	4 477	4 507
Basse-Normandie	1 930	1 978	2 007	1 916	1 859	1 839
Centre	3 259	3 295	3 232	3 001	2 808	2 671
Champagne-Ardenne	1 692	1 754	1 760	1 690	1 662	1 681
DOM	1 854	1 839	1 789	1 669	1 581	1 520
Franche-Comté	1 553	1 596	1 589	1 526	1 487	1 492
Haute-Normandie	2 340	2 444	2 476	2 382	2 368	2 411
Île-de-France	26 430	25 364	23 791	21 371	19 009	17 115
Languedoc-Roussillon	4 540	4 650	4 609	4 382	4 256	4 164
Limousin	1 109	1 156	1 154	1 122	1 123	1 143
Lorraine	3 384	3 485	3 432	3 191	2 996	2 844
Midi-Pyrénées	4 997	5 061	4 938	4 589	4 311	4 153
Nord - Pas-de-Calais	5 249	5 465	5 597	5 529	5 603	5 630
PACA et Corse	10 791	10 872	10 637	9 918	9 235	8 741
Poitou-Charentes	2 206	2 285	2 294	2 179	2 133	2 125
Picardie	2 130	2 231	2 282	2 236	2 238	2 229
Pays de la Loire	4 324	4 518	4 624	4 572	4 634	4 733
Rhône-Alpes	9 854	10 121	10 043	9 586	9 288	9 081
France entière	104 645	105 446	103 406	97 072	92 198	88 847

SOURCES : ADELI redressé au 31/12/2002, projections DREES.

TABLEAU 4

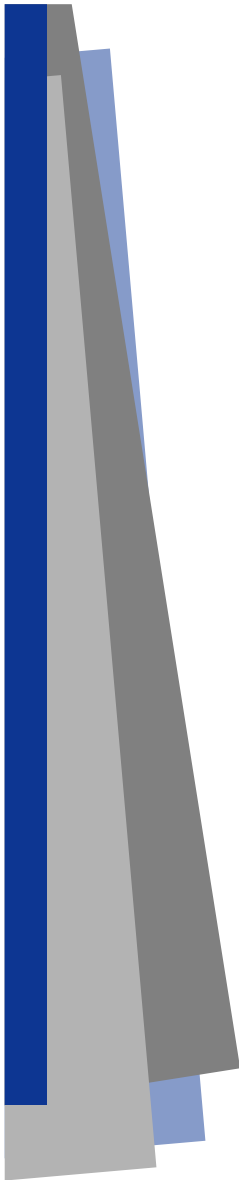
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ DE 2002 À 2025 DANS LE SCÉNARIO CENTRAL

Spécialités	2002	2005	2010	2015	2020	2025
Médecine générale	100 541	103 386	102 742	99 665	97 901	97 119
Anatomie-cyto pathologie	1 628	1 613	1 607	1 592	1 574	1 549
Anesthésie réanimation	10 358	10 523	10 408	9 605	9 120	9 069
Dermatologie vénéréologie	4 014	4 087	4 013	3 788	3 479	3 131
Endocrinologie et métabolismes	1 395	1 492	1 599	1 679	1 737	1 740
Gastro-entérologie hépatologie	3 322	3 458	3 540	3 537	3 549	3 476
Médecine interne	2 462	2 318	2 130	1 889	1 784	1 822
Neurologie	1 729	1 819	1 920	1 976	2 008	2 007
Pathologie cardiovasculaire	5 901	5 969	5 893	5 683	5 529	5 319
Pédiatrie	6 620	6 742	6 777	6 638	6 869	7 182
Pneumologie	2 653	2 733	2 790	2 765	2 685	2 602
Radiologie	8 208	8 237	7 953	7 351	6 725	6 042
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 915	1 929	1 847	1 646	1 469	1 351
Rhumatologie	2 644	2 643	2 593	2 451	2 283	2 105
Autres spécialités médicales*	4 277	4 333	4 241	3 853	3 492	3 200
Chirurgie**	10 668	10 841	10 670	10 328	10 387	10 482
Gynécologie-obstétrique	5 342	5 456	5 652	5 508	5 476	5 472
Ophtalmologie	5 502	5 394	5 113	4 575	3 870	3 121
ORL	3 015	2 972	2 842	2 612	2 335	2 074
Biologie médicale	3 109	3 172	3 090	3 061	3 136	3 079
Psychiatrie	13 727	13 313	12 465	11 008	9 630	8 816
Médecine du travail et santé publique	6 153	6 404	6 262	5 528	5 064	5 208
Total	205 185	208 832	206 148	196 737	190 099	185 966

*gynécologie médicale, génétique médicale, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale.

**chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.

SOURCES : ADEL redressé au 31/12/2002, projections DREES.



L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre au public, avec ce rapport 2004, sa première publication depuis son installation en juin 2003. Ce rapport comporte une *Synthèse générale* et quatre tomes thématiques.

À la croissance des effectifs des professionnels de santé observée ces dernières années devrait succéder une période de repli préoccupante. Les départs à la retraite seront importants et les flux de formation ne garantissent pas, à ce jour, le renouvellement de l'ensemble des professions. Les disparités constatées entre les territoires et entre les structures d'exercice ne semblent pas devoir se corriger. Pour élargir son diagnostic, l'Observatoire complète les données émanant des administrations statistiques par celles de professionnels et d'experts nationaux et régionaux.

Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le tome 1, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, met en regard l'ensemble des données quantitatives disponibles sur les effectifs avec les données sur les conditions d'exercice et l'évolution des métiers.

Le tome 2, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025*, présente les résultats des projections, réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins, par région et par spécialité.

Le tome 3, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, fournit un état des lieux qui prend en compte les effectifs et les conditions de travail et d'exercice.

Le tome 4, *Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours*, décrit, par canton, la situation des différentes régions pour cinq professions : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en propose des synthèses régionales.

L'ONDPS, Observatoire national de la démographie des professions de santé comporte :

- un conseil d'orientation composés 10 membres : personnalités qualifiées et représentants des administrations ;
- 26 comités régionaux composés de 10 membres : 5 membres de droit (DRASS, ARH, URCAM, ORS, URML) et 5 personnalités qualifiées.

L'ONDPS remplit quatre missions :

- rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé ;
- fournir un appui méthodologique à la réalisation d'études régionales et locales sur ce thème ;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels et de l'évolution de leurs métiers, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins. Chaque année, il doit présenter les données recueillies dans un rapport public.

ONDPS

8 bis, rue de Châteaudun
75 009 Paris
Téléphone : 01 44 53 32 82
Téléphone : 01 40 56 82 32
Site www.sante.gouv.fr

La Documentation Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Prix des 5 volumes : 48 €

Ces ouvrages ne peuvent
être vendus séparément
SICOM n° 04 144
DF 57643-3
ISBN : 2-11-005783-1
Imprimé en France

