

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine générale

par

Anthony ANNEREAU

Né le 18 mars 1973 à CHOLET (49)

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2003

Installation des jeunes médecins
Souhaits des résidents

Quelles concordances avec les
conclusions ministérielles récentes

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Yves GROLLEAU
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Rémy SENAND

SOMMAIRE

SOMMAIRE (PAGE 3)

INTRODUCTION (PAGE 11)

1 ENQUETE SUR LE COMPORTEMENT A L'INSTALLATION DES RESIDENTS ISSUS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANTES DEPUIS 1997

1.1 METHODE (PAGE 16)

1.2 LES RESIDENTS NANTAIS : RESULTATS (PAGE 16)

1.2.1 DONNEES GENERALES

1.2.2 CURSUS DES RESIDENTS NANTAIS

1.2.3 CARRIERES ET AVENIR DES RESIDENTS NANTAIS

1.2.3.1 ACTIVITE ACTUELLE ACTIVITE ENVISAGEE

1.2.3.2 ACTIVITE ENVISAGEE

1.2.4 LES RESIDENTS SONT-ILS SATISFAIT DE LEURS ETUDES ET DE LEUR PROFESSION

1.2.4.1 LA PROFESSION

1.2.4.2 LES ETUDES

1.2.4.2.1 *LA FORMATION AUX ACTIVITES NON MEDICALES*

1.2.4.2.2 *LA FORMATION MEDICALE*

1.3 DISCUSSION AUTOUR DE L'ETUDE (PAGE 29)

1.3.1 LE REcul DE L'AGE D'INSTALLATION

1.3.2 LES ASPIRATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

2 DEMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN REGION PAYS DE LA LOIRE

2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION LIGERIEENNE (PAGE 32)

2.1.1 DONNEES GENERALES

2.1.2 INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

2.2 SANTE EN REGION PAYS DE LA LOIRE (PAGE 34)

2.2.1 FACTEURS DE RISQUE ET PATHOLOGIES

2.2.1.1 LES FACTEURS DE RISQUE

2.2.1.2 LES PATHOLOGIES

2.2.2 L'EQUIPEMENT REGIONAL

2.2.2.1 LE COURT SEJOUR HOSPITALIER

2.2.2.2 LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

2.2.2.3 LA PSYCHIATRIE

2.2.2.4 LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

2.2.2.5 L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES

2.3 DEMOGRAPHIE MEDICALE EN REGION PAYS DE LA LOIRE (PAGE 36)

2.3.1 NOMBRE DE MEDECINS

2.3.2 NOMBRE DE MEDECINS ET POPULATION GENERALE

2.3.2.1 LES GENERALISTES

2.3.2.2 LES GENERALISTES LIBERAUX

2.3.2.3 REPARTITION DES DEPARTEMENTS URBAINS/RURAUX

2.3.3 SITUATION EN 2001

2.3.4 PROJECTIONS REGIONALES A L'HORIZON 2020

2.3.4.1 POPULATION REGIONALE

2.3.4.2 EFFECTIF PROJETE DE MEDECINS

2.3.4.3 EFFECTIF PROJETE PAR SEXE

2.3.4.4 EFFECTIF PROJETE PAR SECTEUR D'ACTIVITE

2.3.4.5 EFFECTIF PROJETE PAR TRANCHE D'UNITE URBAINE

2.3.4.6 EFFECTIF PROJETE PAR TRANCHE D'AGE

3 ETAT DES LIEUX NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

3.1 UNE SITUATION PARADOXALE, DES RISQUES POUR DEMAIN (PAGE 45)

3.2 LES MEDECINS SUR LE TERRITOIRE (PAGE 46)

3.2.1 LA DEMOGRAPHIE NATIONALE

3.2.2 LA DEMOGRAPHIE REGIONALE

3.2.3 LA DENSITE DEPARTEMENTALE

3.2.4 LA REPARTITION PAR AGE

3.2.5 LA REPARTITION PAR SEXE

3.3 UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE INTENSE LES TRENTE DERNIERES ANNEES (PAGE 51)

3.3.1 AU PLAN REGIONAL: UNE RESORPTION DES INEGALITES REGIONALES

3.3.2 PROJECTIONS NATIONALES POUR LES ANNEES A VENIR

3.3.3 HOMOGENEISATION INTERREGIONAL DANS UN CONTEXTE DE BAISSSE GLOBALE DES DENSITES

4 ETAT DES LIEUX EN MATIERE D'INSTALLATION

4.1 CATEGORISATION DES CANTONS (PAGE 60)

4.2 LES CANTONS URBAINS (PAGE 62)

4.3 LES CANTONS RURAUX (PAGE 63)

4.4 OBSERVATIONS (PAGE 64)

5 LA MAUVAISE CONNAISSANCE DE LA DEMOGRAPHIE

5.1 UN DEFICIT ANNONCE (PAGE 65)

5.1.1 LE NUMERUS CLAUSUS

5.1.2 LE CONCOURS DE L'INTERNAT

5.2 LES EFFETS DIFFERES DE CES CHOIX (PAGE 68)

5.2.1 CONSEQUENCES TECHNIQUES

5.2.2 CONSEQUENCES POLITIQUES

5.3 L'INCITATION A LA CESSATION (PAGE 68)

5.4 NOMBRE DE MEDECIN OPTIMUM (PAGE 69)

5.5 CONFLITS D'INTERETS (PAGE 69)

5.6 LE GENERALISTE (PAGE 70)

6 HISTORIQUE D'UN DIPLOME QUI MET EN « ORDRE »

CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUE (PAGE 71)

HISTOIRE D'UN TITRE (PAGE 71)

UN TITRE UNIQUE

1982 : LA REFORME QUI BOULEVERSE LES PRINCIPES
ENTRE PENURIE ET PLETHORE
LA REPARTITION

FAIRE MEDECINE (PAGE 75)

ENTRER EN MEDECINE

LA VOCATION

LE SCIENTIFIQUE

LE NON-CHOIX

DEBUTER LES ETUDES

ETUDIER EN FACULTE

LE TEMPS DES ETUDES

ANCIEN REGIME / NOUVEAU REGIME

LES STAGES

LE MANQUE

L'AUTOFORMATION

D'ETUDIANT A PROFESSIONNEL (PAGE 81)

LA « GENERATION SACRIFIEE »

FAIRE DES FEMMES GENERALISTES

RYTHMES ET PERFORMANCES (PAGE 83)

LES « LENTS » ET LES « RAPIDES »

LES « MOINS BONS », LES « BONS » ET LES « TRES BONS »

REPARTITION SELON LE SEXE

LE PURGATOIRE DE L'INTERNAT (PAGE 88)

L'ENTONNOIR

LES FACTEURS DISCRIMINANTS

CHOISIR SA VOIE

AVOIR LE TEMPS

L'INTERNAT DES HOPITAUX

L'EXPERIMENTATION

FILLES ET GARCONS (PAGE 91)

PASSER OU NE PAS PASSER L'INTERNAT (PAGE 91)

FAIRE LA COURSE

LA DECISION BINAIRE
FAIRE SON PROPRE CHOIX

DESTINS ASSEXUES (PAGE 94)

DES ETUDES AU METIER (PAGE 96)

7 PROFIL DES ETUDIANTS ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE

PASSER LES CAPS DE LA FORMATION (PAGE 98)

L'ENTONNOIR DE LA PREMIERE ANNEE
INTERNES ET RESIDENTS

CARACTERISTIQUES DES ETUDIANTS (PAGE 99)

LES FEMMES

L'AGE

LE BAC

L'ORIGINE SOCIALE

INEGALITE DE REPARTITION DES INSCRIPTIONS (PAGE 101)

ORIENTATION APRES LE DIPLOME (PAGE 101)

ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET CHARGE DE TRAVAIL (PAGE 102)

AGE, SEXE, ET ORGANISATION DU TRAVAIL

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

ACCROISSEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

LA MEDECINE LIBERALE (PAGE 105)

LA MEDECINE HOSPITALIERE (PAGE 107)

HAUSSE DES EFFECTIFS

BAISSE DU NOMBRE D'INTERNES ET D'ETUDIANTS

DEBUT DE CARRIERE PLUS FREQUENT A L'HOPITAL

CHANGEMENT DU COMPORTEMENT A L'INSTALLATION

DUREE DE L'EXERCICE HOSPITALIER

PROJECTIONS (PAGE 112)

8 CINQ EXEMPLES DE REGULATION DES POPULATION MEDICALES

LA REGULATION ADMINISTREE (PAGE 113)

LE ROYAUME UNI

LE QUEBEC

LA REGULATION ADMINISTREE INCOMPLETE (PAGE 116)

L'ALLEMAGNE

LA BELGIQUE

LA FAIBLE REGULATION ADMINISTREE : LES ETATS-UNIS (PAGE 119)

9 DISCUSSION AUTOUR DES PROPOSITIONS DES DIFFERENTES MISSIONS

LES CAUSES MATHÉMATIQUES (PAGE 123)

LA DEMOGRAPHIE GÉNÉRALE

LES OBSTACLES DES ETUDES

LE NUMERUS CLAUDUS

L'INTERNAT

PROPOSITIONS CONCERNANT LES FLUX DE FORMATION ET LEUR REPARTITION

FLUX D'ENTREE

REPARTITION DES EFFECTIFS

LES CRITERES QUALITATIFS (PAGE 127)

LA FEMINISATION

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

LE CONJOINT, LA FAMILLE

L'EVOLUTION DE LA SOCIETE

LE COMPORTEMENT DES PATIENTS

PROPOSITIONS

ATTENTES ET CRAINTES DES RESIDENTS (PAGE 131)

DEBUT DE CARRIERE

INSECURITE

DONNEES GENERALES

DONNEES SUR L'ACTIVITE LIBERALE

PROPOSITIONS

CRITERES PERSONNELS

LES REVENUS

PROPOSITIONS D'AIDES A L'INSTALLATION EN VUE D'AMELIORER LA REPARTITION DES MEDECINS (PAGE 138)

EXONERATIONS ET AVANTAGES FISCAUX

BILAN DE L'EXISTANT

NOUVELLES PISTES

LES DEPLACEMENTS

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES MESURES FISCALES

MODULER LES REMUNERATIONS

VALORISER LE ROLE DES COLLECTIVITES LOCALES

PROJETS LEGISLATIFS

ACTIONS LOCALES

CONCLUSION (PAGE 148)

ANNEXES (PAGE 152)

GLOSSAIRE (PAGE 177)

BIBLIOGRAPHIE (PAGE 179)

PAGINATION DES FIGURES (PAGE 184)

INTRODUCTION

Le terme démographie provient de la juxtaposition de deux racine grecques « δῆμος » : peuple, et « γραφείν » : écriture, étude, qui signifie littéralement l'étude du peuple. Aujourd'hui c'est une science à part entière en charge de l'étude des statistiques des collectivités humaines dans leurs structures fondamentales, sociales et intellectuelles. Elle cherche à tirer des lois générales des phénomènes observé et à les exprimer en terme mathématiques et qui dans son versant qualitatif cherche à étudier les structures d'une population (âge, sexe, profession...) et ses mouvements internes (natalité, mortalité, migrations...).

De nos jours, la démographie des professionnels de santé, et notamment des médecins, intéresse et préoccupe aussi bien les professionnels et leurs représentants que les autorités en charge de les former et de les gérer, mais le fait nouveau est que cela passionne les français inquiets de leurs couverture médicale et de l'accessibilité aux soins et donc leurs représentants : les élus.

En y regardant de plus près, la dimension à long terme de la démographie médicale n'est pas seulement mécanique mais aussi politique. Elle exige une constance qui se doit de dépasser les simples clivages partisans. De ce point de vue, le resserrement de l'effectif du numerus clausus jusqu'au début des années 90 est un bel exemple de consensus politico-économique entre les institutions et les représentants professionnels. Mais ce consensus semble, désormais, devoir être mis à mal face aux difficultés annoncées, compte-tenu du délai de 10 à 15ans, du fait de la durée incompressible des études, qui s'écoule entre toutes décisions et leurs effet concrets. En effet il semble plus facile et plus efficace de jouer sur le nombre de professionnels que de modifier les habitudes d'exercices des professionnels.

Dans ces conditions, il faut replacer la démographie médicale à la place qui est la sienne : ce n'est pas la panacée. Rien ne pourrait être plus grave que de fonder toute la politique de santé sur le seul effectif médical comme cela s'est fait par le passé jusqu'à très peu de temps. En effet, avec 170000 médecins en 1996 on parlait de pléthore décriée, alors, par les autorités et différents rapports dont le rapport de Jean CHOUSAT en 1997, et l'on mettait en place une incitation au départ à la retraite.

Deux ans plus tard, on assiste à un vigoureux retournement de situation avec un discours qui de pléthore passe à la pénurie annoncée avec tous les indicateurs démographiques dans le rouge ! Que s'est-il alors passé en deux ans ? L'effectif médical s'était accru de 7500 praticiens et l'on parle de pénurie !

Il semble tout simplement que des chiffres connus de longues dates, jusque là occultes par manque de projection ou volontairement ignorés dans le cadre d'une diminution active des dépenses de santé en limitant l'offre, aient été mis en reliefs par plusieurs travaux. Ces travaux ont provoqués une prise de conscience par la profession des difficultés qui s'annonçaient tant en terme d'effectif que de répartition, alors même qu'un grand nombre d'entre eux se trouvait déjà en situation de difficultés face à une de charge de travail qui depuis plusieurs années allait croissante.

La définition que donne l'Organisation Mondiale de la Santé correspond à : « un état complet de bien être, physique, mental et social, sans maladie ni infirmité » qui va bien au-delà du simple geste médical. La santé ne cesse de secréter des besoins qui épousent et souvent dépassent les progrès de la société

- besoin de proximité : chacun veut la santé à la porte de son domicile
- besoin de disponibilité : les délais d'attente d'antan ne sont, désormais, plus tolérables et non-tolérés par une société ancrée dans la rentabilité
- besoin de sécurité : chacun veut le dernier examen sorti, le plus performant même s'il n'est pas le plus indiqué et peu importe le coût
- besoin de confort : médicaments, gestes chirurgicaux, diététique, psychologie...

- besoin de performance : la médiatisation des exploits médicaux incite chacun à exiger de pouvoir bénéficier de ces techniques

- besoin d'écoute : ce dernier se trouve à la frontière de la prise en charge sociale, par exemple la population des chômeurs consomme trois fois plus de soins que le reste de la population à tranche d'âge et pathologie équivalente.

Comment faire la part d'objectivité de ces besoins exprimés par la population ?

L'existence d'une offre progressivement croissante et d'une prise en charge sociale complète ont probablement créés des habitudes de consommation qui résisteront, tout au moins, en partie à la diminution de l'offre.

Ainsi, voit-on que la démographie a, pour corollaire direct, l'appréciation globale de l'efficacité du système de soins. Tout objectif « idéal » « fini » apparaît donc, concernant le monde médical, comme une utopie technocratique inadaptée.

Est-il unimaginable de repenser le système et son organisation pour l'adapter à une situation en améliorant l'efficacité de ses acteurs ? La seule variable possible est-elle « l'effectif » ? On peut alors envisager un système de soins mieux organisé, mieux géré, mieux contrôlé, et qui soit tout aussi performant que celui que nous connaissons aujourd'hui mais avec des effectifs différents mais des rôles redéfinis et mieux répartis entre les différents professionnels de santé. D'autres pays considérés comme développés, au vu de leurs économies respectives, sont organisés de façon différente avec des effectifs médicaux bien inférieurs aux nôtres. Dans ces pays les citoyens ne sont pas plus malades ni en plus mauvaise santé qu'en France, certes ils souffrent de dysfonctionnement, tel le Canada, le Japon et le Royaume Uni, mais chez nous aussi il y a des dysfonctionnements manifestes que les perspectives démographiques risquent de mettre au jour. C'est peut être une chance qui nous est donnée de travailler sur notre système de soins en cherchant à améliorer son efficacité.

Afin de replacer le généraliste en position de pivot du système, il fallait revaloriser son rôle et son image : accéder à une revalorisation de ses actes pour limiter le décalage d'avec ses confrères spécialistes d'une part, et, d'autre part faire disparaître l'idée que le généraliste est sélectionné par l'échec, idée couramment admise car pour les recalés de l'internat elle était la voie de secours. Ce sera chose faite dès l'année prochaine car la médecine générale intégrera la voie de l'examen national classant comme toute autre spécialité, rompant ainsi avec ce lourd passé d'isolement. Elle bénéficiera comme les autres spécialités d'une formation inscrite dans le cadre d'un DES.

L'approche démographique du problème est, par essence, sommaire puisqu'elle revient à réduire l'extraordinaire complexité du système de soins au seul paramètre numérique de la profession médicale qui, certes représente le sommet de la pyramide d'une « entreprise » qui emploie plus de 1,8 millions de personnes et couvre 60 millions d'assurés. Si les médecins sont au cœur du système de santé, il ne faut pas pour autant les rendre responsables de tous les dysfonctionnements, il faut aussi tenter de cerner les facteurs d'évolution de la demande qui peuvent avoir des effets non négligeables à long terme sur le besoin en médecins. La population augmente de façon régulière et progressivement devient plus âgée.

L'évolution du mode de vie semble devoir devenir le paramètre prépondérant et conditionnant le choix du lieu d'installation des médecins à l'heure d'aujourd'hui. La tendance à l'abaissement du temps de travail et à l'augmentation de la durée des vacances, et plus généralement la recherche d'une meilleure qualité de vie n'épargne plus les médecins. La médiatisation dont jouit la profession et les questions de santé et l'aspiration sécuritaire tendront à faire perdre au médecin son privilège d'ordonnateur principal des dépenses et devra alors se positionner comme négociateur, sensible aux questions d'économies de santé, entre le système de soins et les assurés, détenteur d'un « savoir » de plus en plus contesté.

Une autre des données du paysage médical pour les années à venir est la féminisation croissante de la profession. La « productivité » de nos consœurs est moindre que celle de leurs homologues masculins à temps de travail égal, et elles ont plus tendance que les hommes à exercer à temps partiel, ce qui se traduit par une baisse du potentiel d'offre médicale. D'autre part, les médecins, autrefois, étaient tous des soignants, aujourd'hui on assiste à un éclatement du temps médical avec une participation à la prévention et au dépistage, une activité de gestion et des activités annexes telles des démarches d'accréditation de formation qui consomment du temps médical.

Certes, il nous faut envisager un profil type de médecin pour l'inscrire dans un modèle mathématique afin de pouvoir modéliser l'avenir, mais il faut conserver à l'esprit qu'un médecin, pris individuellement, a des attentes, des aspirations et une pratique professionnelle qui peuvent être totalement différentes que celle du médecin du cabinet voisin. Ceci est un problème pour les statisticiens et un problème en terme de pilotage du système de soins, mais une réelle chance, car chacun de ces médecins a une capacité d'adaptation de son temps de travail et de son mode de prise en charge des consultants qui peuvent avoir un rôle sur le système de soins dont il est acteur à part entière. Toutes les prospectives démographiques devraient alors tenir compte de ce paramètre en valorisant le bien-être du praticien, ces derniers seront sans doute plus enclin à absorber tout, ou une partie d'un probable surcroît de travail qui se dessine pour les années à venir.

Enfin, l'une des craintes des pouvoirs publics qui sont dépositaire de la mission de santé publique est le processus de désertification médicale de certaines zones économiquement, démographiquement ou géographiquement défavorisées où les médecins en place sont sur le point de prendre leur retraite et ne seront pas remplacés par une jeune génération trop faible numériquement et à qui d'autres opportunités sont, aujourd'hui, offertes dans un contexte de baisse globale des effectifs.

La démographie médicale va connaître dans les dix prochaines années une situation inédite : pour la première fois en France le nombre de médecins va diminuer de façon inéluctable. Cette baisse d'effectif intervient après des décennies d'inflation de l'effectif médical : le nombre de médecins a été multiplié par 10 durant le 20^{ème} siècle, les seuls spécialistes ont vu leur nombre doubler entre 1980 et 1992. Dans ces conditions la réduction du nombre de médecins qui se manifesterà sur les chiffres dès 2004, inquiète les responsables sanitaires et les professionnels de santé, d'une part, et les patients d'autre part. Avec une population vieillissante et en croissance démographique (+6%) sur les vingt prochaines années, la demande de soins va mathématiquement s'accroître.

Alors comment est-on passé en moins de cinq ans à la fin des années 90, d'un discours de pléthore avec mise en place d'incitation au départ à la retraite anticipé (Mesures d'Incitation à la Cessation Anticipée de l'Activité) dans le but de « faire disparaître » 20000 prescripteurs, à un discours alarmiste de pénurie annoncée.

Ce travail va donc s'attacher à comprendre comment on a pu en arriver à cette situation qui impose désormais de composer avec l'héritage des choix passés politique en matière de démographie médicale et quelles en ont été les étapes. Les médecins qui exerceront demain sont différents de leur aînés, nous tenterons de voir comment leur formation, parfois à leur dépend, inscrits ces futurs médecins dans une logique en décalage avec le système de soins duquel ils vont être les acteurs et au sein duquel ils vont devoir trouver leur place. Pour essayer de comprendre la dynamique dans laquelle ils s'inscrivent nous tenterons de dresser un état des lieux de la démographie tant nationale que dans les Pays de la Loire ainsi qu'un bilan de l'état de l'offre de soins dans les cinq départements de la région. Au vu de ces éléments, nous tenterons de voir quelle est la concordance entre le pilotage national en terme d'aide à l'installation avec en filigrane une volonté forte d'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire, et les attentes des jeunes praticiens fraîchement installés ou en passe de le faire au moyen d'une enquête locale concernant les résidents issus de la faculté de médecine de Nantes depuis 1997.

On s'apercevra alors aisément que l'enjeu économique est largement dépassé, les pouvoirs publics étant, de leur côté, confrontés à un problème de santé publique, et les médecins pour leur part désormais attachés plus que jamais à leur qualité de vie.

1 .ENQUETE SUR LE COMPORTEMENT A L'INSTALLATION DES RESIDENTS ISSUS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANTES DEPUIS 1997

La démographie médicale et paramédicale est une notion et un paramètre qui ne sont jamais abordés ni enseignés et encore moins explicités au cours de nos études. Cependant notre installation et notre exercice futur se feront en fonction de ce paramètre qui depuis quelques années a défrayé les colonnes de la presse tant spécialisée que grand publique.

Différentes missions ont remis récemment, sur commande du Ministre de la Santé le Professeur Jean-François MATTEI, leurs rapports au sein desquels des propositions d'orientation ont été formulées en matière d'orientations politiques sur la démographie médicale et paramédicale. Les travaux demandés avaient pour sujet « la démographie des professions de santé » sous la présidence du Doyen de la Faculté de Marseille le Professeur Yvon BERLAND, « la permanence des soins » sous la présidence du sénateur honoraire Charles DESCOURS qui se verra attribuer une seconde mission : « propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire ». Il est donc intéressant de confronter ces propositions aux souhaits des jeunes installés ou en voie d'installation, issus récemment des facultés de médecine de France. Qu'en est-il de la prise en compte des souhaits des futurs praticiens qui vont devoir occuper le terrain en tant qu'acteurs du système de soins

La population des résidents issus de la faculté de médecine de Nantes depuis 1997, regroupe l'ensemble des résidents qui ont pu bénéficier d'un stage chez le praticien. Que sont-ils devenus et quelle est actuellement leur activité professionnelle et leur condition sociales, familiales et personnelles ? Sont-ils en accord avec les chiffres fournis au niveau national ? Autant de questions qui se posent à l'aube d'une profonde mutation du système de soins qui paraît inéluctable au vu des projections que sont en mesure de nous fournir les institutions compétentes.

Par une enquête publipostée avec retour de courrier adressée à tous les résidents issus de la faculté de médecine de Nantes, nous allons essayer de mieux appréhender les souhaits et attentes de nos confrères « nantais » et ainsi les confronter aux conclusions et propositions des différentes missions ministérielles, ainsi qu'aux souhaits des résidents à l'échelon national avant la mise en place d'un stage obligatoire chez le praticien.

Ainsi, il nous sera possible de confronter les espoirs et attentes de ceux qui ne sont pas encore sortis des UFR de médecine, d'une part, à celles de ceux qui ont déjà une expérience professionnelle plus autonome : le remplacement et/ou l'installation, d'autre part.

1.1 METHODE

Cette enquête s'est faite en début d'année 2003 : envoi du courrier le 15 février avec date limite de retour le 15 juin, elle s'est adressée de façon distincte à deux populations :

- population de résidents issus de la faculté de médecine de Nantes depuis 1997 (premières promotions ayant pu bénéficier d'un stage chez le praticien)¹
- population de résidents terminant leur résidanat fin avril 2003²

Les résidents des anciennes promotion seront dénommés « anciens » et classés en trois catégories en fonction du temps depuis lequel ils ont terminé leur résidanat

- >2ans
- 1 à 2 ans
- <1an

Et les résidents finissant en mai 2003 seront classés sous le terme « pas fini » ou bien « nouveau ».

Parmi les 145 réponses des anciens, il est à noter que 7 d'entre eux déclarent ne pas avoir fini leur résidanat et sont, de ce fait, ajouté à la population des nouveaux.

1.2 LES RESIDENTS NANTAIS : RESULTATS

Les résultats de cette étude sont exploitables avec un taux de réponses qui est, pour la globalité de celle-ci, de l'ordre de 72%.

Nous pouvons approfondir déjà quelques peu ces résultats :

-en ce qui concerne les plus jeunes, ceux qui, au moment de l'enquête achevaient leur résidanat en mai 2003, le taux de réponse se situe à près de 75% ; avec 34 réponses pour 44 courriers envoyés.

-pour ce qui est des promotions plus anciennes le taux de réponse est quasiment identique de l'ordre de 71% ; avec 145 réponses, 22 retour de courrier pour changement d'adresse, pour un total de 204 questionnaires postés.

Dans tout ce qui suivra les résidents de la promotion ayant fini en mai 2003 seront dénommés les « nouveaux », et les autres des promotions plus anciennes seront dénommé les « anciens ».

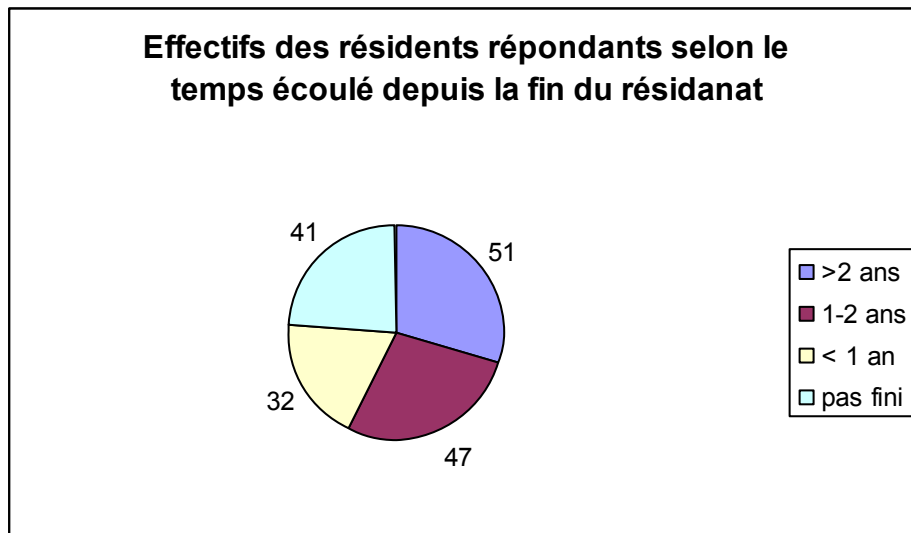
¹ Questionnaire « Enquête concernant les médecins généralistes installés ou remplaçant issus de la faculté de Nantes ayant débuté leur troisième cycle en 1997 et après » : annexe 1

² Questionnaire « Enquête concernant les médecins généralistes terminant leur troisième cycle cette année » : annexe 2

1.2.1 DONNEES GENERALES

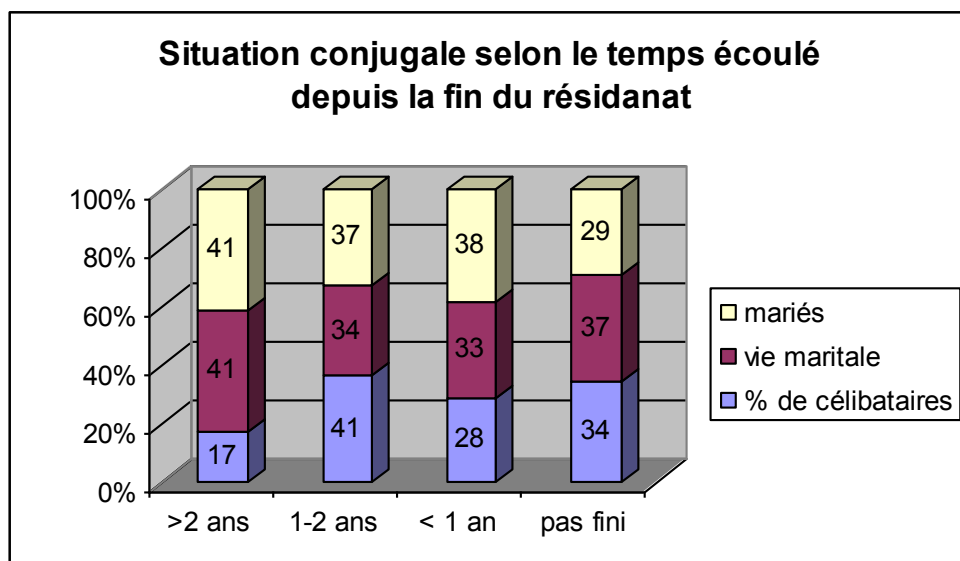
Tout d'abord comment se répartissent les résidents en fonction du temps écoulé depuis la fin de leur résidanat. Sur le graphique suivant on peut constater qu'ils se répartissent d'une façon relativement homogène sur le nombre de répondants.

Graphique n°1 :



Pour ne pas déroger à la règle nationale, les femmes représentent les 2/3 des résidents (66,7% chez les anciens et 55,9% chez les nouveaux), et ce sans différences sur l'ensemble des catégories. La plupart d'entre eux sont mariés, ou tout au moins vivent maritalement.

Histogramme n°1 :



Les anciennes promotions présentent une moyenne d'âge de 30,9 ans contre 27,9 ans pour la promotion sortante, avec un décrochage de trois ans de moyenne entre ceux qui ont fini depuis moins de 1 an par rapport à ceux qui ont fini depuis plus de deux ans, alors qu'en toute logique on devrait constater une différence de deux points seulement.

Tableau n°1 : Age des résidents nantais selon leur ancienneté par rapport à la fin du résidanat

Ancienneté	Moyenne d'âge (années)	Ecart type
>2 ans	32	2.6
1-2 ans	31	3.9
<1 an	29	1.5
Pas fini	28	1.7

Différence significative (ANOVA $p < 10^{-3}$)

On remarque une différence significative que les hommes sont plus vieux que les femmes avec une moyenne globale sur l'ensemble de l'effectif de 31,3 ans pour les hommes contre 29,8 pour les femmes.

Tableau n°2 : Sexe des résidents nantais en fonction de leur ancienneté par rapport à la fin du résidanat

Ancienneté	Effectif Sexe féminin	Effectif Sexe masculin
>2 ans	30 (58.8%)	21 (41.2%)
1-2 ans	34 (73.9%)	12 (26.1%)
<1 an	21 (65.6%)	11 (34.4%)
Pas fini	25 (61.0%)	16 (39.0%)

Différence non significative (chi 2 $p = 0.433$)

On voit ici que les femmes sont très largement majoritaire dans la population ayant terminé le résidanat entre 1 et 2 ans, bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les différents groupes

1.2.2 CURSUS DES RESIDENTS NANTAIS

En ce qui concerne la thèse, ils ne sont que 46,8% des anciens à l'avoir soutenue. On peut observer que les femmes passent leur thèse plus rapidement que les hommes durant le troisième cycle, et ce de façon significative.

Tableau n°3 : Nombre de résidents nantais thésés selon le sexe

Groupe	Effectifs Hommes	Effectif Femmes
Non thésés	46 (41.4%)	65 (25.4%)
Thésés	17 (58.6%)	50 (74.6%)

Différence significative (chi 2 $p = 0.03$)

Ceci se traduit logiquement par un âge moyen des résidents thésés inférieur pour les femmes de l'ordre de deux ans, tout en sachant ce que l'on a vu plus haut, que les résidents hommes sont aussi les plus âgés.

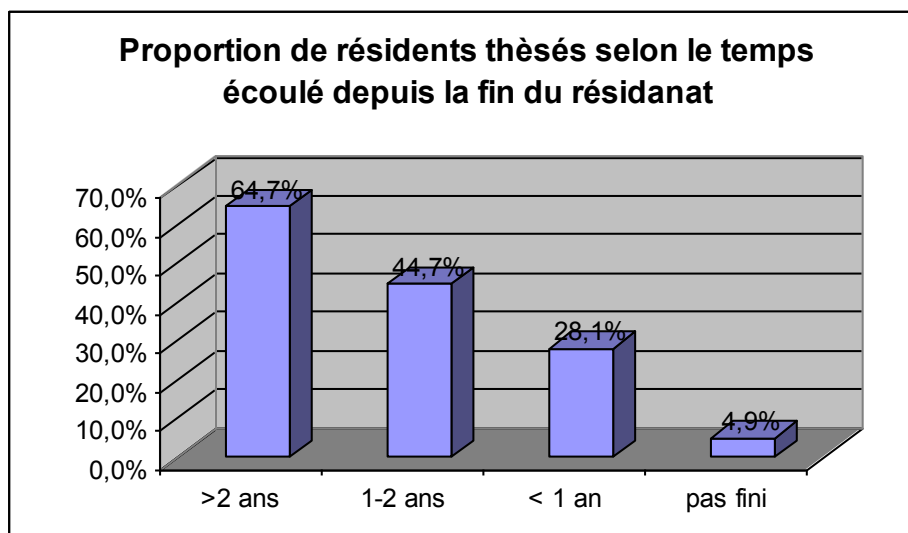
Tableau n°4 : Moyenne d'âge des résidents nantais thésés selon le sexe

Sexe	N=67	Moyenne d'âge $\pm$ écart type
Hommes	17	32.4 $\pm$ 4
Femmes	50	30.6 $\pm$ 2.4

Différence significative ($p=0.03$)

On peut voir sur le graphique suivant, une forte progression entre la catégorie qui a terminé entre 1 et 2 ans et ceux qui ont terminé depuis plus de 2 ans. Cette différence est statistiquement significative (χ^2 $p < 10^{-3}$)

Histogramme n°2 :



On remarque qu'au sein de la proportion qui a terminé sont résidanat en mai 2003, il y a quelques résidents thésés. En fait cela tient au fait que 7 résidents des promotions plus anciennes sont déclarés comme n'ayant pas terminé leur cursus de troisième cycle, et parmi eux il en est qui ont leur thèse. Ceci fausse un peu le constat qui est qu'aucun des résidents qui a terminé en mai dernier n'a soutenu sa thèse alors que rien ne s'y oppose légalement.

Une autre caractéristique à prendre en compte est comment la situation familiale influe sur la soutenance de la thèse. On s'aperçoit alors que les résidents mariés ou qui vivent maritalement avec un ou plusieurs enfants à charge passent leur thèse plus tardivement que leurs confrères célibataires.

Tout se passe comme si la charge familiale occupait le temps dédié à la préparation de la thèse et deviendrait donc une formalité marquant la fin d'une « dérogation » à l'exercice de la médecine générale libérale, et, de fait, ils attendraient l'ultime limite pour s'acquitter de cette formalité. La possibilité de remplacer en milieu libéral sans être titulaire du doctorat en médecine est autorisée avec une licence de remplacement délivrée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour une durée globale de 5 ans ½ à partir de sa première inscription en troisième cycle auprès de la faculté, sous certaines conditions.

TABEAU N°5 : MOYENNE D'ÂGE DES RESIDENTS NANTAIS THESES (N=67) EN FONCTION DE LEUR STATUT FAMILIAL ET LE FAIT D'AVOIR DES ENFANTS A CHARGE

Généralistes	Effectif	Moyenne d'âge ± écart type
Célibataires et sans enfants	13	29.46 ±1.3
Mariés ou vivant maritalement avec un ou plusieurs enfants à charge	27	31.4 ±3.1

Différence significative (p=0.026 test non paramétrique de Mann Witney Wilcoxon car variances inégales sur échantillons <30)

1.2.3 CARRIERES ET AVENIR DES RESIDENTS NANTAIS

1.2.3.1 ACTIVITE ACTUELLE

On constate que sur l'ensemble des anciennes promotions (soit 145 répondants) il n'y a que 20 d'entre eux qui se sont installés, restant en cela en accord avec les tendances décrites au niveau national. A savoir un âge d'installation qui augmente progressivement depuis quelques années. En effet, au niveau national l'âge moyen d'installation sur l'ensemble du territoire de 38 ans avec une exception pour Paris où la moyenne d'âge à l'installation dépasse les 41 ans³.

Tableau n°6 : Proportion de résidents nantais installés, selon l'ancienneté

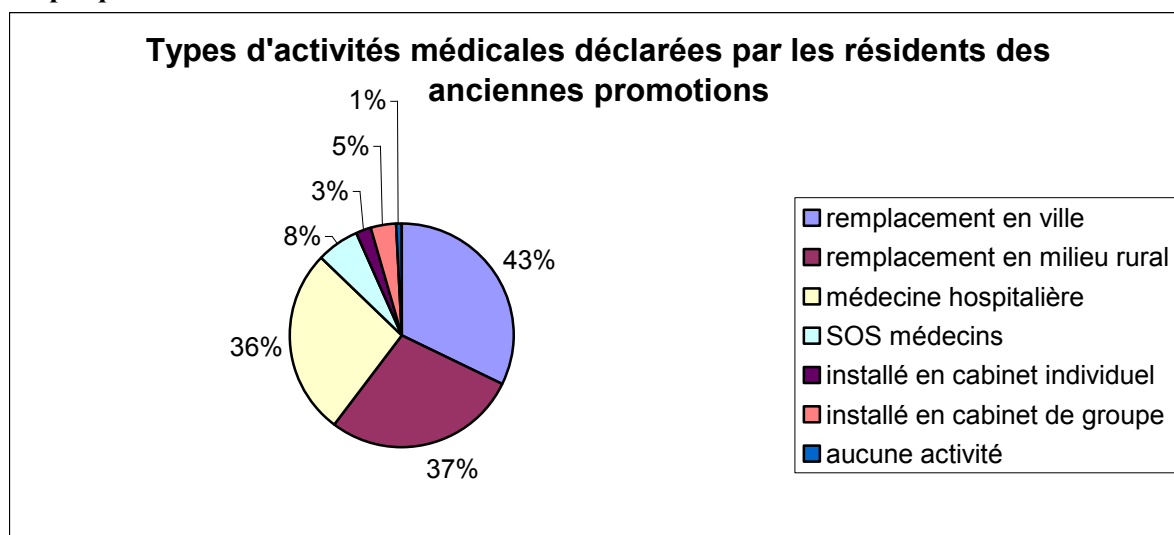
Ancienneté	Effectif Non installés	Effectif Installés
>2 ans	40 (78.4%)	11 (21.6%)
1-2 ans	42 (89.4%)	5 (10.4%)
<1 an	38 (97.4%)	1 (0.02%)

Différence significative (chi 2) significatif

³ Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) d'Ile de France
-Auditions.
Mars 2003.

On relève sur le graphique suivant que c'est le remplacement qui constitue le type principal de l'activité des résidents à l'issue de leur troisième cycle, suivi de l'activité hospitalière, très proche en pourcentage, du remplacement en milieu rural considéré isolément. Ce milieu rural qui inquiète tant les autorités ne semble pas être si déprécié que cela par les jeunes confrères. Ils y sont quand même 37% à y effectuer la totalité ou une partie de leur remplacement

Graphique n°2 :



Sous couvert de conditions d'exercices attractives (horaires fixes, salaire...) certains résidents seraient prêts à exercer au moins à temps partiel en milieu rural. En ce qui concerne les promotions les plus anciennes ils sont 35,3% à se dire prêts à exercer dans ces conditions, et 36,1% qui accepteraient ces conditions d'exercice au moins occasionnellement.

Tableau n°7 : Proportion des résidents nantais non installés des anciennes promotions favorables pour travailler en zone rurale

Anciennes promotions (n=145)			
	n	effectif	%
D'accord pour travailler en zone rurale	119		
Oui		42	35.3%
Non		34	28.6%
Occasionnellement		43	36.1%

On assiste partout en France à une sorte de professionnalisation du remplacement. La moyenne du nombre de jours de remplacements par mois effectués par les résidents issus de la faculté de médecine de Nantes est 13,2 jours.

TABEAU N°8 : MOYENNE DE JOURS DE REMPLACEMENT POUR LES RESIDENTS NANTAIS DES ANCIENNES PROMOTIONS

	Nombre de répondants	Moyenne $\pm$ écart type	[Minimum-maximum]
Jours de remplacement par mois	71	13.2 $\pm$ 3.6	[5-20]

Tableau 9 : Proportion des résidents nantais des anciennes promotions travaillant à temps plein ou à temps partiel

Anciennes promotions (n=145)			
Temps de travail :	N (137)	effectif	%
Temps plein		49	35.8
Temps partiel		88	64.2

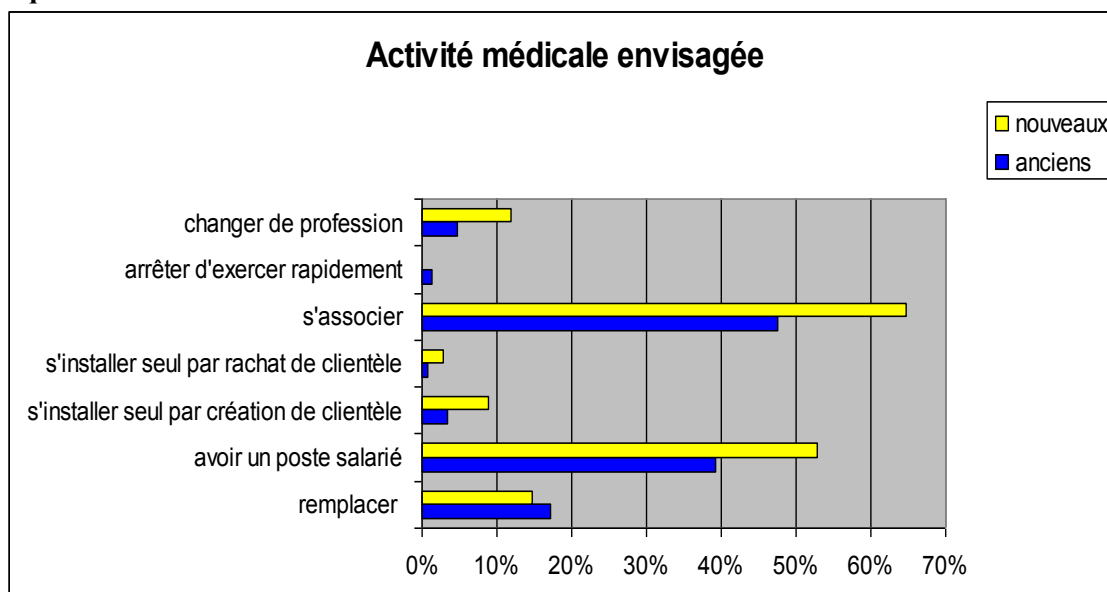
Dans ce dernier tableau force est de constater que les résidents exercent à temps partiels selon leurs propres dires (64,2%). Ceci résulte d'un choix dans leur mode d'exercice car de nombreuses opportunités de remplacements leur sont offertes. En effet, de nombreux confrères installés se plaignent de ne pouvoir trouver de remplaçants malgré des démarches actives : on peut donc conclure à une volonté des résidents de ne pas travailler plus.

1.2.3.2 ACTIVITE ENVISAGEE

On constate qu'aussi bien chez les plus jeunes que chez leurs aînés l'association soit la voie d'installation qui sera privilégiée dans les années futures. Faut-il voir là l'expression d'une appréhension de travailler seul dans un cabinet isolé, cette peur pouvant se faire jour face à trois arguments précédemment développés :

- le fait de se regrouper limite le risque de se faire agresser
- l'exercice en groupe est plus proche de l'activité connue pendant le résidanat où la formation hospitalière qui constitue quand même les 4/5 du troisième cycle ne les a jamais laissés exercer seuls.
- enfin le dernier et non le moindre découle directement de l'évolution sociétale et des projections démographiques : le fait de se regrouper pose de façon moins pressante la problématique de la permanence des soins et permet de se libérer du temps personnel sans avoir à courir après le remplaçant.

Graphique n°3 :



D'autre part on voit que la possibilité d'avoir un poste salarié séduit quand même presque 50% des résidents. Ce statut assure, même si la rémunération est moindre, des horaires, des vacances, et des cotisations sociales automatiquement prélevées, ce qui évite les désagréments de déclarations multiples, fastidieuses et, le plus souvent, complexes.

Un fait inquiétant est la montée en puissance du désir d'exercer une profession différente de la médecine générale libérale « classique » en cabinet entre les anciennes promotions et les nouveaux résidents.

Ce qui est paradoxal, car 50% de cette dernière promotion déclare avoir eu une expérience du remplacement avec un taux de satisfaction de près de 65%, alors que seulement 23,5% se déclarent déçus par cette même expérience.

Tableau n°10 : Proportion de résidents nantais souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale classique en cabinet, selon l'ancienneté

Ancienneté	Désir d'exercer une autre profession	Pas de désir d'exercer une autre profession
>2 ans	9 (17.6%)	42 (82.4%)
1-2 ans	12 (25.5%)	35 (74.5%)
<1 an	8 (25%)	24 (75%))
Pas fini	18 (43.9%)	23 (56.1%)

Différence significative (chi 2 p=0.042)

Au regard du tableau suivant, on constate qu'ils sont moins de la moitié à vouloir s'installer dans les cinq années à venir, et que pour le 1/3 d'entre eux ne souhaite pas s'installer durant cette période.

On observe que la majorité de ceux qui envisagent de s'installer refusent l'idée même de contraintes lors de leur installation (55%).

Par contre, dans l'autre moitié de ces candidats à l'installation, ils sont 13,3% à se dire prêts à envisager cette éventualité. C'est donc sur cette tranche de population que les autorités doivent faire porter les démarches d'incitations afin de leur offrir des opportunités de s'installer dans des zones médicalement « défavorisées ».

Tableau n°11 : Proportion de résidents nantais des anciennes promotions et de la dernière promotion souhaitant s'installer dans les 5 ans à venir

	Anciennes promotions (n=145)			Dernière promotion (n=34)			Diffé.
	n	effectif	%	n	effectif	%	
Installation envisagée dans les 5 ans à venir :	121			34			
Oui		34	28.1%		15	44.1%	NS
Non		41	33.9%		11	32.4%	
Ne sait pas		46	38%		8	23.5%	
Si oui, seriez vous prêt à accepter certaines contraintes	60			18			
Oui		8	13.3%		0	0%	NS
Non		33	55.0%		10	55.6%	
Envisageable		19	31.7%		8	44.4%	

1.2.4 LES RESIDENTS SONT-ILS SATISFAIT DE LEURS ETUDES ET DE LEUR PROFESSION

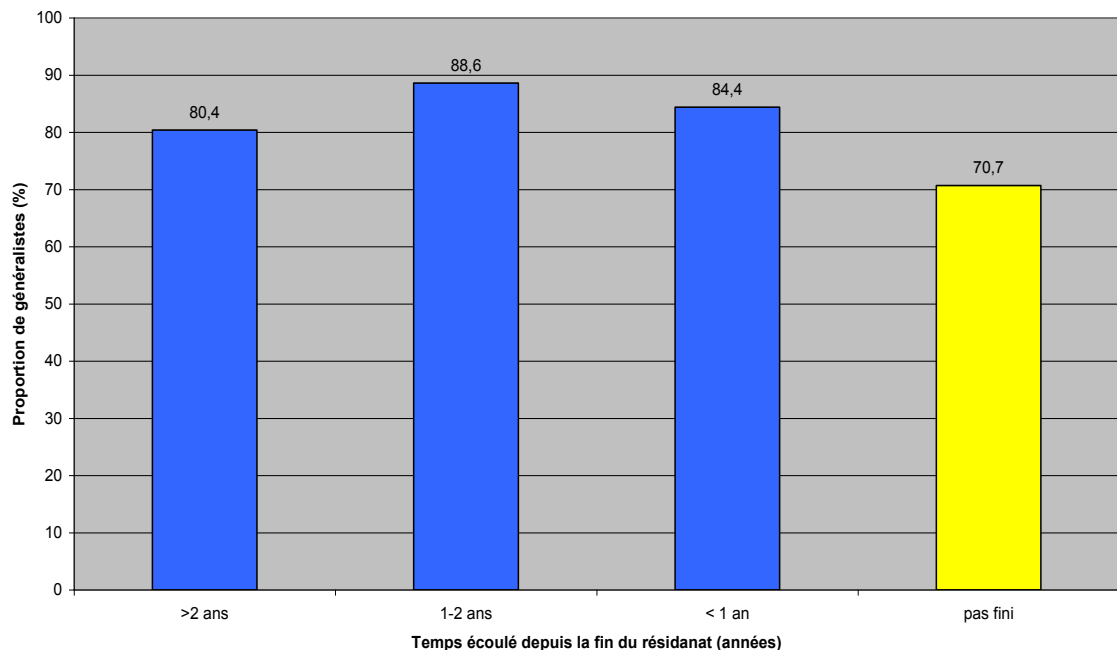
1.2.4.1 LA PROFESSION

A la question posée de savoir si les résidents formés à Nantes étaient satisfaits de leur profession, ils sont globalement 82,6% à répondre favorablement pour les anciennes promotions. A la question : « avez-vous apprécié votre formation de médecin généraliste ? », 67,6% des nouveaux répondent favorablement.

Tableau n°12 : Résidents nantais satisfaits de leur profession selon le sexe

	Satisfaits	Non satisfaits
Hommes	31 (66%)	16 (34%)
Femmes	83 (92.2%)	7 (7.8%)

Différence significative (chi 2 $p < 10^{-3}$)

Histogramme n°3 : Proportion (%) des généralistes satisfaits de leur profession, en fonction de leur ancienneté

Cette satisfaction est à nuancer selon le sexe, en effet, les femmes se disent plus satisfaites, tant de la formation reçue en troisième cycle que de leur profession comme le traduit le tableau ci-dessous.

Comme nous l'avons vu auparavant, les résidents se disent globalement satisfaits de leur condition de praticien en médecine générale, la plupart des jeunes qui se sont essayés au remplacement se déclarent séduits mais la moitié de ces derniers ne souhaite pas s'installer dans les cinq ans à venir.

Les écueils et obstacles sont multiples. Les résidents ont formulés de façon ouverte en fin de questionnaire des remarques qui ne peuvent pas donner lieu à une étude statistique, mais qui donnent des axes de travail afin de mieux préparer nos futurs confrères pendant leurs études. Ces remarques peuvent être classées en plusieurs rubriques.

- premièrement, les problèmes administratifs : déclaration d'activité aux différentes institutions et structures, remplir les différents formulaires tant professionnels que ceux à l'intention des patients telles que les déclarations d'Affection Longue Durée (formulaire SP 32) qui restent purement théoriques lors de nos études. On peut ainsi clairement voir comment la « lourdeur » de la charge administrative est une notion fortement ressentie et peut être préjudiciable au projet d'installation d'un jeune praticien. Mais au fur et à mesure que le résident avance dans son expérience professionnelle cette charge ressentie semble s'estomper. Tout se passe comme si l'expérience remplaçait le manque de formation initiale en ce domaine et rendait la chose plus tolérable comme le montre le tableau suivant.

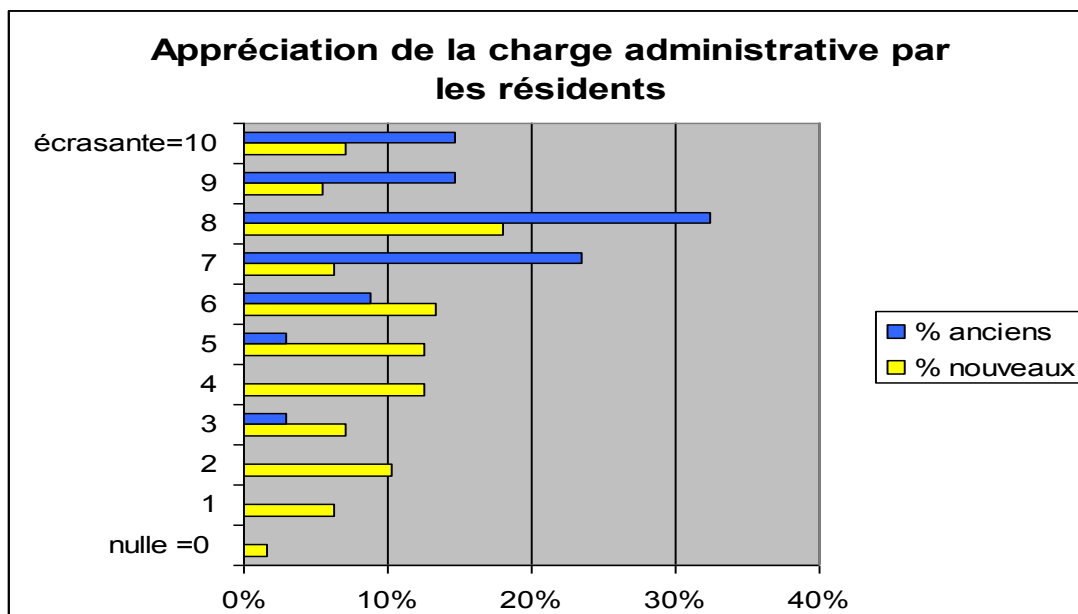
Tableau n°13: Moyenne du ressenti de la charge administrative par les résidents nantais selon l'ancienneté

Ancienneté	Moyenne de la charge administrative	Ecart type
>2 ans	6	2.6
1-2 ans	5.6	2.5
<1 an	4.6	2.3
Pas fini	7.5	2.2

Différence significative (ANOVA $p < 10^{-3}$)

- deuxièmement, les résidents semblent souffrir de l'image d'eux-mêmes que les patients leur renvoi. La dépréciation de la fonction de médecin, et certains résidents regrettent d'être considérés comme de simples prestataires de services corvéables à merci devant se justifier de ses absences. Ce qui est pour beaucoup paradoxal car il s'agit d'une profession dite « libérale » mais soumise à des obligations de mission de santé publique comme la permanence et la continuité des soins. Les patients qui sont de plus en plus revendicateurs et procéduriers, concourent à la remise en question des plus jeunes qui ne se sentent pas toujours les épaules pour supporter ces situations, parfois agressives et violentes, ce qui, au total, semble devoir remettre en cause bon nombre de futurs installations.

Graphique n°4 :

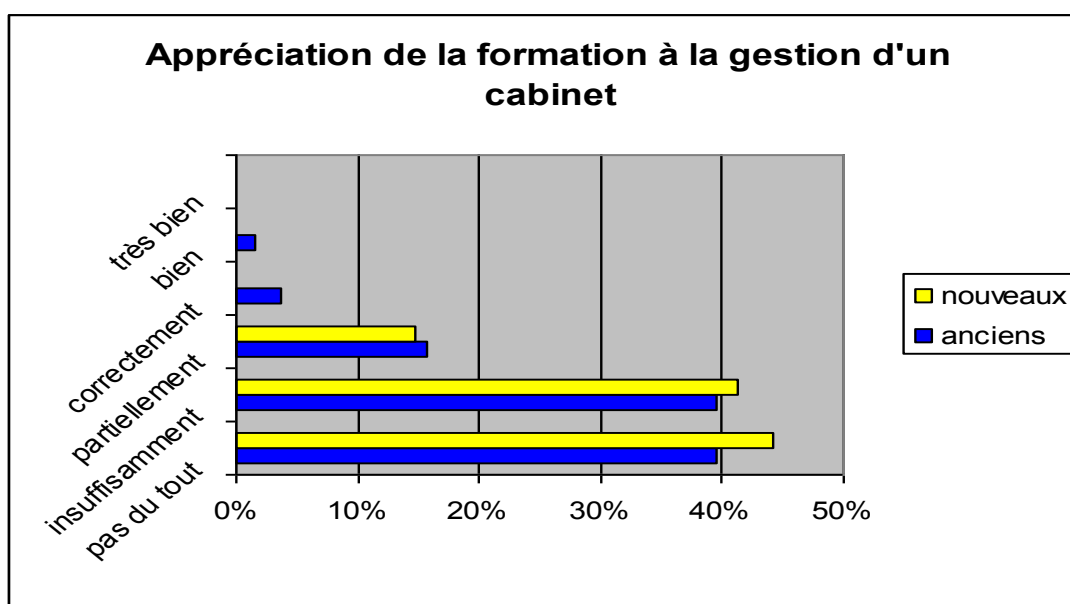


1.2.4.2 LES ETUDES

1.2.4.2.1 LA FORMATION AUX ACTIVITES NON MEDICALES

La gestion d'un cabinet et/ou de l'entrée dans la vie professionnelle avec un calendrier des cotisations peu clair et soumis à des rattrapages préjudiciables en terme de qualité de vie et de sérénité d'exercice, qui peuvent parfois remettre en question une installation prévue.

Graphique n°5 :



Sur le graphique précédent on voit bien que l'attente en terme de formation à la gestion d'un cabinet est très forte. A posteriori, les résidents semblent juger la formation à la gestion d'un cabinet insuffisamment efficace et détaillée. Les problèmes d'assurances se surajoute à une situation déjà bien compliquée, à première vue, ne font qu'amplifier les démarches administratives multiples que le candidat à l'installation doit effectuer, sans avoir jamais eu connaissance de celles-ci avant de s'y trouver confronté.

Ce paramètre est d'autant plus important dans le sens où, comme le montre le tableau suivant le fait d'avoir en ce domaine une aide ne change pas le ressenti de la lourdeur de la tâche administrative qui incombe au médecin.

Tableau n°14 : Moyenne de la charge administrative ressentie en comparant le groupe de résidents nantais ayant eu de l'aide et celui n'en ayant pas eu

Généralistes des anciennes promotions	N =145	Moyenne de la charge administrative ± écart type
Sans aide	74	5.6 ± 2.7
Avec aide	41	5 ± 2.2

Différence non significative (test T de STUDENT p=0.271)

D'autre part, il semble que la perception de cette charge de l'activité administrative soit liée au sexe des résidents. Cette activité administrative est perçue moins lourde par nos consoeurs.

Tableau n°15 : Ressenti de la charge administrative par les résidents nantais selon le sexe

Généralistes	N	Moyenne $\pm$ écart type
Hommes	58	7 ± 2
Femmes	104	5.4 ± 2.6

Différence significative (Test t de Student) $p < 10^{-3}$

Par ailleurs des problèmes d'ordre pratique sont également soulevés tels la formation aux différents logiciels médicaux et non pas à de l'informatique fondamentale qui nous est enseignée en faculté.

Dans ces problèmes de pratique quotidienne on peut aussi classer le manque d'information sur les modalités de création d'une entreprise (le cabinet médical), sous quelle dénomination, quels sont les avantages et inconvénients de chacune des possibilités. Quels sont les écueils des associations. Autant de réponses pratiques qu'ils disent ne pas retrouver dans leur formation initiale de troisième cycle et qui semblent, le jour venu, leur faire défaut.

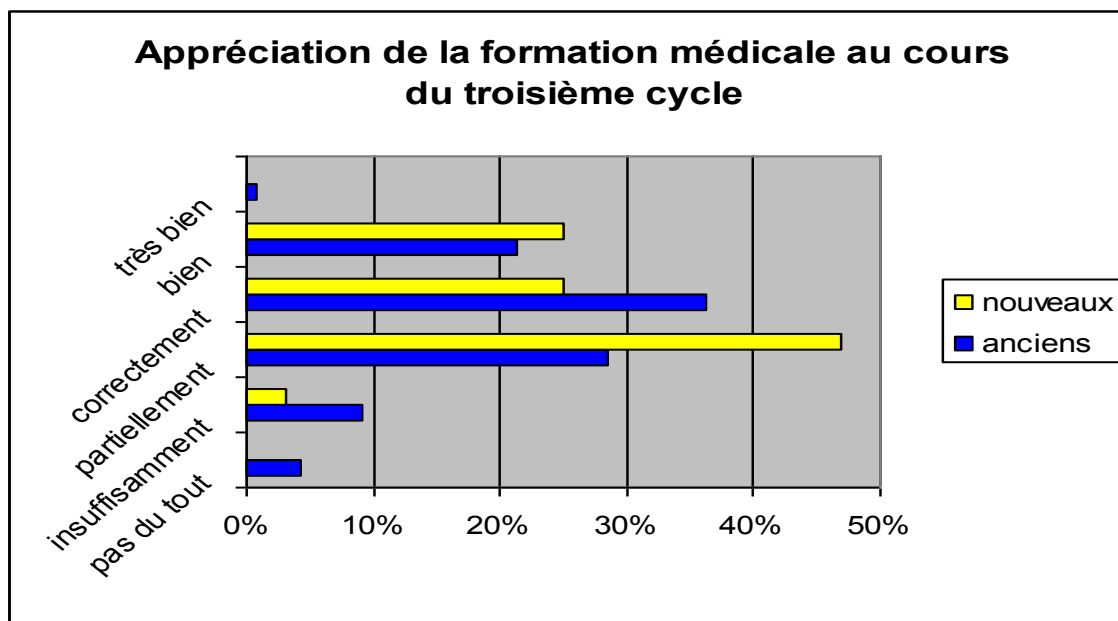
1.2.4.2.2 LA FORMATION MEDICALE

Ils sont dans l'ensemble satisfaits de leur formation à la pratique de leur profession. Ils signalent toutefois, dans les remarques en fin de questionnaires, des problèmes de situations pratiques non abordés en cours de troisième cycle, ou tout du moins insuffisamment selon eux. Viennent ici pêle-mêle la prise en charge des toxicomanes et des problèmes d'ordre psychiatrique tout au moins psychologique, les problèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées et/ou en fin de vie et donc la problématique de la mort à domicile. Ce problème est alors souvent évoqué sous le terme de décalage entre un enseignement universitaire et une pratique de terrain loin de toute considération hospitalière.

En regardant le graphique ci-dessous, on constate, l'instar de la formation à la gestion reçue sur la période du troisième cycle, que la formation médicale une fois confrontée à la réalité de l'exercice soit un peu mieux appréciée par les résidents, qui disent, globalement avoir reçu une formation médicale de qualité.

On notera d'autre part, une remarque spécifique de la dernière promotion qui souligne le manque d'information sur le thème du remplacement : les modalités, les contrats et les obligations du remplaçant en médecine générale.

Graphique n°6 :



1.3 DISCUSSION AUTOUR DE L'ETUDE

Les résidents seraient-ils mal dans leur peau de futurs professionnels ou bien ont-ils peur de ce que l'avenir de la pratique médicale leur réserve ? La question peut être maintenant posée : qu'envisagent-ils pour leur exercice futur ? Alors quels sont les éléments qui les détournent de la profession pour laquelle ils ont été formés. Nous avons pu voir comment les paramètres relatifs à l'exercice en médecine générale sont ressentis par les résidents et quelles en sont les conséquences en matière d'installation.

1.3.1 LE REcul DE L'AGE D'INSTALLATION

Les résidents issus de la faculté de médecine de Nantes ne sont, fondamentalement, pas différents des résidents considérés à l'échelon national. Ils passent leur thèse de plus en plus tard, il s'en suit une augmentation mécanique de l'âge moyen de l'installation. L'allongement de la durée des études est un mécanisme incompressible qui joue en faveur de ce recul de l'âge d'installation.

. Les résidents sont à niveau de cursus égal, plus vieux que leurs confrères spécialistes On peut ici trouver diverses explications :

- comme un parcours universitaire plus heurté que pour les spécialistes pour ce qui est des hommes
- il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de résidents ont tenté le concours de l'internat et parfois redoublé pour se donner un maximum de chance pour cette épreuve
- les femmes pourtant en moyenne plus jeunes que leurs homologues masculins à niveau de cursus égal, interrompent fréquemment leurs études au cours du troisième cycle pour cause de maternité
- les prises de disponibilités seraient, selon certaines données statistiques, plus fréquentes chez les résidents que chez les internes.

A noter cependant un très fort pourcentage de femmes dans la catégorie qui a fini le résidanat depuis plus d'un an et moins de deux ans : est-ce le fait du hasard sur une promotion ou d'un autre facteur qui pourrait être la maternité qui interviendrait plus fréquemment à ce stade du cursus et qui ferait que les femmes s'y retrouve « concentrées » de façon artificielle.

Un dernier élément à évoquer réside dans le fait que, de nos jours, le salaire d'un résident est équivalent à celui d'un interne d'ancienneté équivalente dans le cursus de troisième cycle. Cet état de chose n'a pas toujours été. Il y a encore pas si longtemps l'exercice libéral était le passeport pour l'autonomie et signifiait la fin des années financièrement difficile. Aujourd'hui la réévaluation des salaires des résidents, en plus de la volonté de ceux-ci de rester dans les structures qui les ont formées, les incite à occuper des postes hospitaliers qui leur sont proposés de plus en plus fréquemment.

1.3.2 LES ASPIRATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

Les résidents sont, désormais, majoritairement des femmes qui souhaitent allier vie de famille et vie professionnelle.

L'aménagement du territoire en termes de proximité des commerces, de la possibilité de garde et de la scolarisation des enfants à proximité du lieu d'exercice occupent' aujourd'hui, une place prépondérantes parmi les critères qui conditionnent une installation dans un endroit donné. Les possibilités de loisirs entrent, ici encore une fois, dans les critères de choix.

Enfin, il nous faut considérer l'héritage sociologique, en effet, la majorité des praticiens qui pourraient éventuellement s'installer sont désormais des femmes. La société dans laquelle nous vivons privilégie encore la carrière professionnelle de l' »homme » au sein du couple, ce qui, dans le cas présent, joue en défaveur des installations des généralistes dont la part féminine va croissante. Nos consoeurs sont donc moins enclin à intégrer pleinement leur carrière libérale en vue d'assurer le quotidien du foyer.

D'autre part, les conjoints des médecins occupent, désormais, des postes professionnels de haute technicité qui les obligent bien souvent à des mutations géographiques qui condamnent les possibilités d'installation définitives des médecins au sein d'un cabinet.

D'autres critères entrent certainement en ligne de compte, en effet, avec une féminisation accrue, le problème sécuritaire au sein d'un cabinet semble devoir faire partie des critères qui poussent les plus jeunes à s'installer en groupe. L'effet de groupe diminuant significativement les risques d'agression, les femmes sont plus demandeuses de ce type d'exercice. Ce paramètre peut, sans doute, expliquer aussi en partie que l'exercice en milieu urbain défavorisé et en milieu rural soit, a priori, moins séduisant.

L'autre mode d'exercice qui semble devoir être privilégié dans les années à venir est le remplacement qui offre beaucoup d'avantages en regard des attentes professionnelles des résidents. Le remplacement permet d'alterner les périodes de travail avec des périodes de temps libres tout en conservant des revenus nets mensuels supérieurs aux revenus d'un poste de résident. Ce mode d'exercice peut être considéré comme un mi-temps libéral.

2 DEMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN REGION PAYS DE LA LOIRE

2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION LIGERIEENNE

D'une superficie de 32 082km² réparti sur cinq départements (Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée) et forte de 3 222 061, ce qui représente une densité moyenne de 100,4 habitants au km² pour une densité nationale de 107,6 km². Ces chiffres place notre région au 5^{ème} rang en terme de nombre d'habitants et au 8^{ème} rang en terme de densité de population. Cependant au niveau départemental il existe de grande inégalité à titre d'exemple la Loire-Atlantique a une densité de 166 hab au km² et la Mayenne une densité de 55 hab au km².

Le taux annuel de croissance de la population entre 1990 et 1999 est lui aussi très différents selon les départements +0,84% pour la Loire-Atlantique et seulement de 0,29% pour la Mayenne.

De même les répartitions par tranche d'âge est très différentes selon le département considéré comme on peut le voir dans le tableau suivant : nous pouvons y noter que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est minimale en Loire-Atlantique et maximale en Vendée.

Tableau °16 : Population par tranche d'âge et par département en Pays de la Loire

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
0-19 ans	26,7%	27,3%	26,5%	25,6%	24,8%	26,3%
20-59 ans	54,1%	52,6%	50,8%	51,9%	50,8%	52,5%
60-74 ans	12,7%	12,8%	14,5%	14,3%	16,0%	17,3%
75 ans et plus	6,6%	7,3%	8,2%	8,1%	8,4%	7,4%

Source INSEE 1^{er} janvier 2001

Cette inégalité de répartition par tranche d'âge se retrouve aussi en terme de distribution des différentes catégories socioprofessionnelles : la Loire-Atlantique se caractérise par une forte proportion de cadres supérieurs, de professions intermédiaires ainsi que de personnes sans emplois, en revanche la proportion de retraités et d'ouvriers y est minimale à l'inverse des départements de la Mayenne et de la Vendée. C'est en Mayenne que la proportion d'agriculteurs est la plus forte.

Tableau n°17 : Population par catégorie socio-professionnelle et par département en Pays de la Loire

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Agriculteurs exploitants	1,3%	2,4%	5,4%	1,8%	2,9%	2,3%
Artisans commerçants et chefs d'entreprise	3,3%	3,2%	3,3%	3,1%	3,9%	3,3%
Cadres et prof.intellect.sup	6,1%	4,6%	3,5%	4,2%	3,1%	4,7%
Prof.intermédiaires	12,8%	10,9%	10,0%	10,5%	9,2%	11,1%
Employés	16,6%	14,8%	14,0%	16,0%	14,8%	15,6%
Ouvriers	14,9%	18,7%	19,6%	18,8%	19,0%	17,5%
Retraités	21,2%	22,9%	26,5%	25,9%	26,8%	23,8%
Sans activités prof.	24,0%	22,4%	17,8%	19,6%	20,2%	21,7%

Source INSEE population de 15 ans et plus recensement 1999

2.1.1 INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

Tableau n°18 : Indices démographiques en Pays de la Loire

		Rang national	Moyenne française
Taux de natalité	12,7	7	12,7
Taux brut de mortalité	8,8	4	9
Taux de mortalité infantile	4,5	12	4,6
Indice de vieillissement	67,1	10	67,5

Source DRASS Pays de la Loire 2001

Au vu de ces chiffres nous constatons que ces indicateurs démographiques sont assez favorables dans notre région, mais là aussi il existe de fortes disparités entre les différents départements : le taux de natalité varie de 11,3 pour la Vendée à 12,9 pour la Loire-Atlantique et la Mayenne, le taux de mortalité varie quant à lui de 9,6 en Vendée à 8,1 en Loire-Atlantique.

2.2 SANTE EN REGION PAYS DE LA LOIRE

2.2.1 FACTEURS DE RISQUE ET PATHOLOGIES

Ce paragraphe ne prétend pas dresser une liste exhaustive mais citer les principales causes de mortalités dans notre région notablement plus élevées qu'ailleurs en France. Ce travail est basé sur un rapport de la DRASS des Pays de la Loire réalisé en 2001⁴ avec le concours de la DREES, de l'Ordre des Médecins et de l'INSEE.

2.2.1.1 LES FACTEURS DE RISQUE

Le suicide constitue le premier facteur de risque en Pays de la Loire dans la mesure où il détermine un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale de 22% pour les hommes et de 26% pour les femmes, soit entre 750 et 800 décès annuels dans la région.

Les accidents de la circulation présentent, également, un taux de mortalité supérieur de 9% à la moyenne nationale, même si le nombre de décès ou de blessés graves est en diminution sur les dix dernières années.

La consommation excessive d'alcool présente, elle aussi, un bilan particulièrement négatif. Les pays de la Loire connaissent, en effet, une mortalité par cirrhose du foie associée à l'alcoolisme, qui dépasse de 20% la moyenne nationale chez les hommes et proche de la moyenne nationale pour les femmes.

2.2.1.2 LES PATHOLOGIES

Les accidents cardiovasculaires sont et demeurent la cause de décès les plus fréquents, qui s'élèvent à 9000 par an. La mortalité régionale reste, toutefois, inférieure à la moyenne nationale, de 8% pour les hommes et de 7% pour les femmes.

Le cancer est quant à lui la seconde cause de mortalité dans la région mais la première si l'on considère les décès prématurés avec 38% des décès survenant avant 65 ans.

⁴ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) des Pays de la Loire
-La démographie médicale en pays de la Loire.2002.

2.2.2 L'EQUIPEMENT REGIONAL

2.2.2.1 LE COURT SEJOUR HOSPITALIER

En comparaison avec la moyenne nationale, la région est moins dotée en lits de médecine et de gynécologie-obstétrique.

Tableau n°19 : Nombres de lits par type d'activité en Pays de la Loire

	Lits pour 1000 hab Pays de la Loire	Lits pour 1000 hab France	Rang
Médecine	1,88	2,20	21
Chirurgie	1,70	1,88	16
Gynéco-obstétrique	0,39	0,43	15

Source DRASS Pays de la Loire 2001

Tout comme dans les données d'ordre plus démographique il existe une grande variabilité entre les départements :

- pour la médecine le taux⁵ varie de 1,30 en Vendée à 2,04 en Sarthe
- pour la chirurgie le taux varie de 1,18 en Vendée à 2,06 en Sarthe
- pour la gynéco-obstétrique le taux⁶ varie de 1,51 en Vendée à 1,76 en Mayenne (moyenne régionale à 1,62 et une moyenne nationale à 1,74)

2.2.2.2 LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Les soins de suite présentent un taux global de capacité d'accueil de 1,60 lits en place pour 1000 habitants au 1^{er} janvier 2000 (le taux national se situe à 2,18) dont un taux de 0,47 pour la rééducation fonctionnelle de 0,47 (le taux national est de 0,56). Et là comme ailleurs il existe de forte disparité au sein même de la région entre les départements.

2.2.2.3 LA PSYCHIATRIE

Le taux global d'équipement est supérieur, en pédopsychiatrie, à la moyenne nationale (1,01 lit pour 1000 enfants de 0 à 16 ans en Pays de Loire pour 0,97 en France métropolitaine) et inférieur en secteurs de soins psychiatriques adultes 1,38 lits pour 1000 habitants de plus de 16 ans (contre 1,44) plaçant la région respectivement au 12^{ème} et au 15^{ème} rang national.

Il existe cependant une nuance spécifique à ce secteur d'activité, outre les récurrentes disparités entre départements, qui résident dans la définition en terme d'accueil et de lits ouverts dans un secteur. Par exemple en pédopsychiatrie la Loire-Atlantique présente un taux d'équipement proche de 0 en nombre de lits mais un taux relativement important de places 0,78.

⁵ Nombre de lits en place pour 1000 habitants au 1 janvier 2000

⁶ Nombre de lits en place pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans au 1 janvier 2000

2.2.2.4 LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Pour les enfants on relève au 1^{er} janvier 2000 un taux d'équipement global régional en lits et places d'enfants inadaptés de 9,02 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (pour un taux national de 8,61). Dans ce secteur comme pour les autres les inégalités départementales sont criantes (de 7 pour la Vendée à 11 pour le Maine et Loire).

A l'identique de ce qui se passe pour les enfants, adolescents et jeunes adultes, pour les personnes de 20 à 59 ans la moyenne nationale est de 5,1, la région se distingue par un taux de 6,79 lits pour 1000.

2.2.2.5 L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES

Au 1 janvier 2000 la région se situe au 2^{ème} rang national en matière de taux d'équipement en lits d'hébergement pour personnes âgées avec 172,6 en maison de retraite, foyers-logements et hébergement temporaire pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Et ce, pour une fois de façon relativement homogène dans tous les départements, qui présentent tous un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale (129,7 lits). Bien que des écarts existent entre les cinq départements (de 147 en Sarthe à 213 en Maine et Loire).

Quant au taux d'équipement en structures médicalisées qui est de 64,6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, il est moins favorable (6^{ème} rang) mais reste très au-dessus de la moyenne nationale (54,2)

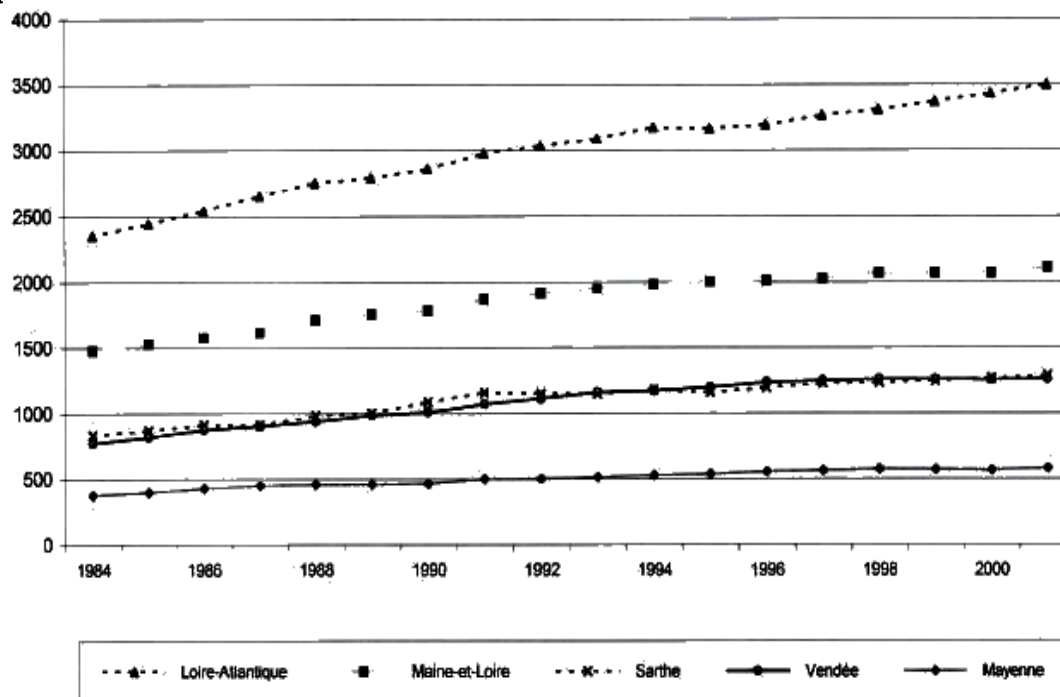
En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, la région bénéficie d'un volume de places (14,65 places pour 1000 habitant de 75 ans et plus) équivalent à celui de la moyenne nationale (14,15). Le Maine et Loire est le département le plus mal doté (11,1) et la Vendée le département le mieux pourvu (18,6).

2.3 DEMOGRAPHIE MEDICALE EN REGION PAYS DE LA LOIRE

2.3.1 NOMBRE DE MEDECINS

Au 1^{er} janvier 2001 on estimait à 8741 le nombre de médecins actifs dans la région des Pays de la Loire. Entre 1990 et 2001 la hausse régionale du nombre total de médecin est de 21,2%. A noter que lors de la décennie précédente cette hausse avait été encore plus sensible +59%.

Courbe 1 : Evolution du nombre de médecins par département en Pays de la Loire



Source DREES 2001

Tableau n°20 : Nombre de médecins par année et département en Pays de la Loire

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
1990	2864	1784	467	1088	1010	7213
1994	3172	1984	529	1179	1172	8036
1998	3312	2070	573	1235	1261	8451
2001	3501	2113	580	1287	1260	8741

Source DREES effectifs redressés aux 1^{er} janvier

2.3.2 NOMBRE DE MEDECINS ET POPULATION GENERALE

Entre les premiers janvier 1991 et 2000 la population médicale (+13,2%) a progressé plus vite que la population générale de la région (+5,4%). Au niveau national, la hausse du nombre de médecins sur la même période est de 10,5% avec une population nationale en hausse de 3,3%.

Tableau n°21 ; Indice de progression de l'effectif médical et taux de progression de la population par département (%) en Pays de la Loire

Evolution	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Nombre de médecins	+15,3%	+10,5%	+12,5%	+9,5%	+17%	+13,2%
population	+7,9%	+3,9%	+2,7%	+3,2%	+6,0%	+5,4%

Source DREES entre les 1^{er} janvier 1991 et 2001

2.3.2.1 LES GENERALISTES

Au 1^{er} janvier 2001, on estime à 4451 le nombre de médecins généralistes actifs dans la région des Pays de la Loire. Entre 1990 et 2001, la hausse régionale du nombre de médecins généralistes (15,2%) est plus marquée pour les généralistes salariés (+23%) que pour les généralistes libéraux (+13%). La proportion de généralistes libéraux oscille, sur la période, entre 76% et 80%.

Tableau 22 : Nombre de médecins généralistes par année et par département en Pays de la Loire

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
1990	1480	954	275	578	577	3863
1993	1506	949	281	632	618	3984
1996	1544	968	301	680	639	4132
1999	1564	1013	329	682	718	4306
2001	1640	1024	343	707	737	4451

Source ADELI-STATISS Pays de Loire aux 1^{er} janvier (y compris remplaçants estimés)

2.3.2.2 LES GENERALISTES LIBERAUX

Au cours de la dernière décennie le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté plus vite que la population. La densité médicale, calculée en rapportant les effectifs de médecins à la population régionale, s'est donc accrue dans tous les départements de la région. Cette progression de densité sur la décennie est proportionnelle à la hausse constatée sur l'ensemble du territoire. La densité régionale de médecins généralistes libéraux reste cependant faible plaçant la région des Pays de la Loire au 16^{ème} rang national. Au sein de la région la position de lanterne rouge est détenue par la Mayenne qui est aussi le département le moins doté au niveau national.

Tableau n°23 : Densité pour 1000 habitants de généralistes libéraux entre 1991 et 2000 par département en Pays de Loire

Densité de généralistes libéraux pour 1000 hab	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	France
1991	92	91	81	92	95	92	104
2000	110	109	85	95	105	115	115

Source ADELI-STATISS Pays de Loire aux 1^{er} janvier

2.3.2.3 REPARTITION DES DEPARTEMENTS URBAINS/RURAUX

En comparant le nombre de généralistes inscrits au fichier ADELI au 1 janvier 1991 et en Juin 2001, on constate une relative stabilité pour l'ensemble de la région mais une position plus favorable des trois départements « ruraux » (Mayenne, Sarthe et Vendée).

Tableau n°24 : Effectifs et taux de croissance de généralistes libéraux par département en Pays de la Loire

Nombre de généralistes libéraux	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
1990	1086	713	231	476	503	3008
2001	1269	807	242	504	576	3398
Evolution 2001/1990	17%	13%	5%	6%	15%	13%

Source ADELI-STATISS Pays de Loire aux 1^{er} janvier

2.3.3 SITUATION EN 2001

On dénombre 805 communes⁷ ne disposant pas de médecin généraliste, il s'agit en quasi-totalité de communes rurales. La grande majorité (749) sont des communes de moins de 1000 habitants.

La structure par tranche d'âge y est globalement proche de celle de l'ensemble des communes de la région.

Au total, c'est 12,6% de la population régionale qui ne dispose pas de médecin généraliste dans sa commune. Ces données régionales souffrent encore une fois d'une très forte inégalité selon les départements. On retrouve une opposition marquée entre la Loire-Atlantique d'une part, la Sarthe et la Mayenne d'autre part, où le nombre de communes et le pourcentage de population sans généraliste sont particulièrement élevés (1 habitant sur 5 en Sarthe, 1 sur 8 en Mayenne).

D'autre part 273 communes (dont 250 rurales) ne disposent que d'un médecin généraliste, et dans 84 d'entre elles, ce médecin est âgé de plus de 50 ans.

2.3.4 PROJECTIONS REGIONALES A L'HORIZON 2020

Ces projections ne sont qu'un exercice statistique sur une base de prérequis susceptible de modifications d'autant plus importantes que les échéances sont plus longues et qui invalideront ces modèles de projection. Elles ont été élaborées par la DREES au premier janvier 2002 avec une hypothèse de *numerus clausus* fixé à 4700. Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que ces projections sont déjà mises à mal car le dernier concours de PCEM1 en mai 2003 a admis 5100 candidats, mais l'essentiel est plus de pouvoir estimer une tendance dans les années à venir afin de permettre aux autorités et collectivités locales de se préparer à une nouvelle situation qui peut encore se modifier d'ici là en fonction des choix et orientations politiques qui seront prises.

Les comportements à l'installation, les départs à la retraite anticipés ou bien retardés, le prolongement des études, une féminisation accrue sont autant de paramètres qui influencent et pourront encore modifier ces projections.

⁷ Voir cartes de répartition de la population et des médecins par canton dans chaque département : annexe 3

2.3.4.1 POPULATION REGIONALE

Sur période de 2000 à 2020, la population ligérienne augmenterait, selon les prévisions de l'INSEE, de 9%. Cette évolution est basée sur la prolongation des tendances récentes et comme lors de la dernière décennie ces augmentations de population se feront de manière beaucoup plus marquée en Loire-Atlantique (+13%) et en Vendée (+10%) et de manière beaucoup plus faible en Sarthe (+3%) et en Mayenne (+4%).

Toujours sur cette période 2000 à 2020, la population ligérienne poursuivrait son vieillissement. La part des personnes âgées de 75 ans et plus augmenterait de l'ordre de 50%, leur part dans la population passant de 7,4% à 10,3%. Les personnes âgées de plus de 60 ans verraient leur effectif grossir de près de 340000 personnes dans la région, leur part dans la population passant de 21% à 29%. Le nombre de personnes de moins de vingt ans diminuerait de 67000 personnes et leur part dans la population passant alors de 26% à 22%. A noter que cette baisse devrait se faire essentiellement au détriment de quatre départements sur cinq qui perdraient chacun de l'ordre de 10% dans cette classe d'âge à l'exception de la Loire-Atlantique.

Tableau n°25 : Evolution de la population ligérienne

	1 ^{er} janvier	0-19ans	20-59ans	60-74ans	75 ans et plus	Total
Loire-Atlantique	2000	304 413	617 693	144 804	75 162	1 142 072
	2020	302 686	645 336	227 113	117 556	1 292 691
Maine et Loire	2000	201 108	386 589	94 124	53 644	735 465
	2020	180 625	381 680	141 172	79 322	782 799
Mayenne	2000	758 94	145 343	41 490	23 439	286 166
	2020	66 685	140 738	55 875	33 138	296 436
Sarthe	2000	136.097	275 911	76 082	43 172	531 262
	2020	119 899	260 859	105 957	60706	547 421
Vendée	2000	134 500	275 916	86 904	45 575	542 895
	2020	115 122	279 916	131 352	71 570	597 240
Pays de Loire	2000	852 012	1 701 452	443 404	240 992	3 237 860
	2020	785 017	1 707 809	661 469	362 292	3 516 587

Source INSEE 2000

2.3.4.2 EFFECTIF PROJETE DE MEDECINS

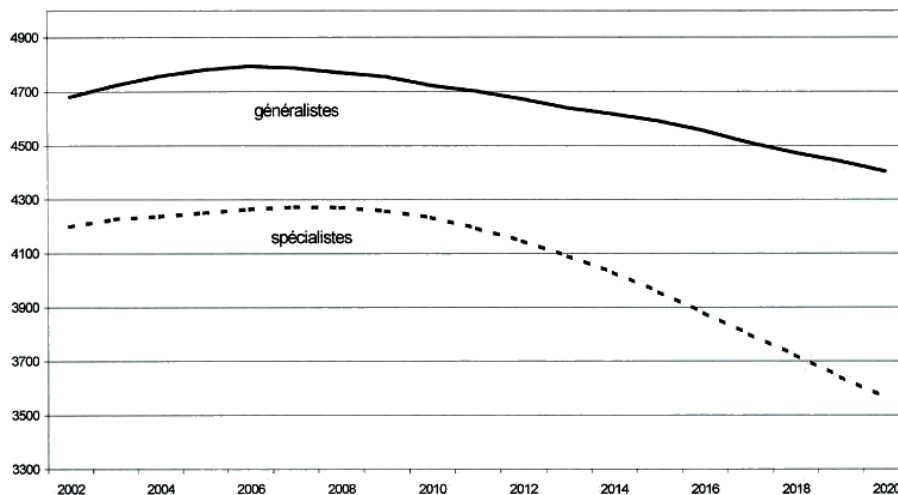
Le modèle de projections démographiques de médecins a été élaboré par la collaboration entre l'INED et la DREES sur la base du fichier ADELI redressé par la DREES (redressement qui permet de prendre en compte les médecins salariés) et sur les effectifs étudiants en cours d'études.

L'hypothèse de base prévoyait le maintien du numerus clausus à 4700, assorti d'une répartition régionale inchangée. De même les 1843 postes d'internes de spécialité restaient alors inchangés tout comme leur distribution sur le territoire dans les différentes spécialités.

Les effectifs médicaux continueront leur évolution à la hausse jusqu'en 2007 de l'ordre de 2%, suivie d'une baisse régulière jusqu'en 2020 pouvant atteindre au total une perte de 12%.

En ce qui concerne les généralistes, leur effectif augmenterait jusqu'en 2006 (+2,4%) pour ensuite baisser de façon continue au cours des quinze années suivantes pour atteindre 8% de réduction par rapport à la situation actuelle.

Courbe n°2 : Evolution du nombre de médecins en Pays de la Loire de 2002 à 2020



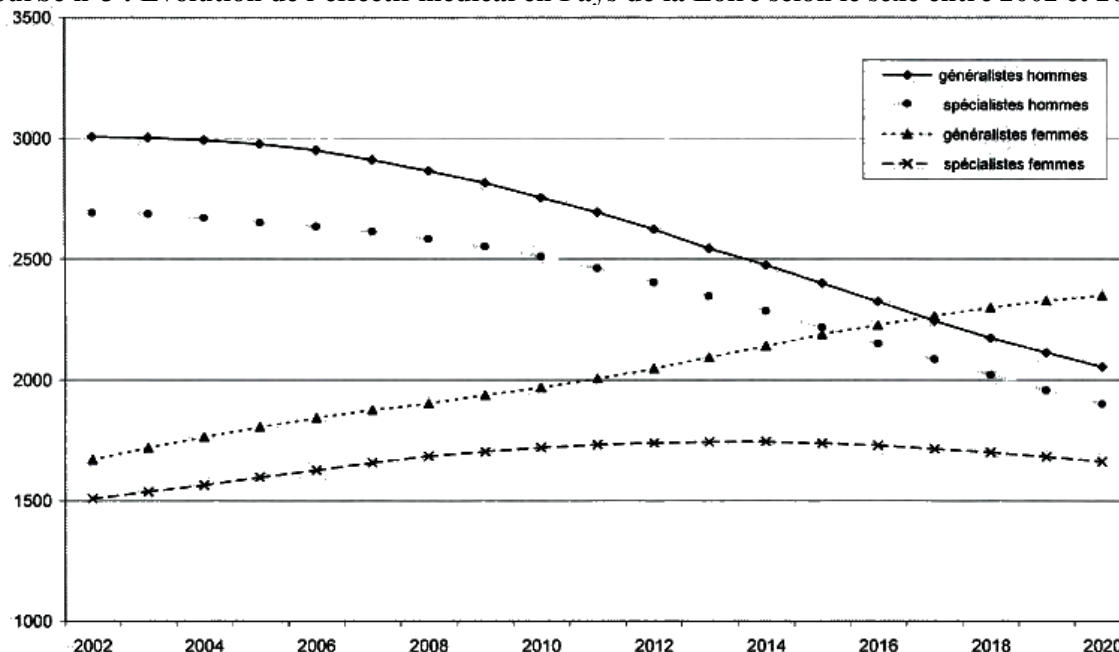
2.3.4.3 EFFECTIF PROJETÉ PAR SEXE

L'évolution des effectifs de médecins au cours des vingt prochaines années sera assez différente chez les hommes et chez les femmes de la région des Pays de la Loire.

Globalement l'effectif féminin serait en constante progression sur la période (+28%) alors que celui des hommes serait à l'inverse en diminution constante (-31%). La part régionale des femmes passerait ainsi de 35% en 2001 à 50% en 2020.

Chez les hommes, la baisse serait à peu près équivalente dans le corps des généralistes et dans celui des spécialistes. En revanche chez les femmes, la progression serait sensiblement plus forte pour les généralistes (+41%) que pour les spécialistes (+10%). Ainsi la progression des effectifs de femmes généralistes serait en hausse constante, alors que celle des femmes spécialistes serait positive jusqu'en 2014, puis négative par la suite.

Courbe n°3 : Evolution de l'effectif médical en Pays de la Loire selon le sexe entre 2002 et 2020



2.3.4.4 EFFECTIF PROJETÉ PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

Chez les médecins libéraux, la hausse des effectifs régionaux serait assez faible en début de période (hausse de 1,3% jusqu'en 2006) suivie ensuite d'une baisse assez marquée jusqu'en 2020 (-18%)

Dans le secteur salarié, entre 2002 et 2020, les évolutions seraient moins marquées. Pour les médecins hospitaliers, la baisse serait de l'ordre de -1% sur cette période, l'inflexion de la courbe ayant lieu en 2011. Pour les médecins salariés non hospitaliers l'évolution sera positive sur la période de l'ordre de 3% malgré une amorce de décroissance de l'effectif dès 2016.

Tableau n°26 : Pourcentage de médecins (spécialistes et généralistes) selon l'activité en 2002 et 2020

Ensemble des médecins	2002	2020
Libéraux	61,1%	56,6%
Salariés hospitaliers	27,5%	30,3%
Salariés non hospitaliers	11,4%	13,1%

Source DREES 2001

Chez les généralistes, on observerait une hausse continue des effectifs des médecins salariés hospitaliers et non hospitaliers et une baisse des libéraux dès 2006 (il faut quand même retenir une baisse globale de l'effectif de 16% sur la période pour les généralistes en Pays de la Loire).

C

Evolution du nombre de généralistes selon le statut entre 2002 et 2020

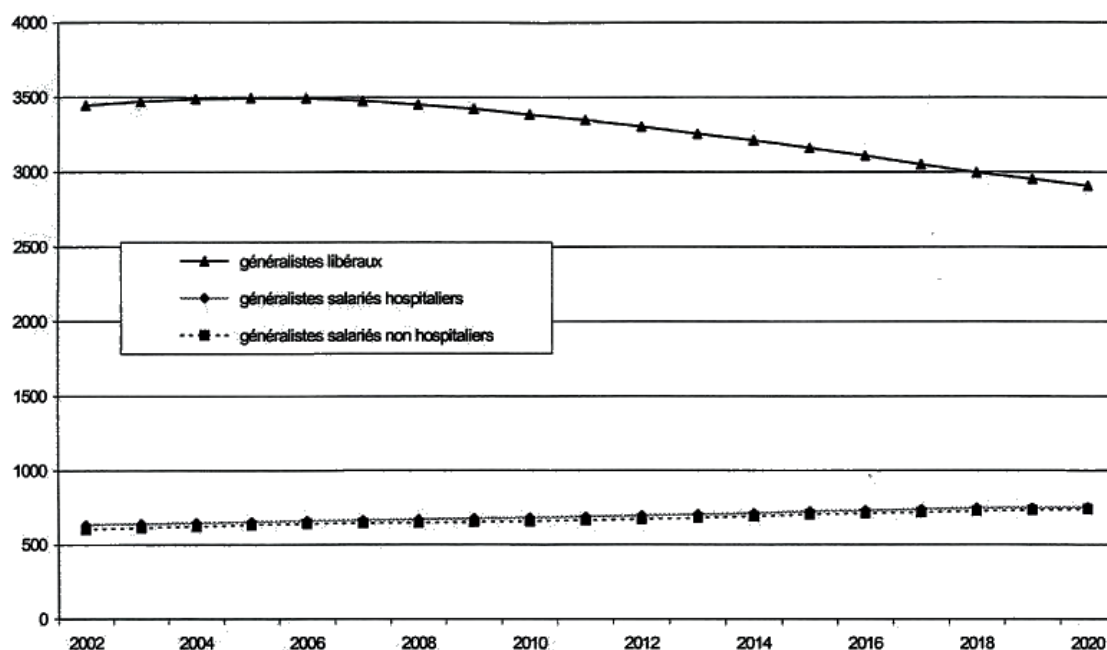


Tableau 27 : Pourcentage de généralistes selon l'activité en 2002 et 2020 en Pays de Loire

Généralistes	2002	2020
Libéraux	73,6%	66,1%
Salariés hospitaliers	13,5%	17,1%
Salariés non hospitaliers	12,9%	16,8%

Source DREES 2001

2.3.4.5 EFFECTIF PROJETÉ PAR TRANCHE D'UNITE URBAINE

Dans cette étude il a été retenu un découpage en trois types de communes :

- rurales : moins de 5000 habitants
- intermédiaires : de 5000 à 100000 habitants
- urbaines : plus de 100000 habitants

Globalement, le recul des effectifs de médecins entre 2002 et 2020 serait moins marqué dans les communes urbaines (-3%) que dans les communes intermédiaires (-17%) et rurales (-26%). Du coup la position nettement favorable des zones urbaines n'en serait que plus affirmée.

En ce qui concerne les généralistes les variations attendues sur les effectifs seraient encore plus marquées avec une hausse de l'effectif de l'ordre de 7% pour les communes urbaines, une baisse attendue pour les deux autres types de commune : baisse de 7% dans les communes dites intermédiaires et d'au moins 29% pour les communes rurales. Du coup la baisse du nombre de généraliste se fera ressentir dès 2004 dans les zones rurales.

2.3.4.6 EFFECTIF PROJETE PAR TRANCHE D'AGE

Le découpage retenu est le suivant : moins de 45 ans, 45-54 ans, 55-60ans et plus de 60 ans⁸.

Ainsi sur la période 2002-2020, pour les moins de 45 ans, on observe une baisse de la proportion des effectifs, suivie d'une reprise à la hausse sur la fin de la période.

Pour la classe d'âge 45-54 ans on peut observer une baisse régulière des effectifs.

Pour la tranche d'âge suivante il y a le « bourrelet démographique » des 55-60 ans qu'il va falloir résorber. Ceci explique une courbe en cloche, avec une hausse de leur représentativité en début de période pour baisser fortement ensuite. Ce bourrelet démographique résulte de la prise de fonction au début des années 1980 des promotions entrées pendant les années 1970 lors de la mise en place du numerus clausus qui s'est maintenu pendant ces dix années à plus de 10000 reçus par année en moyenne. Ce qui correspondait alors à un accroissement de plus de 44% de l'effectif médical.

Enfin pour finir les plus de 60 verront leur effectif et leur part dans la population médicale augmenter régulièrement au cours de la période

⁸ Voir graphique de « répartition des praticiens par tranche d'âge en région Pays de la Loire » annexe 4

3. ETAT DES LIEUX NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Cette partie de données nationales est tirée du rapport sur la démographie des professions de santé du Professeur Yvon BERLAND, mission dont j'ai été membre⁹.

3.1 UNE SITUATION PARADOXALE, DES RISQUES POUR DEMAIN

La situation démographique des médecins présente des caractéristiques paradoxales liées à l'existence d'une densité globale de professionnels jamais atteinte dans la plupart des cas, et l'apparition de forts contrastes géographiques. L'inquiétude des professionnels confrontés à des conditions d'exercice difficiles dans certaines zones se trouve amplifiée par les projections statistiques qui font apparaître des risques de pénuries géographiques et disciplinaires dans les prochaines années.

Comme en témoignent de nombreuses études sur la question, l'analyse de la démographie des professions de santé rencontre d'emblée un certain nombre d'obstacles d'ordre technique liés à la diversité des sources disponibles. Les divergences de données touchent notamment la sphère médicale pour laquelle des écarts importants subsistent, conséquences de modalités plurielles d'inscription dans les différents fichiers, de procédures variées de mise à jour, de découpages disparates dans la définition des métiers.

L'extraction de données fiables nécessite dès lors un effort d'harmonisation qui a en partie été entrepris pour plusieurs professions médicales. Un groupe de travail a notamment été créé sous l'égide du Conseil national de l'information statistique (CNIS) en 1998 afin de « *procéder à un état des lieux des sources existantes, de leur qualité, de détecter les lacunes et de proposer des voies d'amélioration* ». Les travaux conduits entre 1998 et 2002 à travers une approche concertée, impliquant les ordres professionnels, la caisse nationale d'assurance maladie, les caisses de retraites, les mutuelles, les syndicats professionnels et l'Etat, ont essentiellement porté sur le corps médical et permis de mettre en place une démarche méthodologique d'harmonisation des données émanant du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), de la Caisse Nationale d'Assurance maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des statistiques (DREES).

Les données ainsi redressées ont permis de fournir une estimation du nombre global de médecins, de préciser le partage entre salariés et libéraux, la répartition géographique et le nombre de professionnels par spécialité.

⁹ Ministère de la Santé

-Mission sur la démographie des professions de santé.

Y.Berland, A Annereau, J.Berthet, G.Errieau, O.Leroy, Y.Ract, T.Gausseron.

Novembre 2002.

Ces travaux ont de surcroît été l'occasion de constater la complexité des procédures actuelles d'enregistrement des professionnels de santé dans leur ensemble et le manque de coordination des institutions concernées (ordres, caisses, Etat, établissements employeurs).

Si la répartition par région des médecins généralistes et des spécialistes est à présent davantage fiabilisée à la suite de la confrontation des différentes sources et des travaux de redressements spécifiques des fichiers de l'Ordre, la ventilation département par département des médecins spécialistes n'a pas encore fait l'objet d'une homogénéisation systématique des données.

3.2 LES MEDECINS SUR LE TERRITOIRE

3.2.1 LA DEMOGRAPHIE NATIONALE

La densité nationale des médecins constitue depuis 2001 une donnée démographique fiabilisée à la suite des travaux d'harmonisation conduits en particulier par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et la DREES.

Au 1^{er} janvier 2001, 196 000 médecins en activité étaient recensés sur le territoire métropolitain, soit une densité de 332 médecins pour 100 000 habitants, contre 130 en 1970. L'effectif des médecins en exercice dans les DOM/TOM s'élève à environ 4 787. Il conviendrait également d'augmenter l'effectif des médecins ainsi comptabilisés par celui du service de santé des armées¹⁰ qui comptait, au 1^{er} septembre 2002, 2 156 praticiens. Selon l'Ordre National des médecins, les 196 000 médecins en activité se répartissent en 101 145 omnipraticiens (82 219 généralistes et 18 928 médecins à exercice particulier) et 94 855 spécialistes au 1^{er} janvier 2001, soit une répartition de 52 % omnipraticiens et 48% spécialistes.

La DREES propose une estimation légèrement différente du nombre de spécialistes (99 754 soit 50,9%) et de généralistes (96 246 soit 49,1%), imputable à une définition divergente concernant le nombre de médecins à exercice particulier et de praticiens à « orientations complémentaires a priori proches de la médecine générale » (médecine et biologie du sport, gériatrie, aide médicale urgente, pathologie des infections tropicales, médecine des catastrophes, hydrologie et climatologie médicales, réanimation médicale, médecine aérospatiale, phoniatry, toxicomanie et alcoologie...)

¹⁰ Les médecins militaires ne sont en effet pas tenus de s'inscrire dans ADELI ou à l'Ordre.

3.2.2 LA DEMOGRAPHIE REGIONALE

La répartition des médecins entre régions révèle de fortes différences de densité entre l'Ile-de-France et le sud de la France, d'une part, et le nord d'autre part. La densité de la région la moins pourvue (Picardie) est de 248 médecins pour 100 000 habitants alors que celle la mieux dotée s'élève à 422 (Ile-de-France).

Tableau n°28 : Effectifs et densités régionales des médecins

Régions	Médecins	
	Nombre	Densité*
ALSACE	5 985	342
AQUITAINE	10 088	344
AUVERGNE	3 779	286
BOURGOGNE	4 458	274
BRETAGNE	8 762	299
CENTRE	6 504	264
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 577	264
CORSE	902	344
FRANCHE-COMTE	3 215	285
ILE-DE-FRANCE	46 617	422
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8 543	369
LIMOUSIN	2 305	321
LORRAINE	6 804	292
MIDI-PYRENEES	9 273	360
NORD-PAS-DE-CALAIS	11 338	281
BASSE-NORMANDIE	3 820	266
HAUTE-NORMANDIE	4 738	264
PAYS DE LA LOIRE	8 741	269
PICARDIE	4 652	248
POITOU-CHARENTES	4 741	286
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	18 744	412
RHONE-ALPES	18 417	323
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	196 000	332

Source : DREES et CNOM au 1^{er} janvier 2001

La densité moyenne de médecins généralistes sur le territoire s'élève à 163 pour 100 000 habitants. Si le sud de la France est relativement bien pourvu, il n'existe pas dans le cas des omnipraticiens de nette opposition nord/sud¹¹. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi Pyrénées et Corse figurent parmi les plus dotées, alors que le Centre, la Picardie, le Pas-de-Calais, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie présentent des densités bien en dessous de la moyenne.

¹¹ Voir cartes de répartition de densité des médecins et des omnipraticiens annexe 5

Cette représentation de la démographie médicale rapportée à la population régionale montre rapidement ses limites. Elle ne tient en effet pas compte des particularités géographiques locales; l'exemple de la Corse et de l'enclavement de certaines localités est en ce sens significatif.

Tableau n°29 : Effectifs et densités régionales des omnipraticiens

Régions	Omnipraticiens	
	Nombre	Densité
ALSACE	2 827	162
AQUITAINE	4 838	165
AUVERGNE	2 062	156
BOURGOGNE	2 369	146
BRETAGNE	4 437	151
CENTRE	3 279	133
CHAMPAGNE-ARDENNE	1 947	144
CORSE	471	179
FRANCHE-COMTE	1 709	152
ILE-DE-FRANCE	20 810	188
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4 238	183
LIMOUSIN	1 227	171
LORRAINE	3 415	146
MIDI-PYRENEES	4 484	174
NORD-PAS-DE-CALAIS	6 394	159
BASSE-NORMANDIE	1 956	136
HAUTE-NORMANDIE	2 392	133
PAYS DE LA LOIRE	4 591	141
PICARDIE	2 587	138
POITOU-CHARENTES	2 596	157
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	8 719	192
RHONE-ALPES	8 899	156
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	96 246	163

Source : DREES et CNOM au 1^{er} janvier 2001

3.2.3 LA DENSITE DEPARTEMENTALE

La densité médicale départementale¹² présente une forte hétérogénéité. Analysée globalement, elle comporte, à l'instar de la répartition régionale, une nette opposition entre le nord et le sud, ce contraste étant accentué pour les généralistes.

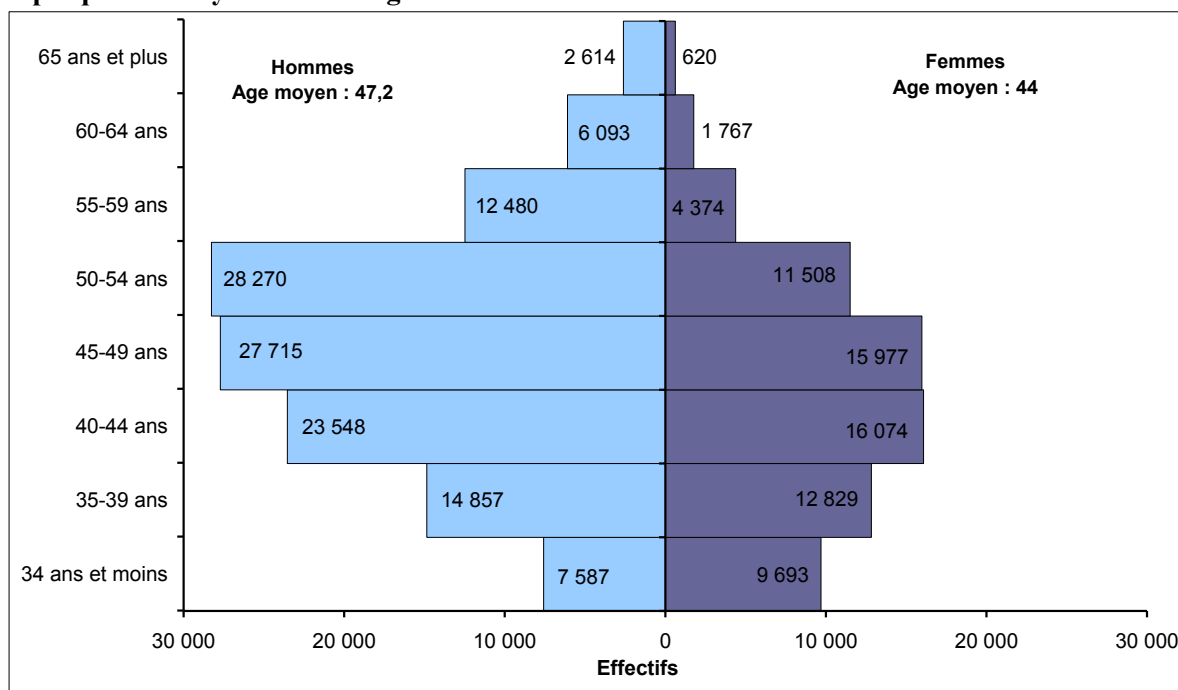
La densité de la population médicale varie cependant de 1 à 4 entre le département le plus faiblement doté, la Mayenne (205 médecins pour 100 000 habitants) et le département le mieux pourvu, Paris (834 pour 100 000 habitants). Les densités d'omnipraticiens sont fortes dans les départements du sud. Pour les spécialistes, les densités sont toujours plus fortes dans les départements sièges de CHU que dans ceux qui en sont éloignés

Toutefois, au cours de la période 1998-2000 les nouvelles installations d'omnipraticiens se sont effectuées plus fréquemment dans la moitié nord du pays.

3.2.3.1 LA REPARTITION PAR AGE

L'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans, 44 ans pour les femmes et 47 ans pour les hommes. L'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. Aussi d'ici une dizaine d'années les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes.

Graphique n°7 : Pyramide des âges des médecins actifs



Source : CNOM au 1^{er} janvier 2001

¹² Voir carte de la répartition départementale des médecins annexe 5

Les généralistes sont globalement plus jeunes que les spécialistes qui deviennent numériquement plus nombreux dans les classes d'âges supérieures à 50 ans.

A l'exception de l'Ile-de-France où les plus de 60 ans sont sur-représentés par rapport aux autres régions, la répartition régionale des médecins par classe d'âge reste relativement homogène

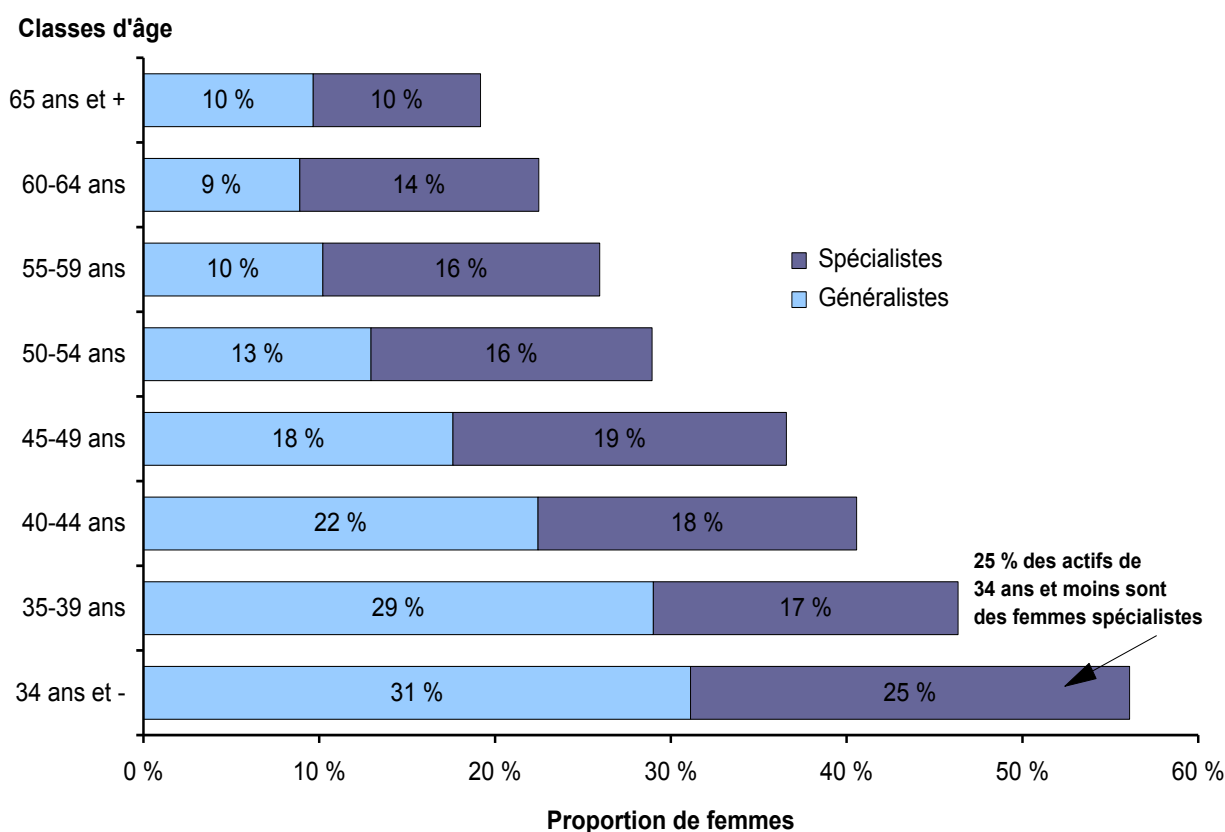
3.2.3.2 LA REPARTITION PAR SEXE

Les femmes représentent un peu moins de 37% des médecins actifs. Cette population est quasi identique chez les spécialistes (37%) et les généralistes (35,8%).

Les femmes sont majoritaires chez les moins de 35 ans : elles représentent 56% de cette tranche d'âge, alors que l'on observe la parité pour les moins de 40 ans.

Alors qu'elles avaient tendance à se tourner vers l'exercice spécialisé, elles s'orientent principalement vers la médecine générale depuis une dizaine d'années. On peut penser que la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 1982 s'est traduite par un accès plus difficile des femmes à la spécialisation qu'elles pouvaient atteindre au préalable par le CES.

Graphique n°8 : Proportion de femmes selon l'âge, répartition généraliste - spécialiste (Métropole)



Source : CNOM au 1^{er} janvier 2001

Dans la tranche d'âge « 34 ans et moins », 31% des femmes sont des généralistes.

Les taux de féminisation par région présentent des écarts relativement sensibles. Les régions Ile-de-France (42,8%) et Rhône-Alpes (38,5%) sont au-dessus de la moyenne nationale (36,4%) alors que la Corse reste sous le seuil des 30%.

3.3 UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE INTENSE LES TRENTE DERNIERES ANNEES

Après un afflux massif d'étudiants en médecine à la fin des années 60, le nombre des médecins n'a cessé d'augmenter au cours des 20 dernières années passant de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 332 médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2001 en France métropolitaine, soit une croissance de 63%.

Tableau n° 30 : Evolution du nombre de médecins depuis 1984

Aux janvier	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001
Total	140 300	153 200	163 800	173 100	179 100	184 700	188 500	191 700	193 200	194 000	196 000
Généraliste	80 005	86 671	90 351	91 741	94 029	93 921	94 945	95 021	95 229	94 746	96 246
Spécialiste	60 295	66 529	73 449	81 359	85 071	90 779	93 555	96 679	97 971	99 250	99 754

Source DREES 2001

L'accroissement a été rapide au cours des années 80 (+ 3,8% par an) et plus lent au cours des années 90 (+1,6% par an). Cette réduction de croissance est la conséquence de la régulation des flux de formation après l'instauration d'un *numerus clausus* en 1971 et la diminution régulière de celui-ci.

Le *numerus clausus* des études médicales est effectivement passé de 8588 places en 1971 à 3500 en 1992, pour augmenter de manière significative à partir de 1998, passant de 3700 à 4700 en 2002¹³.

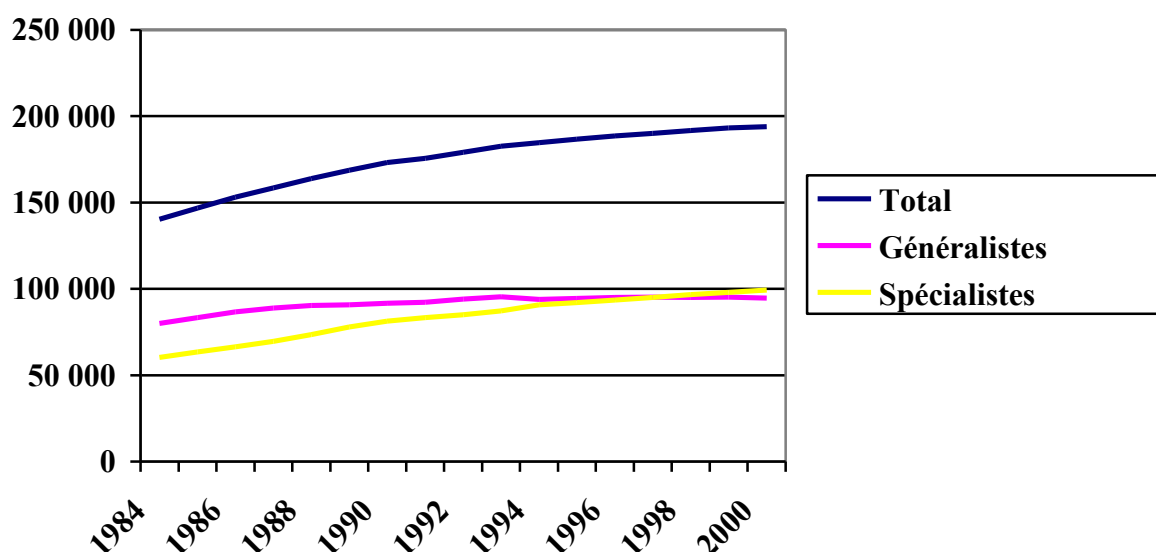
Malgré la réduction régulière du *numerus clausus* depuis 1976, le taux d'évolution annuel des médecins inscrits à l'Ordre a augmenté dans les années récentes entre 1997 et 2000. Deux phénomènes expliquent cela :

- les effectifs des nouveaux inscrits sont gonflés depuis 1995 par l'inscription à l'Ordre des diplômés hors union européenne. En 2000 on recense 6224 nouveaux médecins soit une progression de 9% par rapport à l'année précédente et de 23% par rapport à 1998. Les diplômés hors union européenne représentaient, en 2000, 25% des nouveaux inscrits.

- après une augmentation en 1997 et 1998, les cessations définitives d'activité ont diminué en 1999 et se sont stabilisées en 2000 à 3456. Cette évolution est à imputer à la mesure d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA).

¹³ Voir « évolution du *numerus clausus* » : annexe n°6

Courbe n°5 : Evolution de la population médicale depuis 1984



Source: DREES 2001

La forte croissance démographique du corps médical s'est accompagnée d'une augmentation plus forte du nombre de spécialistes qui représentaient 43% des effectifs en 1984 et 51% au 1^{er} janvier 2001.

Cet essor démographique a touché la plus grande partie des spécialités depuis 10 ans.

3.3.1 AU PLAN REGIONAL: UNE RESORPTION DES INEGALITES REGIONALES

La densité médicale régionale variait de 1 à 2,1 en 1968, elle est comprise actuellement entre 1 et 1,7. Les disparités régionales de l'offre de soins ont donc diminué depuis 15 ans.

Cependant la réduction des inégalités n'a pas modifié la hiérarchie de régions. En particulier, la densité médicale de l'Île de France, qui dépassait en 1985 la moyenne nationale de 40%, ne s'en écarte désormais plus que de 28%. De même, les régions dont les densités étaient en dessous de la moyenne en 1985 s'en sont également rapprochées au cours des quinze dernières années, mais en restant malgré tout inférieures à la moyenne nationale.

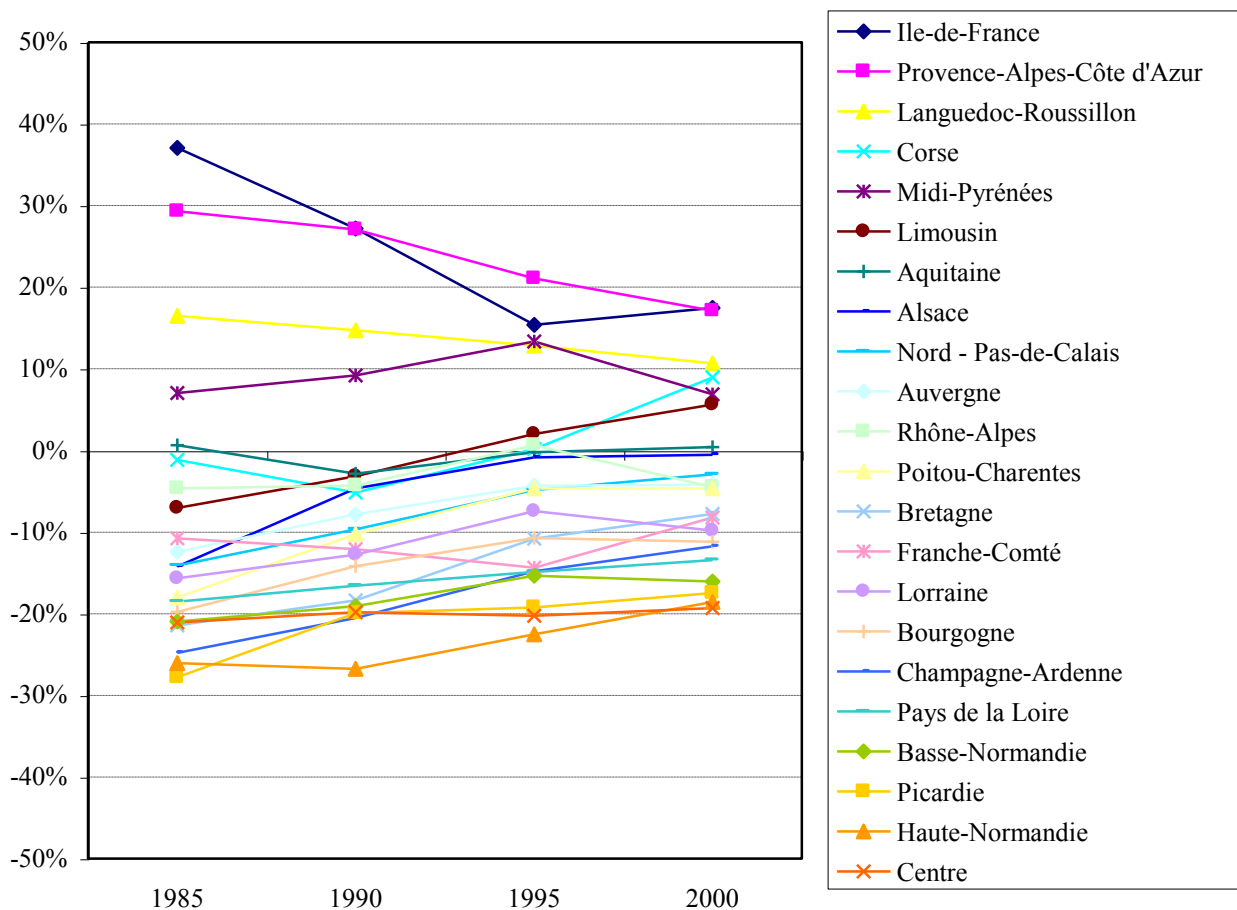
Les disparités se sont donc atténuées mais la hiérarchie des régions est restée quasi identique depuis quinze ans.

L'écart-type des densités médicales représentait 25% de la moyenne en 1985, alors qu'il n'atteint plus que 19% actuellement. La majeure partie de cette diminution s'est produite sur les dix premières années de la période. Depuis cinq ans, la tendance à la résorption des inégalités s'est nettement atténuée.

La résorption de l'hétérogénéité des densités médicales n'a pas du tout la même ampleur chez les généralistes et chez les spécialistes.

Pour les généralistes, le resserrement des densités est beaucoup plus net que chez les spécialistes. Le rapport entre la densité la plus élevée (Ile-de-France à 207 généralistes pour 100 000 habitants), et la moins élevée (Picardie, 109) allait en 1985 pratiquement du simple au double. Celui entre l'Ile de France début 2000 (190 généralistes pour 100 000 habitants) et le Centre (131 pour 100 000 habitants) n'est plus que de 1,45. A l'intérieur de ces valeurs extrêmes, la tendance est également au rapprochement des densités régionales vers leur valeur moyenne, les coefficients de variation passant en effet, pour les généralistes, de 23% à 13% en quinze ans. Certaines régions, comme le Limousin ou la Corse ont même changé de « statut » passant de « défavorisées » à « mieux dotées » que la moyenne. De façon générale, ces rapprochements vers la moyenne se sont accompagnés de modifications dans la hiérarchie des régions plus importantes que pour les spécialistes.

Courbe n°6 : Densités régionales de généralistes de 1985 à 2000



Source : DREES, « les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional, Xavier Niel

Le nombre de professionnels de la médecine considéré globalement à l'échelle nationale voire régionale ne reflète cependant pas la situation démographique réelle de certains départements ou de certains bassins de population.

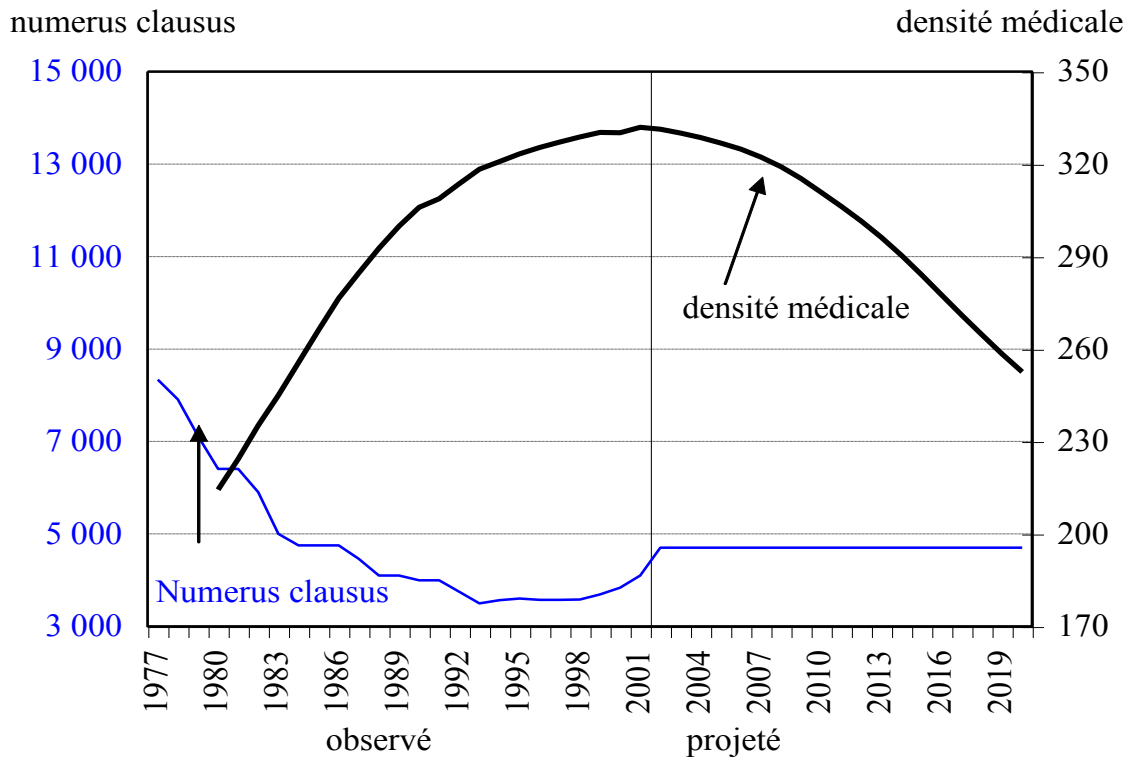
Il est en effet nécessaire de mener une analyse démographique plus fine au niveau régional et surtout infra-régionale afin de dresser un état des lieux significatif.

3.3.2 PROJECTIONS NATIONALES POUR LES ANNEES A VENIR

Avec un nombre de médecins formés de 4700 par an (numerus clausus 2002) et dans l'hypothèse de constance des comportements d'installation et de départ à la retraite, le nombre de médecins en France métropolitaine serait amené à diminuer d'environ 20% d'ici 2020.

Si l'on tient compte de l'augmentation de la population française de 6% selon les projections de l'INSEE, la densité médicale devrait alors baisser de 24% sur la même période, passant de 335 pour 100 000 habitants à 253 pour 100 000 habitants, la diminution de la densité médicale intervenant dès 2002

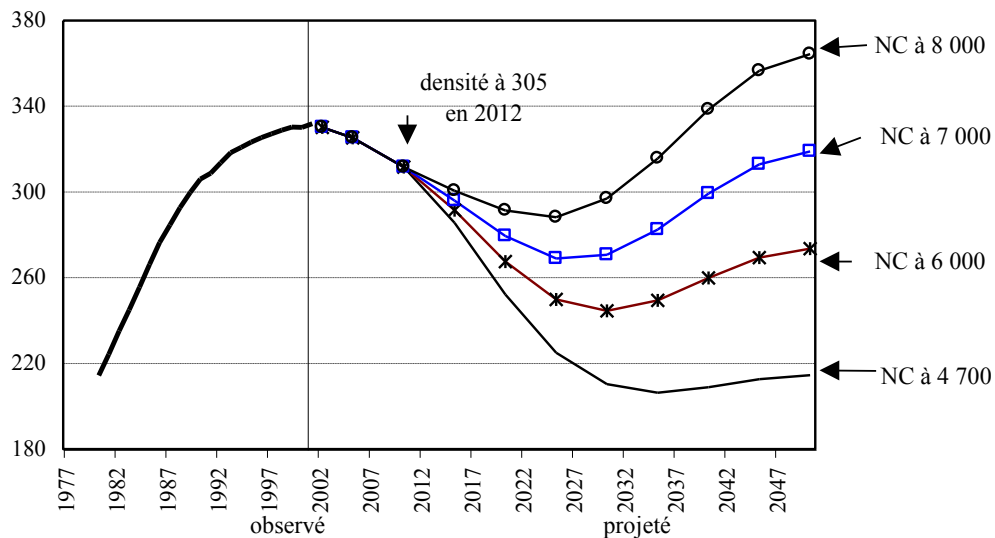
Courbe n°7 : Evolution et projection de la densité médicale



Source: DREES 2001

Des simulations d'évolution de la densité médicale ont été élaborées par la DREES en faisant varier le numerus clausus de 4700 à 8000. Avec un numerus clausus à 8000 la densité médicale nationale actuelle ne serait atteinte qu'en 2037.

Quel que soit le numerus clausus qui sera fixé pour les années futures et étant donnée la durée des études médicales, la densité médicale aura chuté à 305 pour 100 000 habitants en 2012 si les comportements d'installation et de départ à la retraite ne sont pas modifiés.

Courbe n°8 : Evolution et projections de la densité médicale selon le numerus clausus

Source : DREES 2001

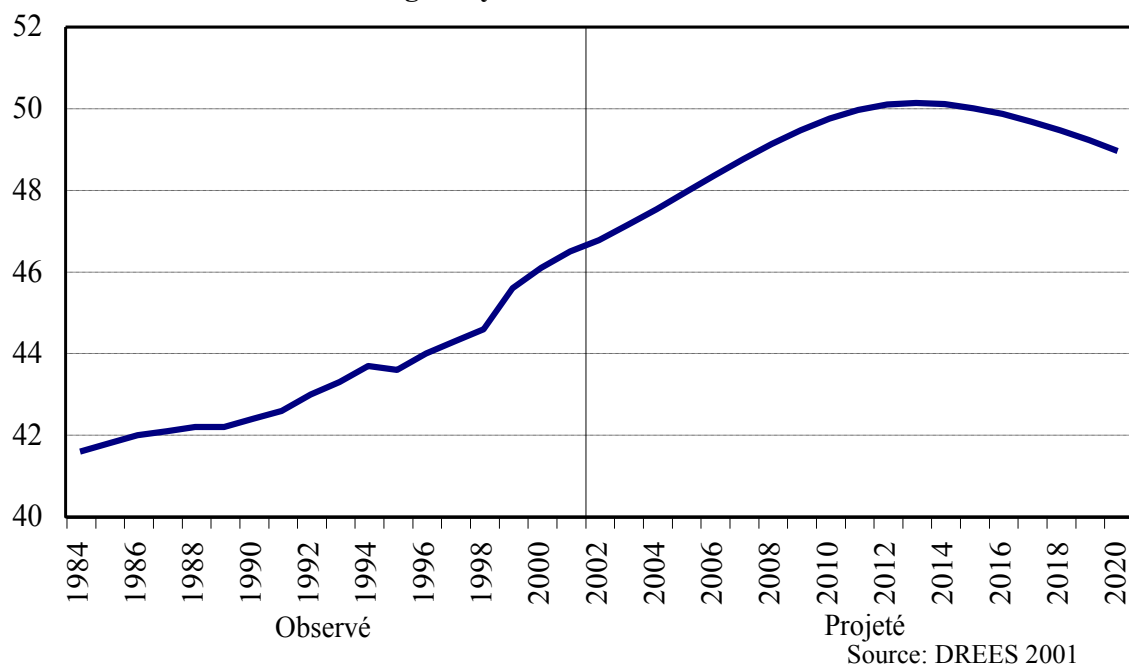
L'analyse de l'évolution de la densité rapporte un nombre de médecins à un nombre d'habitants et ne prend toutefois pas en compte certains paramètres qui peuvent amplifier la baisse nette de l'encadrement médical.

Du côté du numérateur, c'est-à-dire de l'offre de soins, la diminution du « potentiel de production de soins » risque d'être plus que proportionnelle à la diminution des effectifs du fait :

- de la féminisation de la profession médicale, en 2020 la médecine libérale devrait compter plus de 45% de femmes. Or actuellement l'activité des femmes est égale à 70% de celles des hommes.
- de la tendance au vieillissement de la profession médicale. L'âge moyen sera de 50 ans en 2011. La part des médecins de 55 ans et plus atteindra 40% en 2013 contre 16% en 2001.
- de la tendance à la réduction du temps de travail, qu'il s'agisse de la durée hebdomadaire ou de la durée de la vie active.

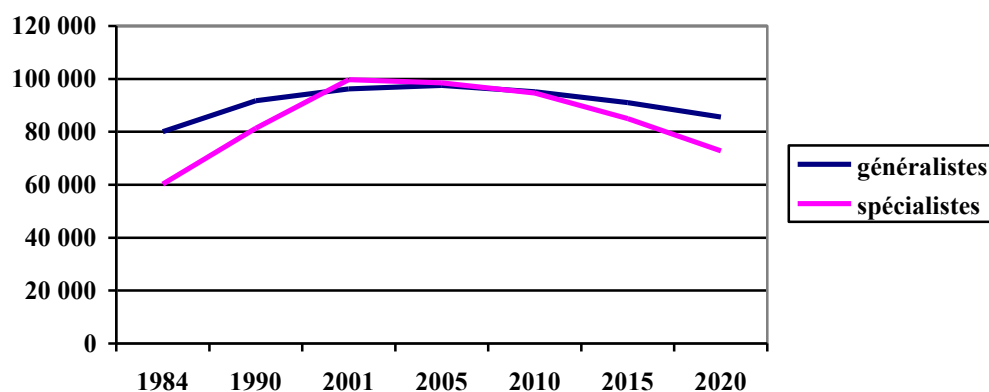
Du côté du dénominateur, donc de la demande potentielle de soins, le vieillissement de la population accroît les besoins de soins.

Dans les vingt prochaines années cet impact peut être estimé à 14%. Il faut y ajouter l'évolution de la population de 6 à 7% pour obtenir une densité corrigée de la structure d'âge dont la baisse prévisible serait alors plutôt de l'ordre de 40% que de 24%.

Courbe n°9 : Evolution de l'âge moyen des médecins entre 1985 et 2020

Les projections démographiques effectuées par la DREES montrent une inversion du rapport généralistes/spécialistes au bénéfice des généralistes à partir de 2008¹⁴.

En effet, la baisse du nombre de médecins entre 2002 et 2020 est plus forte chez les spécialistes (-27%) que chez les généralistes (-11%).

Courbe n°10 : Evolution et projection des effectifs de médecins généralistes et spécialistes

Source : DREES 2001

¹⁴ Voir carte projections de densité des omnipraticiens annexe 7

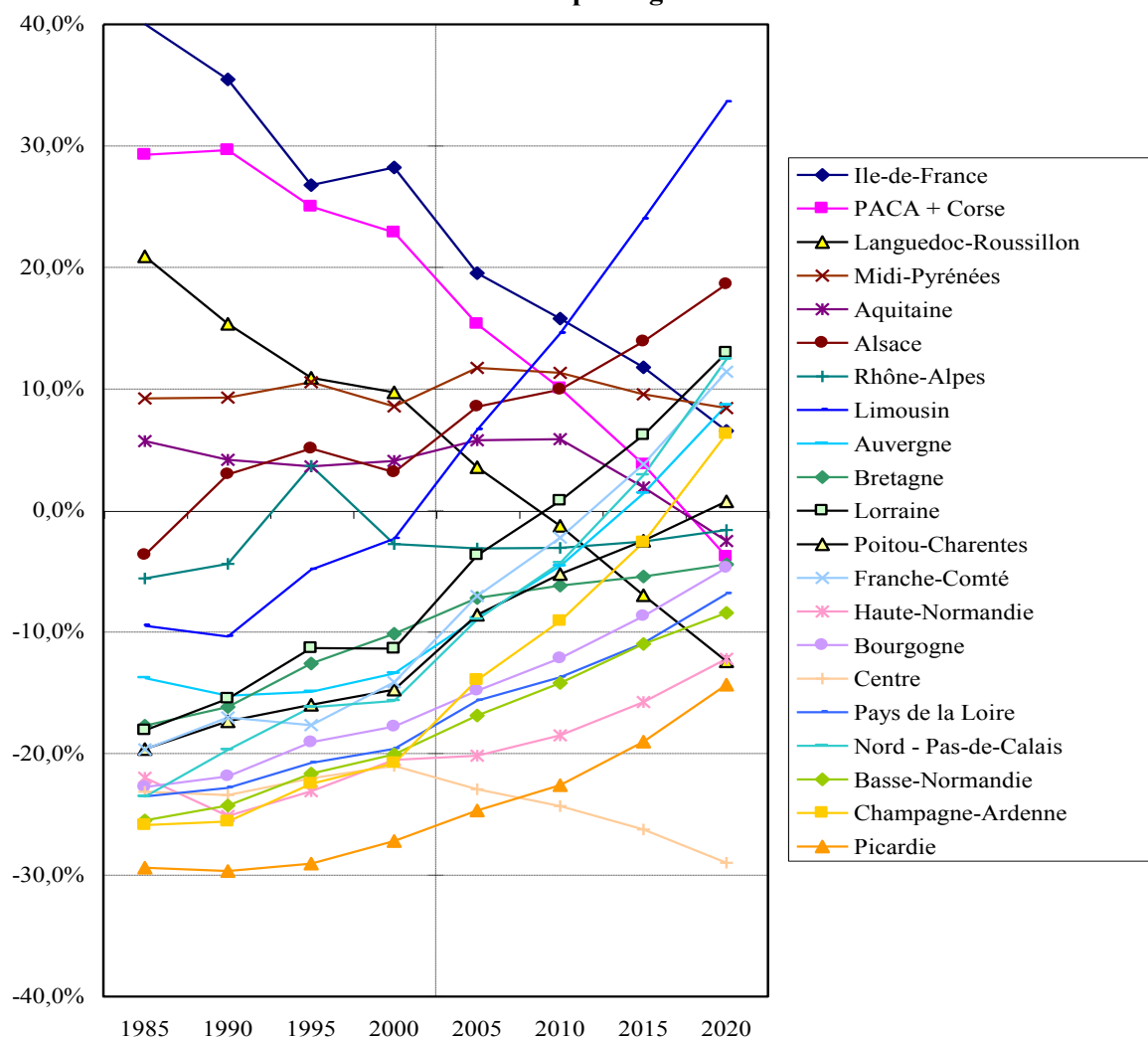
3.3.3 HOMOGENEISATION INTERREGIONAL DANS UN CONTEXTE DE BAISSSE GLOBALE DES DENSITES

Les densités médicales régionales entre 1985 et 2000 se sont rapprochées de la moyenne nationale sans que la hiérarchie des régions s'en trouve modifiée. Les projections réalisées sur la période allant de 2000 à 2020 présentent des résultats radicalement différents.

La hiérarchie des régions serait fortement modifiée; le Limousin deviendrait la région la plus dense de France alors que le Languedoc-Roussillon et même la région PACA auraient des densités médicales inférieures à la moyenne. La dispersion des densités médicales, mesurées par leur écart-type ne représenterait plus que 10,7% de la moyenne en 2020 contre 18,6% actuellement et 25% en 1985.

Parmi les facteurs qui contribuent à ces résultats projetés, certains sont peu susceptibles d'être modifiés au cours des dix prochaines années.

Courbe n°11 : Evolution des densités médicales par région entre 1985 et 2020



Source : DREES, les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional, Xavier Niel

Les instruments de régulation agissant sur le déroulement des études ne peuvent modifier le nombre des acteurs que dans 14 ans. De même la structure par âge des médecins au niveau régional ne peut varier sensiblement d'ici 2010. Les variations de population étant indépendantes du nombre de médecins, il ne reste que la mobilité à l'installation et la mobilité professionnelle. Si cette dernière est faible, la première devient en revanche de plus en plus fréquente depuis 1990, c'est à dire pour les installations qui sont survenues après les modifications du concours de l'internat en 1984. La mobilité à l'installation est devenue, en dix ans, un facteur d'hétérogénéité des densités médicales.

Le nouvel examen classant national peut sans aucun doute accentuer cette mobilité à l'installation car il intéresse non seulement les médecins spécialistes mais également les médecins généralistes.

Dans un contexte de forte diminution au plan national des densités médicales, seules trois régions ne seraient pas concernées par cette baisse : la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et le Limousin.

4 ETAT DES LIEUX EN MATIERE D'INSTALLATION

Les perspectives de baisse démographiques posent de manière plus aiguë la question de leur répartition. Le travail suivant est basé sur une publication du CREDES¹⁵, et de diverses notes de la DREES¹⁶ pour la partie traitant des données, pour les parties plus « qualitative » ils sont issus des cahiers de sociologie¹⁷.

Depuis longtemps l'offre de soins primaires n'est pas répartie de façon égalitaire sur le territoire français. Certains travaux montrent que, si les comportements d'installation actuels se perpétuent, les écarts de densité médicale entre régions pourraient se réduire les prochaines décennies. Néanmoins des pénuries sont à redouter au niveau local et des réflexions sont déjà en cours sur les mesures qui permettraient d'assurer un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Il est, dans ces conditions, intéressant d'étudier le comportement à la première installation des omnipraticiens, afin d'identifier les facteurs qui conditionnent leur choix et les éventuels changements de tendance. Il semble que les comportements actuels ont plutôt tendance à renforcer les déficits constatés dans les zones rurales. En revanche, la situation des villes moyennes ouvrières et des banlieues résidentielles tend à s'améliorer et leurs zones bien dotées conservent une position favorable.

Le choix du lieu d'installation ne se fonde pas tant sur le revenu espéré que sur les critères relatifs au contexte économique et démographique, ainsi qu'aux conditions de vie.

Il existe d'importantes disparités dans la répartition territoriale des médecins y compris chez les omnipraticiens. Ainsi, par rapport à la population, les omnipraticiens sont en moyenne deux fois plus nombreux dans les départements méridionaux qu'au nord de la Loire. En outre, la distribution des médecins sur le territoire est très stable dans le temps. En effet, la répartition entre département était quasiment identique il y a un siècle alors que les médecins étaient dix fois moins nombreux. Cette situation résulte de la libre installation sur le territoire et de la stabilité dans les choix du lieu d'installation de la part des médecins. Des leviers tels que le numerus clausus et le concours de l'internat n'ont pu la modifier.

¹⁵ Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

-Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001.

Questions d'économie de la santé – N°61. Décembre 2002.

¹⁶ Ministère de la santé - Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS)
Notes.

¹⁷ Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM)

-L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974 - 1999).

-Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale (avril-juin 1999).

Cahiers de sociologie et de démographie médicales.

Bui Dang Ha Doan, D.Lévy.

Dans l'hypothèse où, la politique de formation resterait à l'identique de 2001, les effectifs d'omnipraticiens devraient diminuer de plus de 10% d'ici 2020. Ces projections montrent que si les comportements d'installation ne changent pas, une réduction spontanée des écarts de densité entre régions pourrait s'opérer. Il n'en reste pas moins que l'on redoute d'ores et déjà des pénuries dans les zones rurales et périurbaines : si un rééquilibrage global se produisait, on peut affirmer qu'il améliorerait le maillage de l'offre dans ces zones.

Une série de propositions en vue de maintenir, voire d'améliorer cette répartition est actuellement en discussion. Il ne semble pas judicieux de prendre le chemin de la coercition, la voie de l'incitation est donc à privilégier. Dans ce contexte, la réflexion porte sur les modalités des aides à l'installation : financières, amélioration des conditions d'exercice. La loi de financement de la sécurité sociale actait ce type de mesures dès 2002 pour les zones où se pose le problème de l'accès aux soins...

Pour être efficace, une mesure incitative doit répondre à une attente ou permettre de surmonter un obstacle perçu par les personnes concernées, comme l'a montré une étude du centre de sociologie et de démographie médicale. En l'espèce, il est donc utile d'identifier les facteurs qui conditionnent le choix du lieu d'installation des médecins. Pour cela le CREDES a procédé à une analyse statistique des caractéristiques des cantons dans lesquels les médecins se sont installés durant les quatre dernières années.

La population alors considérée correspond à la totalité de nouveaux omnipraticiens se déclarants actifs ayant une pratique libérale ou mixte, et s'étant installés sur le territoire métropolitain sur la période 1998-2001. Sur la période on recense 3043 inscriptions sur les fichiers de l'Ordre. Pour des raisons de manque d'information géographique quant aux lieux d'activité, cette étude ne prend pas en compte les omnipraticiens actifs ne déclarant pas d'activité permanente (médecins remplaçant ou en cours d'installation).

Ce caractère illustre le caractère progressif de l'installation en libéral et leur répartition sur le territoire n'est sans doute pas neutre.

4.1 CATEGORISATION DES CANTONS

L'échelle du canton a été choisie car il s'agit d'une unité administrative de découpage relativement fine pour laquelle il est assez aisé de récupérer des données, il a donc été pris en compte un certain nombre de paramètres pour typer ces cantons :

- démographie locale (structure et dynamisme de la pyramide des âges)
- contexte socio-économique (niveau et structure de l'activité économique, revenus des habitants...)
- les conditions d'équipement (distance d'accès aux services d'usage +/- courant
- conditions d'exercice des omnipraticiens déjà installés (niveau de concurrence, contenu de l'activité, revenu moyen...)

L'analyse du choix du lieu d'installation conduit à rechercher quels sont les types de cantons où ils ont plus spontanément tendance à s'installer et dans quelle mesure leur comportement face à l'installation diffère de celui de leurs aînés.

De cette analyse ressort un typage de cantons selon huit catégories au sein desquels le comportement à l'installation des jeunes médecins est assez homogène.

Cette étude a permis de dégager trois éléments principaux qui entrent en ligne de compte dans le choix du lieu d'installation.

-le premier est le niveau d'urbanisation, il oppose les cantons urbains et ruraux, notamment par la distance d'accès aux services de proximité (boulangerie, école primaire...) ou plus rares (cinéma, hôpital...)

-le deuxième est l'âge de la population opposant les cantons jeunes et les cantons âgés.

-le troisième élément discriminant est constitué d'indicateurs de « défavorisation », c'est à dire de critères socio-économiques défavorables tels que le chômage des jeunes, le pourcentage de la population sans formation ou le niveau des revenus.

Pour chacun de ces types de cantons il a été observé la densité de nouveaux installés, la densité actuelle et le rapport entre les deux¹⁸. Ce ratio « nouveaux/installés » est en moyenne de 5,1%.

Il y a stabilité de comportement si le ratio est proche de 5,1 et donc l'offre médicale est stable, si ce ratio est inférieur les cantons ne sont pas attractifs et inversement.

Tableau n°31 : Densités d'omnipraticiens nouveaux ou installés selon le types de cantons

Classes	Types de cantons	Densité d'omnipraticiens. installés/ 1000hab (1)	Densité de nouveaux ominpraticiens/ 1000 hab (2)	Rapport nouveaux/anciens (2)/(1)*100
	Moyenne nationale	99,2	5,0	5,1
A	Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8	5,7
B	Urbain défavorisé	94,6	4,9	5,1
C	Métropole régionale et ville importante	134,2	6,7	5,0
D	Banlieues résidentielles	85,7	4,6	5,4
E	Urbain favorisé	100,0	5,0	5,0
F	Rural isolé	91,5	4,0	4,4
G	Rural artisanal	102,1	4,6	4,5
H	Rural ouvrier plutôt défavorisé	70,7	3,6	5,0

Source CNOM aux 1^{er} janvier 1998-2001

¹⁸ Voir cartes « installation des nouveaux omnipraticiens » selon deux types de cantons : annexes 8

4.2 LES CANTONS URBAINS

Les métropoles régionales, grandes villes (classe C) et cantons urbains favorisés, sont des types de cantons favorisés. On y trouve essentiellement des centres-villes ou de quartiers de grandes villes et de banlieues aisées. Dans ces zones, les distances d'accès aux services de proximité sont très faibles. Les métropoles régionales et les grandes villes se caractérisent par une population plutôt âgée et une croissance de population positive mais inférieure à la moyenne. Les cantons urbains (classe E) se distinguent par des indicateurs socio-économiques favorables : les proportions de cadres et de diplômés de niveau supérieur sont fortes, le niveau des revenus est très élevé.

La densité d'omnipraticiens installés est très forte dans les métropoles régionales et les grandes villes (+35% par rapport à la moyenne) et proches de la moyenne pour les cantons urbains favorisés. Les honoraires et le niveau d'activité sont plus faibles que la moyenne et la proportion de dépassement d'honoraires est importante. La situation de ces cantons est stable avec un ratio égal à la moyenne nationale.

Tableau n°32 : Principales caractéristiques des 8 types de cantons

Classe	Types de cantons et exemples	Pourcentage de cantons	Pourcentage de population	Urbanisation	Défavorisation	Dynamisme démographique	Taux de variation annuel de la population 1990-1999 (%)
	Moyenne nationale						0,45%
A	Villes moyennes ouvrières Sedan, Langres	15,3%	15,9%	-	*	++	0,81%
B	Urbains défavorisés Bobigny, Charleville-Mézières	8,6%	14,5%	++	++	--	-0,06%
C	Métropoles régionales et villes importantes Narbonne, Béziers, Lorient	7,1%	21,8%	++	-	-	0,31%
D	Banlieues résidentielles Cergy, Montigny	9,1%	15,7%	+	--	++	1%
E	Urbains favorisés Neuilly sur Seine, Antony, Meudon	2,6%	6,0%	++	--	+	0,54%
F	Rural isolé Rouillac, Uzel	20,8%	5,2%	--	*	--	-0,11%
G	Rural artisanal Saint Jean d'Angely, Pont l'Evêque	19,9%	12,2%	-	+	-	0,21%
H	Rural ouvrier Fronsac, Magny en Vexin	16,5%	8,7%	--	+	+	0,58%

Les cantons constitués de villes moyennes ouvrières (classe A) sont plutôt jeunes et connaissent un fort taux de croissance de leur population. Le niveau de revenus est égal à la moyenne mais le taux de chômage des jeunes y est élevé. Certaines distances d'accès aux services sont importantes, notamment celles d'accès aux services intermédiaires (bureau de postes...) et plus encore pour les services plus rares (hôpital, cinéma...).

Le type banlieue résidentielle concerne des cantons situés à la périphérie des grandes villes, où les gens habitent sans nécessairement y travailler. Elles sont dynamiques (jeunes et en croissance démographique) et aisée (niveau des revenus élevé). Les distances d'accès aux services sont légèrement supérieures à celles des pôles urbains, mais restent faibles.

Les villes moyennes ouvrières et les banlieues résidentielles, qui sont caractérisées par une forte croissance démographique, ont des densités inférieures à la moyenne que ce soit pour les omnipraticiens installés (-4%) ou nouveaux (-10%). Cependant le ratio y est plus élevé, ce qui va dans le sens d'un rattrapage. Les cantons urbains défavorisés (classe B) sont des zones ouvrières qui cumulent des indicateurs défavorables : population en déclin, taux de chômage des jeunes important (20%), les niveaux des revenus et de formation sont faibles (23% de non-diplômés). Les densités de médecins installés ou de nouveaux sont légèrement inférieures à la moyenne, et leur activité supérieure (10%). Cependant le ratio installés/nouveaux est comparable au niveau national et leur situation peut, globalement être jugée stable.

4.3 LES CANTONS RURAUX

Ils sont répartis en trois catégories : rural isolé, rural-artisanal et traditionnel, et enfin le rural-ouvrier plus caractéristique du nord et de l'est de la France.

Le rural isolé se caractérise par une part importante de personnes âgées et une décroissance démographique ; c'est la France des basses densités de population. Les distances d'accès aux services sont 3 à 4 fois supérieures à la moyenne (classe E).

Les cantons ruraux-artisanaux ont une activité mixte axée sur l'agriculture et l'artisanat (classe G). La population est âgée mais pas en déclin démographique. Les distances d'accès aux services intermédiaires sont importantes et plus éloignées évidemment pour les services encore plus rares.

Dans les cantons ruraux isolés, les densités sont légèrement plus faibles que la moyenne (-10% pour les médecins installés et -20% pour les nouveaux) alors même que les honoraires sont plus élevés (+6). La décroissance de l'offre médicale va au-delà de la décroissance démographique et le ratio installés/nouveaux atteint 4,4. Il traduit le caractère non-attractif, qui est surtout le fruit de l'absence d'équipement, il s'agit dans ce cas d'une problématique d'aménagement du territoire.

Les cantons ruraux et artisanaux ont une densité de médecins omnipraticiens installés proche de la moyenne et une densité de nouveaux installés un peu faible (-8,6%), le ratio atteint 4,5 et donc on peut dire que la situation relative se dégrade.

Pour ces deux types de cantons la non-attractivité de la zone est renforcée par un problème de surcharge de travail (+30%) lié à la faible médicalisation, le recours aux visites (+26%) y est d'ailleurs important.

Les cantons agricoles et ouvriers sont, en grande majorité, situés au nord ou à l'est de l'Île de France. La population y est plutôt jeune et ce sont des zones en expansion démographique. Ce sont des cantons cumulant beaucoup d'indicateurs défavorables : le taux de chômage des jeunes y est élevé (20%), la proportion de foyers non imposable est forte (49%), et les distances d'accès aux services de santé, sont importantes. La distance moyenne d'accès au généraliste est de 3,3km contre 0,7 en moyenne. Les densités de médecins installés et de nouveaux sont très inférieures à la moyenne (-40%). Les honoraires et le niveau d'activité sont supérieurs à la moyenne (15%). De plus, il y a une perpétuation déficitaire avec un ratio égal à 5. Le caractère non attractif semble avant tout tenir au contexte socio-économique défavorable. Ces cantons sont géographiquement regroupés ; il existe donc des espaces continus de sous-densité en médecine générale.

4.4 **OBSERVATIONS**

Si les données actuelles demeurent assez proches de la moyenne dans les zones rurales isolées et les rurales-artisanales, il est à craindre au final une remise en question de l'accessibilité aux soins dans ces zones peuplées. Les cantons agricoles et ouvriers ne bénéficient d'aucun rééquilibrage positif alors même qu'ils sont extrêmement sous-dotés.

Les seules tendances au rééquilibrage concernent les villes moyennes et ouvrières, et à un moindre niveau les banlieues résidentielles. Les centres ou quartiers favorisés des grandes villes et les banlieues aisées conservent une situation très favorable. Une même stabilité caractérise les cantons urbains défavorisés, légèrement sous-dotés. Ce ne sont pas tant les critères de revenus ou d'activité espérée qui guident les choix de lieu d'installation des omnipraticiens, que des critères d'ordre socio-économiques et démographiques, ou du niveau des équipements des cantons.

5 LA MAUVAISE CONNAISSANCE DE LA DEMOGRAPHIE

Ce paramètre, la démographie, n'était pas inquiétant en France jusqu'au début des années 90, ce qui explique que jusqu'alors on ne s'en est que peu préoccupé.

Les effectifs médicaux hospitaliers étaient sensiblement adaptés, du fait de la participation de nombreux internes et assistants.

La médecine libérale, quant à elle, forte de quelques 100000 médecins n'était que peu organisée (les URML ne sont apparues qu'en 1993) et s'autorégulait, tant pour les remplacements que pour les reprises de clientèle ; De plus toutes mesures allant à l'encontre des principes fondateurs érigés en 1929 étaient tout à fait inenvisageable, comme, par exemple, une régulation à l'installation. D'autre part la nécessité, encore peu définie, d'une maîtrise des dépenses de santé commence à se faire jour. Jusqu'alors les caisses de la Sécurité Sociale, finançaient à posteriori et à tiroir ouvert un système sans aucun contrôle des pratiques. Dans un ouvrage publié en 1998 Mr JOHANET, qui a occupé le poste de directeur général de la CNAMTS dans les années 90, a écrit : « ...les deux postulats sur lesquels se fonde le système de soins depuis 1945 sont de pures idioties : on a géré le système -et glosé- en considérant que la qualité pouvait être atteinte sans contraintes et que la ressource à consacrer à la santé était illimitée. Aujourd'hui, on commence à peine à reconnaître que la ressource est obligatoirement limitée. La contrainte, elle, reste taboue. ».

Enfin, les fichiers qui permettaient de comptabiliser les médecins n'avaient pas été élaborés dans le but d'une régulation démographique et restaient donc très imprécis. Il existe en tout 4 fichiers distincts pour apprécier la démographie médicale globale avec chacun leurs critères d'inscription :

- celui de la Caisse de Retraite des Médecins de France
- celui de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- celui de la Direction de la Recherche et de l'Evaluation des Etudes Statistiques.
- celui de l'Ordre National des Médecins

Actuellement, en dépit de gros travaux d'harmonisation, il est encore impossible d'avoir un chiffre précis du nombre de praticiens en activité. C'est pourquoi va être, prochainement, un fichier unique d'enregistrement des professionnels de santé va être mis en place.

5.1 UN DEFICIT ANNONCE

Les différents mécanismes de régulation mis en place depuis les trente dernières années, selon un calendrier maintenant connu du fait de la durée des études de médecine, ne permettront pas d'éviter la crise à venir. Ces paramètres : numerus clausus, concours de l'internat et incitation à la cessation d'activité, sont les paramètres déterminants de la régulation tant quantitative que qualitative de la démographie médicale à venir.

5.1.1 LE NUMERUS CLAUSUS

Institué par la loi du 12 juillet 1971, il fixe le nombre de place en deuxième année et met donc en place le concours de PCEM1, il offre cette année là 12872 places. Il ne répondait alors pas à une préoccupation démographique. La motivation première de cette limitation de l'accès aux études médicales, était de leur garantir la qualité de la formation, en confiant, à chaque externe, un nombre suffisant de lits¹⁹.

Ce nombre d'admis est resté très important (plus de 8500 reçus jusqu'à l'aube des années 80) conduisant à l'entrée en médecine de plus de 90000 praticiens dans les années 1970 (les plus âgés de cette époque ont 50 ans). De cette époque provient l'anomalie principale de notre démographie, puisqu'à leur prise de fonction ces médecins ont constitué un « bourrelet démographique » qui petit à petit a vieilli. Presque au même moment les accords conventionnels entre les caisses et les représentants des médecins libéraux étaient signés, ce qui développait ipso facto la consommation médicale.

Aujourd'hui ces quelques 100000 praticiens s'apprêtent à quitter leurs fonctions (7000 à 8000 départ par an) à partir de 2004 de façon aussi brutale qu'ils y sont arrivés. Un calcul simple se présente alors à nous : dans les dix prochaines années 35000 médecins vont arriver sur le marché du travail, alors que 75000 sortiront de l'effectif des actifs, on se retrouvera alors avec un solde négatif de 40000 praticiens dans 10 ans. Ceci est dû à la baisse drastique du numerus clausus, sous l'impulsion de Madame Simone Veil, jusqu'à 3500 postes au début des années 90, pour tenter de résorber ce fameux « bourrelet ». Il n'a, alors pas semblé raisonnable d'aller en deçà pour 2 raisons. La première était qu'une éventuelle réduction supplémentaire du numerus clausus aurait été inopérante sur la démographie médicale, tellement les effectifs en jeu étaient disproportionnés.

La seconde était qu'à trop réduire l'entrée des médecins en faculté, on aurait encore majoré le vieillissement de la population médicale dont les effets négatifs seraient apparus en cascade dans les 40 années qui auraient suivies.

D'autre part, on ne pouvait pas ignorer au début des années 90, que le fonctionnement des hôpitaux se faisait dans des conditions, souvent, très difficiles liées une très forte réduction du nombre d'externes et d'internes, consécutivement à la baisse du numerus clausus. Le pire à passer étaient les dix années de la fin du siècle dernier, qui ont vu défiler les promotions les plus creuses du numerus clausus avec une amélioration, en terme d'effectif d'étudiants et d'internes, attendue à partir de 2005.

Enfin l'existence même des UFR de médecine aurait été remise en cause, à partir du moment où les étudiants seraient devenus trop peu nombreux.

Cependant des projets de baisse du numerus clausus existaient bel et bien notamment au niveau de la CNAMTS : une étude présentée au conseil d'administration le 9 mai 1990 proposait différentes hypothèses conjuguant diminution du numerus clausus et départs à la retraite pour obtenir une population de l'ordre de 107000 médecins libéraux dès les années 2010-2020 (en 2000 on en dénombrait 118000).

¹⁹ Voir tableau : « flux de première année de médecine et sélectivité du concours annexe 6

5.1.2 LE CONCOURS DE L'INTERNAT

Le nombre de poste est fixé annuellement au terme d'une démarche au départ régional avec un arbitrage national. La Commission Nationale des Etudes Médicales (CNEM) tente d'apprécier les besoins d'internes dans chaque spécialité afin de former les futurs spécialistes selon les besoins. Le concours actuel avait été mis en place selon les dispositions législatives de 1979 et de 1982. Ces dispositions étaient essentiellement motivées par une nécessaire harmonisation des études médicales dans les différents pays européens. En France, cette harmonisation a eu pour principal effet de mettre fin à la double voie de qualification en spécialité en conservant la voie de l'internat et en supprimant celle des CES. Ce nouveau dispositif devait alors remplir quatre fonctions primordiales :

- formation des futurs spécialistes
- répartition des futurs internes dans les différents services hospitaliers
- régulation fine des futurs spécialistes
- répartition entre futurs spécialistes et futurs généralistes

La confusion entre besoins des services hospitaliers et démographie des spécialistes de villes va mettre à mal cet outil qui devait tout régler. Depuis sa mise en place en 1984 le nombre d'internes recrutés dans chaque promotion s'est rapproché de 50% pour franchir ce seuil en 2002. Cette parité entre spécialistes et généralistes était un phénomène nouveau qui persiste encore de nos jours. Il résultait beaucoup plus de la réduction du numerus clausus que de la diminution du nombre d'internes.

Ce concours est donc a posteriori lui aussi responsable de la situation qui nous attend. En effet, les nécessités du fonctionnement des services hospitaliers n'ont pas de rapport avec les flux de futurs spécialistes qu'il faudrait organiser pour assurer la constitution et le renouvellement d'un corps professionnel médical adapté à la demande, comme par exemple, les ophtalmologistes qui n'ont que peu d'activité au sein d'un hôpital mais qui croulent sous l'activité en libérale. De cette confusion entre les besoins de services hospitaliers et la démographie des spécialistes de ville provient une quantité de situations inadaptées, soit déficit et risque de pénurie pour des spécialités non-hospitalières, soit excès et difficultés professionnelles pour les spécialités fortes à l'hôpital. Avant 1982, l'existence de la voie de formation par les CES donnait des possibilités d'adapter les effectifs qui ont alors disparus.

5.2 LES EFFETS DIFFERES DE CES CHOIX

Les deux paramètres de régulation qualitative et quantitative de la démographie évoqués auparavant (numerus clausus, répartition des étudiants dans le troisième cycle) entraînent des effets retardés, respectivement à 10 et 5 ans, par rapport à une éventuelle décision s'y rapportant.

5.2.1 CONSEQUENCES TECHNIQUES

Prendre des décisions modifiant l'un de ces deux paramètres, voire les deux, suppose de disposer de données et d'analyses suffisamment fiables pour pouvoir anticiper à plus de 10 ans. A la fin du 20^{ème} siècle, cela n'était pas encore le cas car selon les fichiers auxquels on se référait alors il pouvait y avoir une variation de plus de 10% des effectifs. Dès 1997, Monsieur Dominique COUDREAU (chargé de mission suite au rapport CHOUSAT) avait recommandé la mise en place d'un observatoire national de la santé, propos repris par Monsieur Bernard KOUCHNER et Madame Elisabeth GUIGOU et finalement notifié dans le rapport de la mission sur « la démographie des professions de santé » du Doyen Yvon BERLAND, comme étant une des mesures qui appelait à une prise de décision urgente. C'est désormais chose faite par le ministre de la santé Jean-Francois MATTEI qui a donné corps à cette idée en créant l'observatoire national de la santé mis en place le 11 juillet 2003. Le but est de pouvoir disposer de données et de projections les plus fiables possibles, faute de quoi, prendre une décision avec un délai d'effet de 10 ans est beaucoup trop périlleux.

5.2.2 CONSEQUENCES POLITIQUES

Quel décideur politique est prêt à prendre des mesures contraignantes dont les effets seront perceptibles dans 10 ans ? D'autant plus que quelque soit le bien-fondé des décisions, le temps qui passe a toutes les chances de modifier les situations successives. En ces termes, on voit que la régulation fine de la démographie est une chimère. Ne vaut-il pas mieux rechercher les solutions d'une meilleure réactivité à courts termes et les possibilités d'adaptions rapides sur le terrain par le partage de compétences avec d'autres professionnels ? Il faut pour cela organiser des possibilités de réorientation et des passerelles en cours d'exercice dont l'inertie de formation, moins importante, permettrait une réaction plus rapide et précise.

5.3 L'INCITATION A LA CESSATION

La cessation d'activité intervient massivement à 65 ans pour les Praticiens Hospitaliers. L'étude de leur pyramide des âges montre qu'ils seront nombreux à prendre leur retraite à partir de 2008. Actuellement, 50% des PH ont entre 45 et 55ans. Tout cela sans tenir compte des éventuelles conséquences de la réduction du temps de travail et des « comptes épargne-temps ».

Pour les médecins libéraux, les départs à la retraite interviennent entre 60 et 75 ans et sont donc difficiles à planifier ou, tout au moins, difficiles à apprécier

de manière prospective, d'autant plus qu'au cours des quinze dernières années, différentes dispositions avaient été mises en œuvre pour favoriser le départ à la retraite anticipée, toujours dans le but de résorber le « bourrelet démographique » héritage des années 70. Le MICA (mécanisme d'incitation à la cessation anticipée de l'activité) avait été mis en place à la fin des années 80, pour encourager les médecins ayant atteint l'âge de 60 ans à s'arrêter de travailler. Le dispositif a été modifié par une ordonnance du 24 avril 1996 avec la création de l'ADR (allocation de départ à la retraite) et l'ouverture de cette possibilité pour les médecins conventionnés de 57 à 64 ans. En 1998, avec cette mesure ce sont 1500 médecins qui ont cessé leur activité en choisissant un système d'indemnisation coûteux pour la collectivité mais temporaire et utile pour corriger les effets d'une politique démographique insuffisamment étudiée et contrôlée au cours des 30 dernières années.

5.4 NOMBRE DE MEDECIN OPTIMUM

La réflexion sur le nombre optimum de médecins ne peut être distinguée des missions qui leur sont confiées et de l'organisation du système de soins dans lequel ils accomplissent leurs missions. L'exemple type de ces modifications organisationnelles est la tentative de création d'un « corps de médecins généralistes référents » auprès desquels les patients signent un contrat où ils s'engagent à ne pas consulter d'autres médecins et notamment les spécialistes sans au préalable prendre l'avis de leur médecin référent : il en résulterait une diminution de l'activité des spécialistes. On voit alors que les répartitions entre spécialistes et généralistes doivent alors être repensées.

5.5 CONFLITS D'INTERETS

Parmi les entités qui influent sur les choix démographiques on a souvent opposé les universités et les caisses de sécurité sociale. Bien entendu, les facultés sont intéressées par le fait de former nombre d'étudiants. Mais elles sont également soucieuses du fonctionnement harmonieux du système de santé. Les procès qui leur ont été faits : freiner la baisse du *numerus clausus*, et ensuite hâter sa hausse semble maintenant largement injustifiés.

Les caisses de sécurité sociale ont été ces dernières années à la pointe du combat pour limiter le plus possible le nombre de médecins, en cherchant des modèles de réorganisations du système de soins. Sans elle, nous risquons d'atteindre des effectifs de l'ordre de plus de 210000 médecins actifs. Depuis leur création en 1993, les URML initient et encouragent la réalisation de nombreux travaux sur la démographie. C'est en effet souvent à l'échelon régional que beaucoup de difficultés à venir pourront être traitées.

Les hôpitaux publics ont avant tout veiller à préserver la capacité de fonctionnement de leurs services ; pour cela un nombre minimal d'internes est indispensable. Cet objectif n'était guère compatible avec une régulation professionnelle globale.

Désormais il faut compter avec les usagers, ils étaient, jusqu'à présent, absents des débats. Deux messages rémanents nous viennent des associations d'usagers : premièrement garantir l'accessibilité aux soins et deuxièmement défendre les établissements de proximité dans un souci de maintenir une densité médicale minimale dans les zones où celle-ci est déjà en deçà de la moyenne nationale. Enfin le discours principal de ces associations correspond à la demande du développement de coordination professionnelle et inter-professionnelle pour assurer une prise en charge « globale » du patient.

5.6 LE GENERALISTE

Pour la médecine générale la situation est assez contrastée. Certes les départs à la retraite vont rapidement devenir supérieurs aux arrivants, et la remontée du *numerus clausus* n'y changera rien. Ainsi sur les 4700 places du concours de PCEM1 de 2002, on peut estimer qu'à leur sortie du troisième cycle en 2011, ce sera presque 2500 spécialistes qui seront ponctionnés sur cette promotion alors que la même année 3500 omnipraticiens libéraux partiront à la retraite. Certaines régions qui regroupent notamment les communes rurales verront leur nombre de généralistes baisser jusqu'à créer des zones où l'accessibilité aux soins se dégradera, avec une augmentation de la distance moyenne d'accès aux omnipraticiens.

6 HISTORIQUE D'UN DIPLOME QUI MET EN « ORDRE »

Cette partie est traitée sur la base de divers document dont un rapport du LEST²⁰ qui traite de l'aspect comportemental des étudiants en médecine vis à vis de la société qui les entoure, leurs aînés et leurs confrères. Il retrace aussi le vécu de certains d'entre eux au regard de leur cursus.

6.1 CONTEXTE HISTORIQUE ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Elle est le résultat de débats qui se sont étalés durant de longues années. La nécessité d'une modification en profondeur des études médicales ne faisait pourtant pas de doute et les dispositions européennes la rendaient inéluctable. Cependant les choix politiques devaient s'inscrire dans la continuité d'une histoire professionnelle portée par les représentants de la profession et tenter de combiner, dans un même dispositif, des intérêts économiques nationaux et des revendications particulières aux différents segments du corps médical.

6.2 HISTORIQUE D'UN TITRE

Il existe une unité du corps médical autour d'un titre, mais aussi divers processus internes à la profession conduisant à sa division, en particuliers l'émergence des spécialités. Cet éclatement s'opère autour d'une division des étudiants entre internes et résidents. Ce ne fut pas sans conflit que ces deux populations se sont retrouvées séparées, le choix final étant de conserver l'appellation d'internat pour qualifier la formation des spécialistes, mais aussi d'en maintenir la forme d'accès à travers un concours. Que le nouvel internat soit différent de l'ancien ne doit pas faire oublier que c'est ce dernier qui a servi de modèle, autant par sa capacité à symboliser l'excellence que par son organisation pédagogique et statutaire. La réforme de 1982 formalise cette division en provoquant l'éclatement du diplôme de docteur en médecine, qui n'est alors plus le même pour l'ensemble des praticiens. Il est important d'extraire de cette histoire complexe les éléments qui contribuent à fonder aujourd'hui une profession qui semble se légitimer par le progrès scientifique et parfois oublier que son organisation intègre aussi une mémoire sociale.

²⁰ Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST)

-La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins.
A.C.Hardy-Dubernet, M.Arliaud, C.Hollerou-Lafargue, F.Le Roy, M.A.Lebanc.
Novembre 2001.

6.2.1 UN TITRE UNIQUE

Jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle les médecins étaient rares et peu formés, mais l'ensemble du corps soignant ne se résumait pas seulement à cette élite citadine. C'est en interdisant à d'autres le droit de soigner que les médecins ont lutté pour que leur exercice soit réglementé. Cependant, il faut garder en mémoire que la qualité de médecin fut toujours liée à une formation intellectuelle, au contraire de celle des chirurgiens, qui relevait d'un apprentissage manuel. Les barbiers et les chirurgiens dispensaient les soins, les médecins élaboraient des théories et dispensaient leurs conseils. Ainsi le diplôme permettant l'exercice de la médecine fut, à l'origine, non une autorisation de dispenser les soins, mais un droit à penser la médecine. D'ailleurs, les cursus universitaires aboutissaient à un doctorat qui permettait, avant tout, d'enseigner la discipline. La Révolution, en supprimant les corporations, a mis en évidence la nécessité d'unir les deux corps de métiers séparés qu'étaient les chirurgiens et les médecins, dans un cursus d'études commun, où les facultés de médecine et les hôpitaux seraient associés.

La première loi limitant l'exercice légal de la médecine aux médecins et officiers de santé formés dans les écoles et facultés reconnues par l'état date de 1803 et constitue le véritable démarrage de la constitution d'un corps, qui détient désormais le sommet de la hiérarchie des soignants. A cette occasion, est créée la thèse de doctorat en médecine qui sera, pour longtemps, le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la profession de médecin. Le corps des officiers de santé sera définitivement supprimé en 1892, à partir de ce moment seules les facultés de médecine formeront les futurs praticiens, qui sont autorisés à pratiquer dès qu'ils ont obtenu leur thèse.

La question de l'uniformisation de la formation des médecins est un processus qui a marqué les deux derniers siècles : uniformisation des lieux (suppression des écoles de médecine en 1806), uniformisation du titre (le doctorat), uniformisation des temps de formation. Les médecins ne sont pas les seuls dans ce cas, les professions juridiques ont connu à peu près le même parcours. Le diplôme de docteur en médecine apparaît comme une barrière que les médecins ont érigée, pour se séparer des autres et pour être reconnus dans leur spécificité. Consécration d'une « vocation » qui est autant coercitive pour leurs membres que pour ceux qui en sont exclus, puisque le suivi des sortants d'université de médecine montre que leur thèse n'autorise quasiment que l'exercice de la profession médicale.

Jusque dans les années 1970, la revendication commune des médecins est de qualifier par eux-mêmes leurs pairs, en ne laissant pas ce pouvoir à l'université, ce qui aurait conduit à l'éclatement de la profession, par un éclatement des titres. Celle-ci va créer les CES « Certificats d'Etudes Spécialisés » après la guerre, proposant des diplômes nationaux, sans pour autant remettre en question l'unicité du titre de docteur et l'omnipratique qu'il autorise. Ces CES constituent alors une troisième voie à la formation médicale, distincte à la fois de l'internat et de la médecine générale. Mais il faut comprendre que ces formations n'ouvraient pas de droit systématique à la qualification de spécialiste, puisque celle-ci restait la prérogative du Conseil de l'Ordre.

6.2.2 L'ANNEE 1982 : LA REFORME QUI BOULEVERSE LES PRINCIPES

Ainsi à la veille de la réforme de 1982 coexistaient trois systèmes de qualification. Ces trois systèmes se sont progressivement harmonisés, mais avec des écarts entre eux, ce qui a, d'une certaine manière, modifié le processus de reconnaissance des spécialités médicales. Ainsi d'une autonomie proclamée par l'ensemble du corps et d'un refus de voir l'université s'approprier les qualifications de spécialistes, on est passé dans les faits, à la procédure inverse. Mais il semble surtout que ce processus permet de mieux comprendre la manière dont la réforme de 1982 vient bouleverser les principes fondateurs de la profession médicale. En instaurant des frontières imperméables entre les différents segments : généralistes d'une part et spécialistes d'autre part, la rupture est totale avec les principes énoncés un siècle auparavant.

Le nouvel internat a vocation à former tous les futurs spécialistes et non plus le corps hospitalo-universitaire comme l'ancien qui lui ne recrutait qu'environ 10% d'une promotion contre près de 50% actuellement : le prestige aurait-il baissé du fait de la part plus forte d'élus ? Cette réalité a mis du temps à rentrer dans les esprits et les nouveaux internes de spécialités ne sont plus assurés de faire une carrière dans le secteur hospitalier et encore moins dans le secteur hospitalo-universitaire. A l'origine, il fut institué par l'empire le 4 ventôse de l'an X (10 février 1802) bien que l'on en retrouve une première trace dans un projet de la société royale en 1788. Alors que la formation traditionnelle des médecins se fait sur un versant intellectuel, l'internat se modélise sur le compagnonnage.

L'internat jusqu'en 1882 restera fermé aux femmes formalisant une discrimination sexuelle. L'introduction des CES fut un moyen de former un nombre croissant de spécialistes en particuliers dans des domaines propres à la médecine de ville. Ces spécialités parce qu'elles n'imposaient pas le passage par l'internat, se féminisèrent rapidement.

6.2.3 ENTRE PENURIE ET PLETHORE

Les médecins ont, comme toute corporation, toujours dénoncé la pléthore et cette constante a tendance à affaiblir le sens qui peut être donné à un tel discours aux différents moments de l'histoire. La question que pose tout exposé sur la démographie est celle du rapport entre un nombre et une pratique. A la fin des années 1970 on assiste à une explosion quantitative du nombre des médecins, les mesures ont été prises pour endiguer progressivement le phénomène avec notamment l'instauration du *numerus clausus*. Ainsi l'analyse de l'évolution des flux de formés en médecine s'est presque exclusivement centrée sur le chiffre de prescripteurs, chiffres modulables selon les sources, mais qui ne disent rien sur la nature même de la pratique de prescription. Un certain nombre d'éléments doivent conduire à relativiser la notion de pléthore et de pénurie : répartition géographique des médecins, féminisation du corps médical, évolution des lieux et modes d'exercice, temps de travail hebdomadaire et sur l'ensemble de la carrière. Ainsi un allongement de 4 ans des études modifie le temps global d'exercice des médecins, si l'on considère que la plupart mettront fin à leur activité vers l'âge de 65 ans.

Par ailleurs dans les années 1970, se répand l'idée d'une augmentation inéluctable du nombre de spécialistes, du fait de l'inscription plus importante des femmes dans les CES. Le risque se traduit, pour la Sécurité Sociale, en prescriptions plus coûteuses et qui nécessite la mise en place d'un frein à cette répartition. Ceci accompagné par un discours de généralistes smicard et de chômage des médecins, difficulté d'installation, qui conduit la profession à revendiquer la revalorisation de la fonction de généraliste. Les conditions économiques de la fin des années 70 étaient propices à une convergence d'intérêt entre la profession soucieuse de conserver son pouvoir d'achat et inquiète du gonflement de ses effectifs, et des pouvoirs publics qui commençaient à percevoir la nécessité de réaliser des économies au niveau de la santé.

Cependant, ce *numerus clausus* était décidé dans une perspective locale et reposait sur les capacités de formation des CHU, et non explicitement sur le besoins en médecins. On s'aperçoit qu'au fur et à mesure de la limitation des possibilités d'accès aux études par la diminution du *numerus clausus* les études médicales ont une attirance qui baisse.

6.2.4 LA REPARTITION

On perçoit alors mal quelle logique préside à ces tentatives de régulation dont les variations annuelles tiennent relativement peu compte des phénomènes plus qualitatifs, comme la structure de l'offre de soins sur le territoire ou la nature de l'activité médicale et ses différenciations sexuelles. Entre 1968 et 1975 l'augmentation des effectifs a surtout profité aux unités urbaines périphériques de petites tailles. Ainsi sur cette période alors que la densité nationale progresse de 15%, elle augmente de 57% à Paris. En revanche elle diminue de 5% dans les communes rurales. Le phénomène de concurrence accrue relègue dans les périphéries, les nouveaux médecins qui ne peuvent s'installer dans les grands centres saturés. En revanche les communes rurales connaissent une baisse démographique durant cette période et n'attire pas beaucoup les jeunes médecins. Au-delà des différenciations à l'attraction des zones urbaines et suburbaines en période de forte croissance du corps médical, les clivages entre nord et sud restent très vivaces. Ce phénomène n'est pas nouveau puisque le terme d'héliotropisme médical est apparu pour la première fois dans une publication du « bulletin des médecins de la Seine » en 1926.

6.3 FAIRE MEDECINE

L'expression « faire médecine », couramment utilisé par les étudiants, fait référence à deux ordres de représentation : on peut l'entendre comme l'expression d'un exercice professionnel (faire de la médecine), mais il peut aussi s'agir d'un cursus. Vouloir faire médecine c'est vouloir apprendre pour exercer.

6.3.1 ENTRER EN MEDECINE

La première année, par le biais du concours, se présente non pas comme un apprentissage de la médecine mais de certaines valeurs, normes et pratiques propres au milieu médical. Du fait du caractère particulier de cette première année, il est alors pertinent d'analyser les motivations pour comprendre ce que la réforme a pu modifier, non seulement dans les comportements, mais aussi par rapport aux attentes et stratégies des futurs médecins.

6.3.1.1 LA VOCATION

Faut-il avoir la vocation pour faire un bon médecin ? Dans ce cas c'est une image du médecin en exercice, plus que de l'homme dans son milieu professionnel qui est retenue. Faire médecine c'est alors vouloir « soigner les gens », « rendre service », « être utile », « aider ». Parmi ces « appelés », on retrouve une majorité de médecins généralistes. Ces étudiants sont plus attachés que les autres à l'image de la personne qui soigne parce qu'elle a un savoir global qui lui donne une véritable puissance d'action sur le corps humain. Ce savoir mystérieux n'a rien de rationnel, il n'est donc pas articulé avec la représentation scientifique de la médecine. Le recours à la « vocation » comme explicitation d'un choix professionnel relèverait donc spontanément de la médecine générale en ce qu'il ne limite pas le savoir médical et sa capacité d'intervention. On observe alors un refus de la spécialité comme une vision étroite de la médecine, qui lui enlève tout son attrait.

Le profil de ces médecins les place dans une position, au départ, éloigné de la réalité du « monde médical ». Ils se font une idée abstraite du « médecin » qu'ils situent essentiellement dans son rapport au malade et non à ses pairs. Ce n'est donc pas dans une représentation d'un corps professionnel qu'ils se situent d'emblée, ce qui les dispose peu à adopter une attitude de stratégie vis-à-vis d'une orientation future. Le médecin a « vocation pure » se cristallise sur cette image idéalisée souvent associée à celle du médecin de famille qui n'est pas seulement là pour soulager les corps souffrants mais aussi pour réparer les injustices sociales. Ce projet permet d'intégrer une mobilité sociale ascendante, sans toutefois renier son milieu d'origine populaire, on relève là une certaine part de militantisme chez ces médecins.

6.3.1.2 LE SCIENTIFIQUE

Cet étudiant n'argumente pas son orientation sur un quelconque appel, mais plutôt sur un choix rationnel au vu d'un certain nombre de « possibles ». Souvent bachelier scientifique suffisamment bon pour tenter les grandes écoles, ces étudiants voient en la faculté de médecine un « débouché » adapté à leurs prédispositions scolaires préparant à un « vrai » métier. Ils s'agit alors surtout d'un goût pour les matières scientifiques « orientées humain ».

On y retrouve surtout des étudiants originaires des catégories sociales supérieures ou moyennes, pour qui l'accès à la faculté est une évidence. La question de « l'être médecin » passe après celle du « faire médecine ». Le projet est surtout lié aux études, l'obstacle anticipé place l'étudiant dans une position de bachotage, où le challenge est plus la réussite aux épreuves que la réalisation d'un rêve.

Ce type d'étudiant est plus adapté aux exigences du concours de première année. Ce sont ces médecins qui ne conseilleront pas à leurs proches de faire médecine.

6.3.1.3 LE NON-CHOIX

Trois types de chemin pour arriver à « faire médecine » sans le choisir, rendant possible voire obligatoire une telle orientation : le premier est relatif à l'influence des parents, le second relève d'un échec préalable, et le troisième d'une expérience personnelle de confrontation à la mort ou à la maladie.

Les premiers sous l'influence des parents, soit pour suivre la lignée familiale de médecin, ou bien pour réaliser le désir d'un de leurs ascendants.

Pour les seconds, la médecine apparaît comme un pis-aller lorsqu'une autre orientation échoue, en particulier dans des préparations plus difficiles ou un refus d'une entrée sur dossier. Pour les derniers, la décision de faire médecine peut remonter à un événement, plus ou moins lointain, qui a provoqué un contact avec la maladie, l'hôpital voire la mort.

6.3.2 DEBUTER LES ETUDES

Derrière ces motivations, on voit apparaître très clairement des clivages sociaux qui se repèrent en fonction d'une double proximité/distance avec, d'une part le monde étudiant et, d'autre part le milieu médical. Il semble en revanche que le fait de se placer dans une perspective d'études plus que de métier place les candidats dans une position rationnelle plus adaptée au concours qui les attend. La présence du concours va imposer une démarche stratégique, aussi déterminante que la capacité de travail. S'inscrire dans une faculté de médecine n'est que le premier pas dans le « faire » médecine, encore faut-il encore avoir médecine. Cette année revêt alors dans le monde médical un caractère particulier quasi « initiatique » et plus ou moins traumatisante. Cette initiation revêt plusieurs aspects : initiation aux codes du milieu, à son mode de fonctionnement, à ses valeurs, à sa hiérarchie, et à sa différence. Il s'agit de constituer une élite comme s'il fallait pour former un médecin commencer par le détacher des autres : le concours remplit cette fonction symbolique par différents mécanismes.

Le premier est relatif à la somme de travail qui impose à tous les étudiants de limiter voire de supprimer toute la vie sociale extérieure à la faculté.

Le second plus informel et moins explicite, se manifeste par l'apprentissage des règles informelles permettant de passer cette étape. Il apparaît alors que l'échec en première année n'est pas lié à un manque de travail mais aussi à un retard pris à comprendre les règles du jeu.

L'effet numerus clausus

Les études médicales ont connu une attractivité très fluctuante, durant ces trente dernières années. En effet, se sont combinés deux phénomènes contingents : l'augmentation massive des étudiants au sortir de la deuxième guerre mondiale, toutes disciplines confondues, qui a été contrecarrée rapidement au début des années 1970 par l'instauration du concours en fin de première année pour les études de médecine.

A cela, il faut ajouter une perte de prestige de la profession associée à des discours alarmistes sur l'augmentation pléthorique du nombre de médecins induisant une baisse conséquente de leurs revenus. Quel est donc l'effet produit par cette première année : s'agit-il simplement d'écramer une population candidate aux études de médecine à partir de critères reposant sur l'excellence scolaire, ou s'agit-il d'une sélection normalisante ?

Dans cette hypothèse, on se retrouve alors devant un modèle qui serait celui d'une course d'endurance, ce qui explique que le redoublant « qui a un tour d'avance » réussit mieux que le non-redoublant. Pour réussir ce concours il faut donc soit courir très vite soit partir avec de l'avance.

Sur la faculté de Nantes, on peut observer des variations significatives selon l'origine sociale des étudiants du taux de redoublement. A partir du moment où ils ont réussis à passer le barrage du concours, les étudiants d'origine populaires seraient plutôt plus performant que les autres même si ce phénomène s'atténue voire s'inverse avec la baisse du numerus clausus.

Mais un autre phénomène apparaît dès lors que l'on combine le sexe et les origines sociales des candidats.

Tableau n°33 : Série du baccalauréat, selon le sexe

Sexe	A	Eco	C	D	Technique	Dipl. étranger	Total
Femmes	4,7%	0,7%	39,2%	54,5%	0,7%	0,2%	100%
Hommes	2,1%	1,9%	39,5%	55,5%	0,7%	0,3%	100%
Total	3,2%	1,4%	39,4%	55,1%	0,7%	0,3%	100%

Source LEST novembre 2001

Tableau n°34 : CSP du père de étudiants nantais selon la série du baccalauréat

CSP père	A	Eco	C	D	Technique	total
Prof. Indep.	0,0%	0,0%	34,4%	65,6%	0,0%	100%
Cadres et Prof. Lib.	3,0%	1,0%	35,8%	59,7%	0,5%	100%
Pro. Interm	0,0%	0,0%	51,4%	45,7%	2,9%	100%
Employés et ouvriers	0,0%	0,0%	22,9%	75,0%	2,1%	100%
Total	1,9%	0,6%	35,4%	61,1%	0,9%	100%

Source LEST novembre 2001

CSP= catégorie socio-professionnelle

Les gagnants de cette évolution semblent être les enfants des professions intermédiaires, dont la conformité scolaire colle bien avec une concurrence accrue entre les étudiants, ce d'autant plus qu'il s'agit en majorité d'hommes.

6.3.3 ETUDIER EN FACULTE

On s'aperçoit en étudiant les programmes dispensés dans différentes facultés qu'ils étaient parfois en rivalité avec le programme que les étudiants devaient ingurgiter en vue du passage du concours de l'internat. Dans les faits, et à part quelques exceptions les programmes dispensés ont une forte tendance à se calquer sur ce programme « parallèle ». Aujourd'hui l'idée de ne plus distinguer les deux programmes est de nouveau à l'ordre du jour, mais encore de nos jours certaines facultés organisent de véritable préparation à ce concours. La différenciation des programmes peut être argumentée par des objectifs spécifiques : l'université poursuit une mission de formation générale des futurs médecins ; le concours de l'internat vise à sélectionner les futurs spécialistes.

A Nantes, le maintien des principes universitaires a conduit de nombreux étudiants à redoubler leur dernière année, voire les deux dernières, afin d'assimiler les deux programmes et de se donner un maximum de chances au concours. Ils se retrouvent donc en position défavorable par rapport à leurs camarades issus des facultés où les règles universitaires sont plus souples. Les facultés qui cherchent à conserver leur propre mission produisent des candidats moins performants au concours de l'internat et sont targuées de mauvaise université.

Les références de l'excellence universitaire deviennent donc celles du classement du concours, hiérarchie renforcée par le caractère national de l'examen. Il faut ici évoquer le dilemme des enseignants de ces facultés, ils devaient, en tant qu'enseignant, penser leurs mission en termes pédagogiques, et en tant que praticiens hospitaliers, ils percevaient la nécessité de pouvoir au recrutement de leur pairs et donc aider à la réussite de leurs étudiants pour que ces postes ne soient pas pris par des « extérieurs » qui ne resteront pas forcément au niveau local.

6.3.3.1 LE TEMPS DES ETUDES

La réforme de 1982 allongeait théoriquement le temps du troisième cycle. Pour les médecins généralistes en raison du résidanat et pour les spécialistes qui faisaient auparavant seulement deux années. Cet allongement a incité le législateur à placer ce concours tout d'abord à la fin du DCEM 4 puis au cours de cette année, afin de ne pas rajouter une année à un cursus déjà long, l'ancien concours se passait en cours de la septième année.

6.3.3.2 ANCIEN REGIME/ NOUVEAU REGIME

Les étudiants paraissaient prendre leur temps, c'est-à-dire que les années défilaient sans trop de problème et, s'il y avait des redoublements, c'était visiblement, soit que l'étudiant peinait vraiment beaucoup dans ses études, soit qu'il se consacrait un peu trop à d'autres activités.

Chez les étudiants du nouveau régime la situation semble différente, ils sont tout d'abord, beaucoup plus nombreux à avoir redoublé leur première année. Mais on constate une plus grande pression chez ces étudiants : redoublements stratégiques dans les deux dernières années de deuxième cycle, jeux subtil d'anticipation et de dettes qui amenaient le plus souvent les étudiants à passer les épreuves lors de la deuxième session : la gestion du temps n'est désormais plus la même. L'impact de la réforme ne se fait donc pas sentir dans toutes les universités de la même façon sur l'allongement des études.

A Nantes il est particulièrement fort, les stratégies de redoublement y sont très courantes. On assiste là à l'effet direct des politiques universitaires : le maintien le plus longtemps possible, sur Nantes, d'un enseignement de faculté distinct du programme de l'internat et d'un mode de validation stricte par certificats.

Pour la promotion 1986, 89,3% des étudiants de Marseille et 73,2% de Lariboisière n'avaient pas redoublé leur sixième année, alors que cela ne concernait que 52,8% des Nantais. Autre indice, sur Nantes un redoublement en DCEM4 augmente significativement les chances de réussites : sont reçus 50,8% des non-redoublants contre 58,6% pour ceux qui ont redoublé.

Par ailleurs, on constate que les redoublements sont cumulatifs, les probabilités de redoubler durant le deuxième cycle sont d'autant plus importantes que l'étudiant a redoublé son PCEM1. Ceci renforce l'effet course d'endurance.

6.3.3.3 LES STAGES

On se trouve dans ce cas devant un paradoxe : les enseignants comme les étudiants déplorent le faible intérêt accordé aux stages au vu de l'inexistence d'une véritable validation. En même temps, ils n'envisagent pas du tout la possibilité d'accorder à cette formation une place décisive pour l'obtention de chaque année.

Les étudiants craignent la « note de gueule » et d'autre part certains chefs soucieux de recruter leur pairs dans leurs rangs sont plus ou moins exigeants en terme de présence afin de libérer plus de temps à leurs étudiants afin de leur offrir un temps de travail accru pour augmenter leurs chances de réussite.

En ces termes, on voit là aussi une possibilité de mettre en place une stratégie de choix de stage pour se libérer un maximum de temps libre. Là encore se creuse le fossé entre ceux, qui proches du « milieu », sont plus au fait que la moyenne et peuvent mieux préparer « leur préparation ».

Ainsi, alors que les épreuves se déroulaient sous forme d'examens, la concurrence n'était pas totalement exclue et le classement pouvait être décisif. La stratégie des meilleurs consistait alors à choisir les stages les plus formateurs au début de leur externat et des stages à « présence aléatoire » en fin d'externat pour préparer l'internat. Cela aboutissait à un paradoxe qui faisait que les moins bons étudiants dans les matières scientifiques étaient aussi ceux qui ne pouvaient jamais aller dans les stages les plus formateurs et qui, ainsi, étaient les moins bien formés à la pratique.

Diverses solutions ont été proposées, à Nantes par exemple, le doyen a pris la décision de constituer des maquettes équilibrées pour chaque année et de faire trois groupes au sein de chaque promotion et de faire choisir les étudiants par ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort chacun leur tour dans chacun des groupes, et non sur leur classement. Ce système sophistiqué traduit la crainte des étudiants quant à l'impartialité de leurs pairs. Tout se passe comme s'il était admis que l'on ne pouvait faire confiance à personne.

découverte du stage

Il y'a en fait sous cette idée deux représentations bien distinctes.

La dimension symbolique : pour beaucoup d'étudiants, avec la réussite du PCEM1, rentrer dans l'hôpital signifie réellement prendre possession d'un monde. L'hôpital met en scène spatialement la fracture institutionnelle entre ceux qui seront médecins et les autres. C'est pourquoi tous les signes qui soulignent l'appartenance à ce monde sont, dans un premier temps, extrêmement valorisés. Les instruments de la fonction sont en premier lieu la blouse blanche et le stéthoscope.

La dimension réelle : l'attente très forte vis-à-vis des stages pratiques est la rencontre avec « le malade ». Les expressions « toucher du malade », « bouffer du malade » soulignent l'importance de l'enjeu pour les étudiants. Cela représente, en général, un choc et celui-ci intervient après un trop plein de cours « scolaires », de « travail » sans intérêt pratique, indigeste et le stress du concours de première année.

6.3.3.4 LE MANQUE

La rencontre avec le malade n'est pas la rencontre avec la maladie et demanderait une formation spécifique, que certains médecins appellent de leurs vœux lorsqu'ils regrettent qu'il n'y ait pas de cours de psychologie.

Il y a tout d'abord le manque de considération ressenti : en dépit de la blouse blanche et du stéthoscope, symboles d'une fonction qu'ils n'exercent pas encore, les étudiants savent bien qu'ils sont novices : pour eux ce n'est pas seulement la rencontre avec l'hôpital qui est en jeu, mais aussi la rencontre et la confrontation à leurs aînés et ils ne savent littéralement pas où se mettre.

Ce sont d'ailleurs les étudiants d'origine familiale modeste et moyenne qui semblent le plus sensible à cette forme d'ostracisme et de dévalorisation.

Ensuite il y a le manque de responsabilité qui instaure une distance entre l'étudiant et le malade qui rend le stage quasi inconciliable avec l'apprentissage clinique. Pour les médecins « on passe de rien à tout », de « aucune responsabilité à totale responsabilité » lors de la prise de fonction d'interne ou de résident.

Pour finir il y a le ressenti de manque d'encadrement : à compter du moment où l'externe n'est pas pris en considération et qu'on ne lui confie que des tâches subalternes, point n'est besoin de l'encadrer.

6.3.3.5 L'AUTOFORMATION

Il apparaît alors nécessaire de prendre en charge sa propre formation. Si l'étudiant veut apprendre la clinique, l'apprendre sous toutes ses formes : diagnostics et diagnostics différentiels, gestes techniques, prescriptions et les règles s'y rattachant, il faut qu'il s'en charge lui-même. Dans ce contexte le passage aux urgences est reconnu comme le stage formateur par excellence. En revanche l'on s'aperçoit que si l'étudiant envisage de passer le concours de l'internat, il repousse volontiers cet apprentissage sur ses futurs stages d'interne qu'il devra réaliser et, dans ce cas, il va essayer de faire des stages pratiques des formalités vite réglées sans y perdre trop de temps.

Si l'étudiant veut devenir généraliste, il doit essayer de deviner ce qui lui sera utile dans son métier et se prendre en main pour acquérir au mieux les savoirs tant techniques que théoriques. Dans cette optique l'étudiant essaie de faire de ces stages les temps les plus formateurs de son apprentissage, il va donc passer sa « vie à l'hôpital » et être un très bon externe parfois au détriment de la formation théorique.

6.4 D'ETUDIANT A PROFESSIONNEL

Le passage des études au métier s'effectue durant le troisième cycle, selon des modalités dont la réforme de 1982 a posée les règles. La place de l'hôpital y est déterminante puisque c'est au sein de cette institution que les étudiants font leur premiers pas en tant que professionnels responsables. Au final, les positions de chacun dans le champ médical apparaissent selon des clivages qui se comprennent à la lumière de cette socialisation professionnelle que représentent dix à quinze années d'études.

A travers l'étude des rythmes et des notations universitaires, il est possible de mieux appréhender comment le système de sélection et les choix pédagogiques contribuent à renforcer les hiérarchies structurant le corps professionnel. Quelle est dans ces conditions l'impact de la réforme sur le profil des candidats et sur la répartition entre les sexes : pourquoi les femmes s'orientent-elles, depuis, massivement vers la médecine générale ? Ce phénomène, selon les analystes, était décelable dès les premières années de la mise en œuvre de la réforme, mais les conditions d'évaluation de celle-ci ne permettaient pas d'en percevoir le mécanisme.

6.4.1 « GENERATION SACRIFIEE »

La mise en place de la réforme n'a pas fait l'objet de modifications immédiates dans l'organisation des études médicales, celles-ci s'effectuant progressivement par la suite. La principale conséquence de ces politiques pédagogiques a été un fort taux d'échec (ou de non-présentation) au concours de l'internat, ce qui se traduit par une forte élévation du nombre de généralistes pour les premières générations de ce nouveau système. Mais si l'on compare les promotions de 1973 et de 1986, on constate que le taux de généralistes n'augmente pas de façon importante.

Ce sont donc les $\frac{3}{4}$ des étudiants de la promotion de 1980 qui deviennent généralistes, il semble que les responsables pédagogiques se soient laissés surprendre par une réforme dont ils n'avaient pas anticipé les effets immédiats sur leurs étudiants.

Tableau n°35 : Evolution du taux de généralistes parmi les étudiants des différents promotion selon la Faculté

Promotion	1973	1975	1978	1980	1984	1986	Total
Nantes	50,9%	61,1%	57,1%	72,7%	59,6%	60,7%	56,9%
Marseille	46,6%	50,0%	44,6%	76,3%	59,3%	47,2%	54,2%
Lariboisière	49,0%	49,1%	45,5%	68,4%	51,8%	50,9%	52,6%
Ensemble	48,8%	53,3%	49,1%	72,5%	56,9%	53,0%	55,7%

Source LEST novembre 2001

A Nantes, la tradition de formation en médecine générale est restée très présente, le taux de spécialisation est devenu un des plus faibles. Ces résultats induisent nécessairement des mobilités géographiques au moment de l'internat.

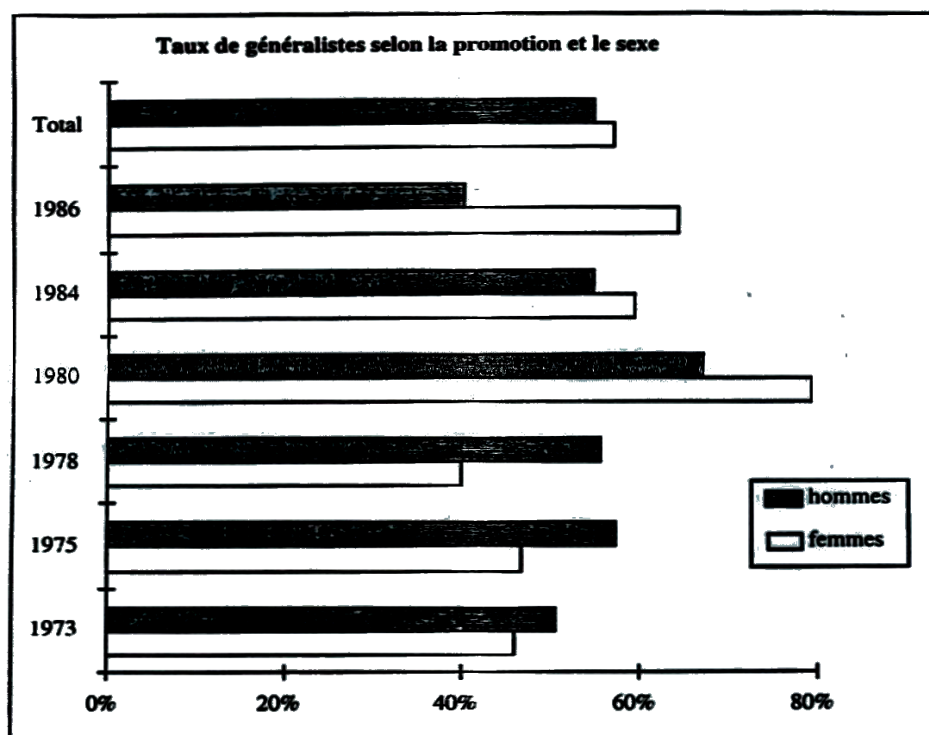
6.4.2 « FAIRE DES FEMMES GENERALISTES »

Au-delà des variations constatées au niveau des flux de formation entre généralistes et spécialistes, on peut observer une modification de la composition interne de chacun de ces segments. Ainsi, un des premiers éléments à prendre en compte est la répartition des hommes et des femmes dans les différents modes d'exercice. Là, c'est une véritable inversion des tendances que l'on constate : les femmes plus souvent spécialistes sous l'ancien régime, deviennent désormais majoritairement des généralistes.

Dans la promotion de 1978, seule 40% des femmes devenaient généralistes, leur taux double pour la promotion 1980. Cette tendance se retrouve dans toutes les universités et persiste dans les promotions suivantes. C'est un phénomène marquant, qui montre que le système, en premier lieu, a été préjudiciable aux femmes qui voulaient se spécialiser.

Ce sont les spécialités les plus féminisées qui ont vu leur effectif baisser à l'issue de la réforme : notamment dans les spécialités médicales supprimées (gynécologie, ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie...). Ces spécialités, pour la plupart étant devenues des formations chirurgicales, ont été partiellement investies par les femmes, mais dans des proportions moindres que lorsqu'elles étaient accessibles par la voie du CES. Ce phénomène n'est pas simplement dû au jeu des classements mais également à une certaine forme de réticence de celles-ci vis-à-vis du milieu chirurgical. Certaines spécialités, comme la médecine du travail, ont été désertées car elle intervenaient souvent comme un second choix d'exercice après quelques années en médecine générale et était très féminisées. Les spécialités dites « pénuriques » aujourd'hui ne l'étaient pas avant la réforme de 1982.

Histogramme n°4 :



Source LEST novembre 2001

6.5 RYTHMES ET PERFORMANCES

Cette répartition sexuelle des étudiants entre les filières omnipraticiennes et spécialisées s'articule avec des mécanismes d'orientation et de sélection qui s'opèrent tout au long des études universitaires. On voit ainsi de nettes variations entre les promotions avant et après réforme. Des éléments permettent de faire le lien entre des parcours de faculté et des devenir professionnels, sans pour autant y voir un lien de cause à effet.

6.5.1 LES « LENTS » ET LES « RAPIDES »

Les promotions précédant la réforme mettaient plus de temps à effectuer leurs deux premiers cycles universitaires. Ceci en relation avec, d'une part, la baisse du *numerus clausus* qui rendait le concours de PCEM1 plus difficile favorisant par là même les redoublements, et le redoublement « stratégique » de DCEM4 pour préparer le concours de l'internat, d'autre part.

Intéressons-nous dans un premier temps, à la mesure de l'effet brut d'un redoublement sur la probabilité d'accéder à une spécialité. Le concours de PCEM1 prend alors une importance toute particulière. Sous l'ancien régime le fait de ne pas redoubler cette première année augmentait les chances d'accéder à une spécialité, avec le nouveau régime ce chiffre passe à 46,7%. Ce concours de PCEM1, en tant que première épreuve classante, joue vraiment son rôle initiatique, décisif pour la suite du parcours. Difficile d'interpréter ce résultat comme une présélection directe, il peut aussi jouer un rôle d'élément d'auto-élimination : plus on a eu de mal à avoir ce premier concours, plus on hésite à tenter celui de l'internat ; et inversement le fait de le réussir du premier coup met en confiance pour le passage de l'internat.

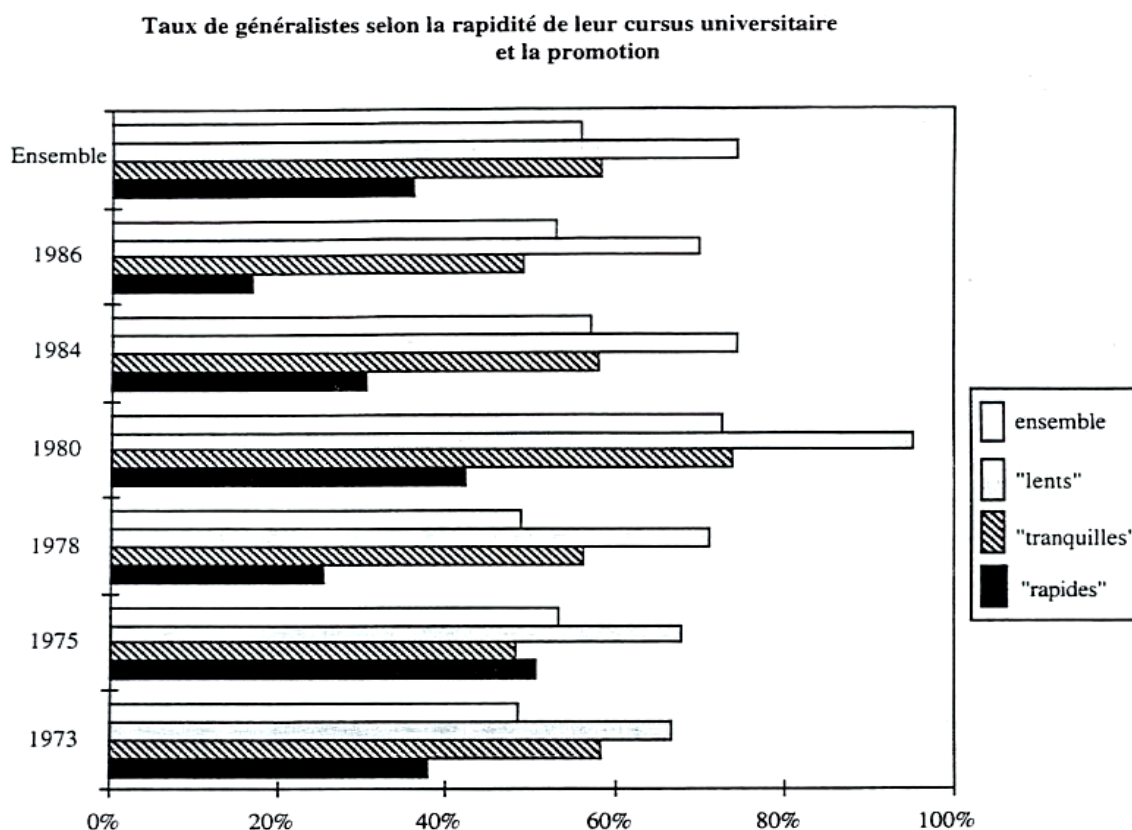
Sur l'ensemble d'un cursus, les temps passés en premier et deuxième cycle sont surtout sélectifs aux extrêmes : l'absence totale, et l'accumulation d'au moins deux redoublements provoquent des effets dont l'ampleur discriminatoire augmente très fortement avec les années.

Cet effet temps condense des phénomènes de natures différentes : ceux qui ont été performants d'emblée au concours de PCEM1, d'une part, et, d'autre part, il témoigne de l'aisance des étudiants à effectuer la suite de leur parcours en stigmatisant ceux qui ont eu des ruptures dans leurs cursus. Tous se passe comme si l'accès à la spécialisation était réservé à des parcours sans accroc. Mais interviennent ici les choix pédagogiques des facultés, qui influent nettement sur le temps d'étude et l'orientation.

A Nantes, les redoublements sont nettement moins discriminants que dans la plupart des autres facultés, pour les étudiants nouveaux régimes. La cumulation, dans cette faculté, de deux programmes distincts, rend plus « normal » cet allongement de la durée d'études. Dans d'autres facultés, où les programmes sont quasi-superposables, les échecs à l'internat vont de pairs avec les redoublements et signalent, les étudiants qui assimilent moins vite.

Par ailleurs, les redoublements étaient nettement moins discriminants pour les femmes que pour les hommes de l'ancien régime. Ceci peut s'expliquer par le double accès à la spécialisation, les hommes choisissant plus souvent le chemin de l'internat, et les femmes celui des CES. Après la réforme, la tendance s'inverse, et les redoublements deviennent un facteur limitant plus sûrement l'accès à la spécialité pour les femmes. Tous ces éléments montrent comment peu à peu les facultés sont devenues des écoles préparatoires, plaçant d'emblée les étudiants dans un contexte où la sanction universitaire joue dans le sens d'une prédétermination à la spécialisation.

Histogramme n°5 :



Source LEST novembre 2001

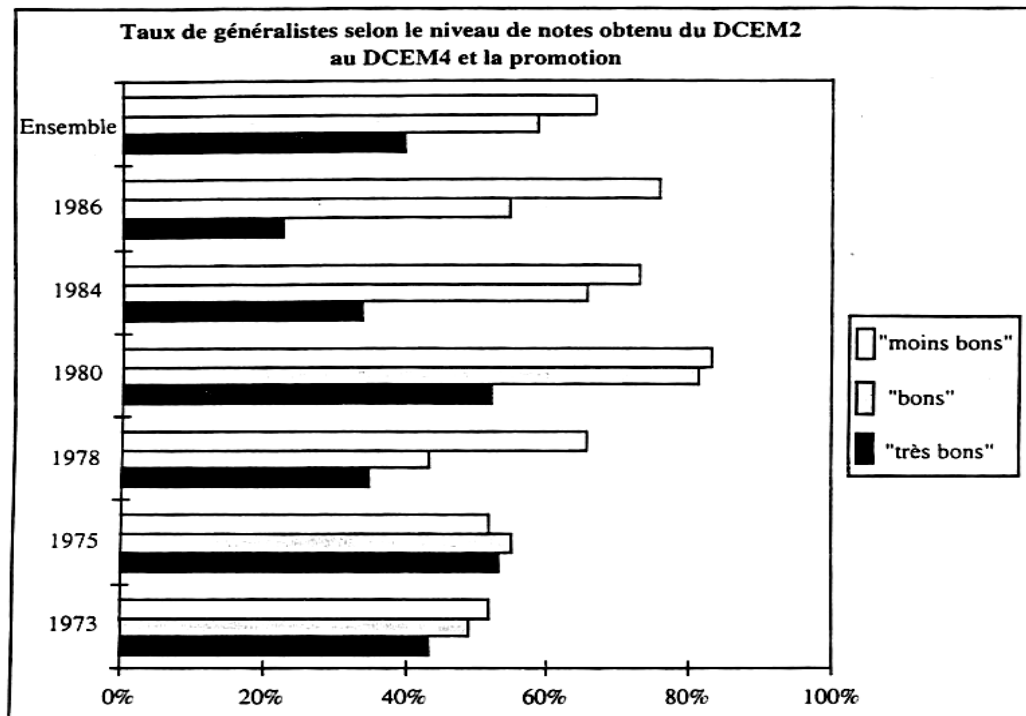
6.5.2 LES « MOINS BONS », LES « BONS » ET LES TRES « BONS »

Les notes obtenues aux examens donnent, elles aussi, un bon élément de comparaison entre les orientations professionnelles et les parcours étudiants. Année après année on voit se dessiner une concordance de plus en plus forte entre les résultats universitaires et les chances d'accès à la spécialité.

Pour les promotions les plus anciennes, les résultats aux examens interféraient assez peu avec la probabilité de se spécialiser. Les « très bons » se dirigeaient dans des proportions correctes vers la médecine générale, les écarts entre les groupes deviennent plus importants à partir de la promotion 1978, pour devenir quasi-déterminants avec le nouveau régime. On voit que les extrêmes s'opposent nettement, comme pour justifier de l'assertion qui a tendance à se répandre : les spécialistes sont « les meilleurs » et les généralistes « les mauvais ».

Tout ce passe comme si le nouveau dispositif, censé revaloriser la médecine générale, contribuait, au contraire, à ce que l'idée d'une médecine générale de peu de valeur devienne une réalité palpable à travers les caractéristiques des étudiants qui s'y orientaient.

Histogramme n°6 :



Source LEST novembre 2001

La spécialisation étant désormais subordonnée à la réussite à l'internat, les étudiants qui souhaitent faire de la médecine générale ne s'inscrivent pas à la « course » et visent à obtenir leurs années sans chercher à figurer dans le haut des « classement ». On comprend alors que le choix d'exercer la médecine générale conduise les étudiants à ne pas consacrer le plus clair de leur temps à être le plus performant possible sur la théorie, et donc les conduit naturellement, comme nous l'avons vu auparavant, à consacrer leur temps à la formation pratique.

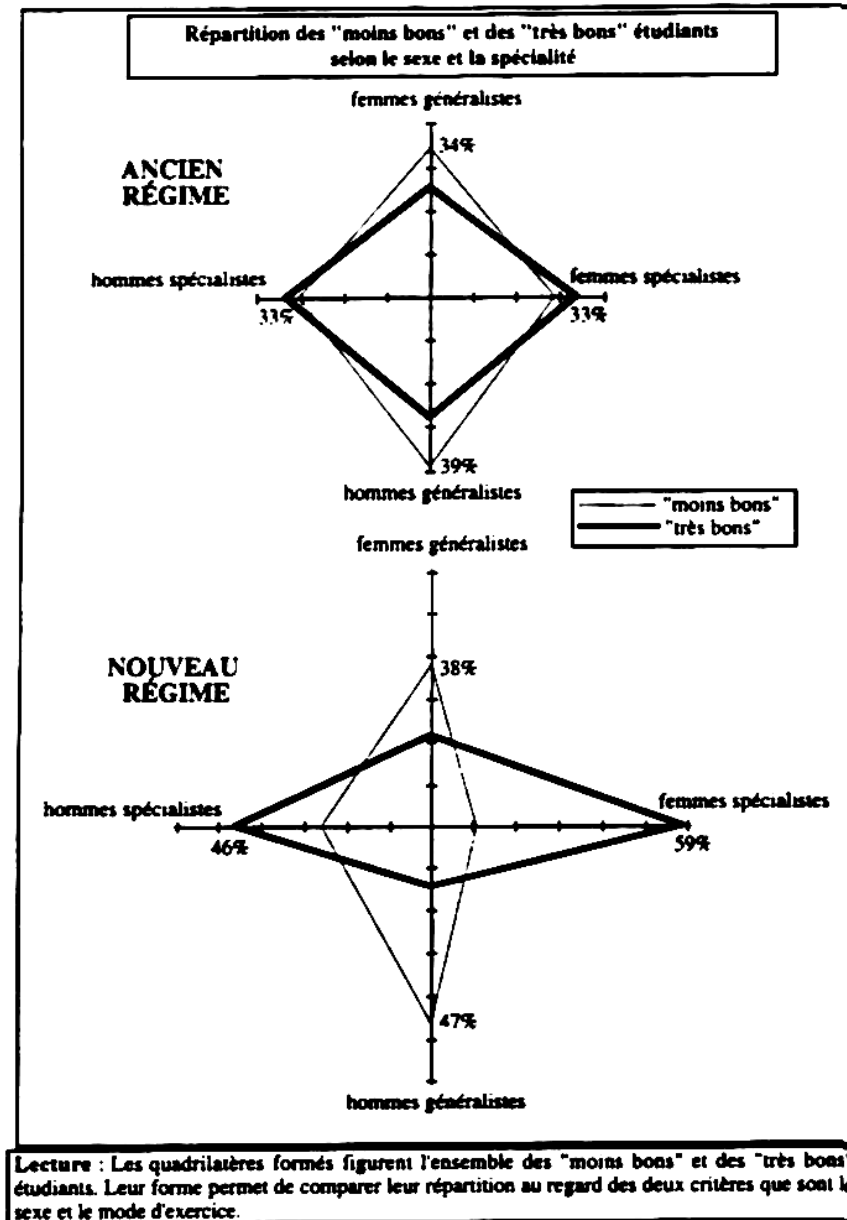
Par ailleurs ces résultats obtenus jouent un rôle d'autodétermination décisif : « les meilleurs » sont encouragés à passer « l'épreuve », les « moins bons » ont tendance à renoncer d'eux-mêmes à une épreuve qu'ils risquent fort de rater.

Le biais de cette auto-sélection joue dans les deux sens, en effet, il est, aujourd'hui fort improbable qu'un étudiant brillant, même s'il est attiré par la médecine générale, se refuse la possibilité de présenter ce concours, ou encore, l'ayant obtenu, renonce à son bénéfice. Dans de telles circonstances, le choix ne se pose, pour tous les étudiants, qu'en fonction de différents « possibles ».

6.5.3 REPARTITION SELON LE SEXE

Si, dans l'ancien régime, les variations de performance universitaire entre les deux sexes étaient très faibles, elles deviennent plus importantes après, dans le sens de meilleurs résultats chez les femmes que chez les hommes.

Graphique n°9 :



Source LEST novembre 2001

Sur l'ensemble de la population considérée, les femmes semblent plutôt « meilleures » que les hommes notamment dans les promotions les plus récentes. Or, non seulement elles sont plus nombreuses, mais leurs résultats montrent qu'elles se distinguent désormais de leurs homologues masculins, par une sorte d'inversion du classement : elles sont plus nombreuses parmi les « premières classées ». Ceci permet de comprendre en partie pourquoi il est communément admis que les femmes réussissent mieux que les hommes.

Cette évolution, ainsi que les données sur les caractéristiques universitaires des futurs spécialistes, devraient se combiner pour leur ouvrir un accès massif à la spécialité. Or, au vu des chiffres, il n'en est rien, et que la réforme de 1982, si elle les a poussées vers une excellence universitaire, les a défavorisé au niveau de l'accès à la spécialisation.

Le taux de femmes spécialistes « très bonnes » est supérieur à celui de leurs homologues masculins. De même, le taux d'hommes spécialistes « moins bons » est lui supérieur à leurs homologues féminins. On voit ici comment la réforme tout en plaçant les généralistes du côté « moins bons », impose aux femmes d'être massivement parmi les « meilleures » pour pouvoir accéder à la spécialisation.

6.6 LE PURGATOIRE DE L'INTERNAT

6.6.1 L'ENTONNOIR

La sélectivité semble plus forte pour les femmes que pour les hommes, à commencer par l'inscription à l'internat : ce qui revient à une auto-élimination. Pour les femmes, la discrimination se manifeste à plusieurs niveaux : d'une part, elles continuent à être moins nombreuses à s'inscrire et à passer les épreuves, et d'autre part, elles échouent plus souvent au concours. Ce constat va à l'encontre de tout ce qui a été dit auparavant où il semblait que les étudiantes en médecine étaient « meilleures que les hommes ». Assertion à priori accréditée par le fait que les spécialités « féminines » sont parmi les premières choisies à l'issue du classement, une majorité de femmes arrivant « en tête ». De plus, les résultats universitaires abondent en ce sens : les étudiantes nouveau régime sont plus « performantes » que leurs homologues masculins. Pourquoi, alors, ne sont-elles pas plus souvent spécialistes qu'eux ?

La réalité apparaît plus complexe : globalement les femmes réussissent moins bien le concours de l'internat que les hommes. Mais celles qui réussissent, d'un point de vue universitaire, sont plus performantes que les hommes, ce qui permet d'expliquer pour une part d'entre elles, le meilleur classement

6.6.2 LES FACTEURS DISCRIMINANTS

Il semble que les notes universitaires soient le facteur le plus discriminant, d'abord au niveau de l'inscription, puis à la présentation. Ensuite cette prédominance diminue, en effet, le fait d'avoir de mauvaises notes universitaires semble être un élément dissuasif. En revanche, le facteur le plus encourageant est la rapidité des études. Ceux qui ont obtenu leur PCEM1 sont, et à raison, fortement encouragés à se présenter à l'internat et en général reçus massivement. Ainsi les facteurs les plus discriminants se mettent en place bien en amont du concours qui conduit à une auto-sélection sur la base des résultats obtenus aux examens de la faculté.

Les hommes sont en général plus « rapides », les femmes, quant à elles, sont « meilleures » que les hommes. Les différences sexuelles ne peuvent donc pas s'expliquer uniquement par des facteurs universitaires, ils mobilisent d'autres niveaux d'explication, relevant par exemple de données socio-démographiques.

6.6.3 CHOISIR SA VOIE

Dans l'ancien régime, les choix pour un type de médecine, donc d'exercice professionnel, suivaient d'autres rythmes et obéissaient à d'autres contraintes.

En premier lieu, les étudiants paraissaient disposer d'un temps de réflexion qui leur permettait, éventuellement, de différer leur choix. Ce temps était celui nécessaire à l'accès au titre de docteur, théoriquement commun à tous et qui les destinait à devenir médecin généraliste. Le seul choix survenant au cours du deuxième cycle était celui de passer ou non le concours de l'internat, mais l'exercice d'une médecine générale ou spécialisée se décidait souvent en sixième année voire plus tard. Dans l'ancien régime le concours de l'internat était un concours de recrutement hospitalier, et non d'une sélection à l'entrée d'un troisième cycle de spécialité. Ce choix se faisait donc plus en terme de carrière et une certaine notion de service public et non en terme d'exercice spécialisé ou non.

Une autre caractéristique de ces parcours était la place décisive faite à l'expérience concrète par l'exercice de la médecine générale, qui leur permettait de justifier le choix de se spécialiser ou non de manière plus personnelle.

Enfin, dans ces conditions, on a vu apparaître une très forte sexuation : la médecine générale libérale était, alors, plus le fait des hommes, et la médecine générale salarié plus celui des femmes. L'internat parce que essentiellement chirurgical, était masculin et le CES Féminin.

6.6.4 AVOIR LE TEMPS

Dans l'ancien régime, à chaque instant des deux premiers cycles, on pouvait changer d'objectif, prendre le temps d'être séduit par une spécialité, un patron, un mode d'exercice. Selon les possibilités financières ou familiales, il était possible de choisir d'exercer la médecine générale dans un premier temps à l'issue du deuxième cycle puis, après avoir exercé quelques années, décider de faire un CES et de s'engager dans une spécialité : cela offrait la possibilité de penser sereinement à une possible réorientation. On se trouvait donc dans une temporalité de choix très « élastique » qui permettait alors autant d'orientations précoces que différées.

A cette époque, être médecin généraliste, n'était pas nécessairement un déclassement par rapport aux autres médecins. L'omnipratique se présentait alors comme une étape possible dans une carrière. Le « plus », alors représenté, n'était qu'un « plus » d'étude, un « plus » de temps, mais pas un « plus » de qualité de vie ou un « plus » de qualité professionnelle. La fermeture des CES est venu entériné un titre de médecin généraliste qui, alors, ne pouvait plus évoluer dans le temps.

6.6.5 L'INTERNAT DES HOPITAUX

Cette décision de devenir interne des hôpitaux pouvait alors se prendre très tôt dans le cursus ou plus tard, puisqu'il n'y avait pas, comme aujourd'hui, d'exigences strictes quant au moment des candidatures. En revanche, cet internat jouissait d'une réputation d'excellence et beaucoup d'étudiants n'envisageait pas de le présenter, même si celui-ci représentait, pour certains, un rêve.

Avec la réforme de 1982, on a vu apparaître trois types de réaction vis-à-vis de ce concours :

- le refus : les étudiants se considérant médiocres, ne se posent pas la question de passer l'internat et adaptent leurs ambitions. D'autres le font par rejet du système (argumentation politique et/ou sociale)

- le préparer : « travailler » l'internat, par de fameuses questions qui avaient la réputation de traiter de manière complètes des sujets qui n'étaient pas toujours abordés de manière satisfaisante dans les photocopies. Ces étudiants n'étaient pas vraiment décidés à passer l'internat, mais cela faisait parti d'un certain nombre de « possibles ». Si ce concours désignait l'élite, ne pas le passer ne signifiait pas se priver de la reconnaissance de ses pairs.

- le préparer pour l'avoir : cette position pouvait relever de la pression du groupe ou bien d'un dessein de carrière, mais pour cette génération le nombre de « possibles » était tel que ne pas le réussir n'était pas réellement un échec.

L'internat dans ce contexte s'inscrivait comme une voie parmi les « possibles » et n'était alors pas une alternative décisive.

6.6.6 L'EXPERIMENTATION

Cette génération d'étudiants avait une caractéristique spécifique : avoir une expérience concrète dans le processus de décision.

Deux étapes étaient décisives : les stages, où ils semblaient plus investis que les générations suivantes, puis la septième année, où, tous étaient à la même enseigne et susceptibles de faire des remplacements en médecine générale. A l'époque ils s'y essayaient presque tous, il était donc difficile de trouver une place de remplaçant, ce qui donnait une valeur particulière à cette expérience. Ces derniers se retrouvaient, avec une formation très théorique le plus souvent, seuls dans un cabinet, face à une clientèle constituée, à devoir la prendre en charge sans un encadrement suffisant susceptible de les rassurer. Un bon nombre face à la lourdeur de la tâche, s'est alors tourné vers la spécialité, autant pour éviter l'exercice solitaire que pour parfaire leur formation.

Dans ce cas, ce n'est jamais par mépris qu'ils décidèrent de se spécialiser, mais au contraire, parce qu'ils considéraient que c'était un métier difficile et qu'ils craignaient de ne pas être à la hauteur : pour eux il était plus facile d'être bon dans un domaine particulier que dans tous les domaines de la médecine.

Considérer que, dans les années 1970, l'orientation en médecine de spécialité signifiait que la médecine générale était dévalorisée est une interprétation un peu rapide du processus de choix. Il est évident que le régime actuel, n'ouvrant la porte de la médecine générale qu'aux futurs généralistes, empêche catégoriquement que le choix s'effectue sur autre chose que sur des « pré-notions » tirées le plus souvent des hiérarchies universitaires, laissant donc peu de place à la réalité de la médecine générale.

6.7 LES FILLES ET LES GARÇONS

Les « possibles » qui s'offraient alors à ces étudiants s'inscrivaient très clairement dans une représentation sexuée des identités sociales autant que professionnelles. On peut dans ce registre créer une modélisation sur les clivages suivants :

Les formes traditionnelles de la médecine relevaient de métiers impliquant une grande disponibilité, tant au niveau des études que de la pratique (médecine générale libérale et médecine de spécialité hospitalière par la voie de l'internat), étaient donc fortement connotées masculines.

D'autres formes d'exercice de la médecine sont apparues : médecine salariée et médecine spécialisée libérale notamment. Elles relèvent de modèles d'exercice non directement liés à l'archétype du médecin, et sont devenues des modèles plus féminins de l'exercice médical. Concrètement, au moment des choix, les étudiants sont amenés à se positionner par rapport à leurs identités sexuelles respectives et aux modèles que la profession leur propose. On voit ici apparaître un ordre de hiérarchie professionnelle qui place en bas de l'échelle les métiers dits féminins.

Dans ce contexte, la spécialisation par CES et médecine salariée représentaient des voies ouvertes pour des femmes qui voulaient privilégier leur vie de famille. La réforme de l'internat va mettre fin à ces clivages, du moins dans sa conception, mais cependant ne suffit pas à positionner les hommes et les femmes sur un registre plus égalitaire.

6.8 PASSER OU NE PAS PASSER L'INTERNAT

La conception actuelle du schéma auquel sont actuellement soumis les étudiants est duale : d'un côté il y a l'internat, de l'autre la médecine générale. La réforme a fait apparaître de nouvelles contraintes et fait disparaître bon nombre de « possibles ».

La première des contraintes est temporelle : les étudiants doivent, maintenant, se déterminer très vite et sont soumis à un calendrier beaucoup plus serré. En outre, les solutions de rattrapage et de réorientation sont, désormais, très limitées. Ils sont donc pris dans une course contre la montre qui déterminera leur carrière.

Par ailleurs, l'éventail des possibilités qui leur est offert se résume à une succession d'alternatives : préparer ou non l'internat ; y réussir ou y échouer ; accepter ou non la filière d'affectation. A partir de là, un choix plus large est offert aux « meilleurs » : choix de la spécialité, choix géographique. Cette binarité du processus de décision ne laisse que peu de place aux projections imaginaires, aux conseils extérieurs et aux expériences sur le terrain.

Dans ce contexte très contraignant, les étudiants tentent de préserver leur libre arbitre et de trouver des stratégies qui leur permettent de s'approprier leur destin. Pour se prémunir d'une relégation par l'échec, les projets sont toujours prudents, l'échec anticipé, la réussite aléatoire.

Enfin la fermeture du CES aboutit, dans le nouveau régime, à fermer ce qui était vécu comme la voie féminine de la spécialisation. Faut-il pour autant considérer que l'alternative nouvelle suit le mode asexué de division du corps médical ?

6.8.1 FAIRE LA COURSE

Les nouvelles règles de l'internat imposent de se présenter la première fois en DCEM4, après validation de tous les certificats sauf un, le concours étant validé après l'obtention du CSCT. Il n'est donc pas possible pour un résident qui décide de se réorienter vers une médecine spécialisée, de tenter le concours s'il ne l'a pas présenté une première fois à ce moment là. Et s'il l'a présenté, il ne lui reste plus qu'une seule tentative.

Ainsi certains généralistes qui se sont inscrits ne se sont pas présentés, ou bien se sont présentés stratégiquement afin de se ménager une possibilité de réorientation le cas échéant. Cela peut alors être interprété comme une démarche de précaution.

La décision de passer l'internat doit être prise au plus tôt dans le cursus, en cas d'hésitation, il y a fort à parier que ce sera trop tard. Pour rattraper le temps alors perdu, l'étudiant devra, stratégiquement, redoubler ses dernières années pour se laisser le temps de combler son retard.

Durant leurs études, les futurs médecins ont l'occasion de fréquenter une médecine hospitalière fortement spécialisée, et les praticiens qu'ils rencontrent sont tous d'anciens internes. Le choix s'effectue donc qu'à partir de deux critères : les représentations, souvent floues, de la médecine générale et/ou l'anticipation de sa propre capacité à préparer le concours de l'internat.

Ce rythme imposé induit des stratégies qui s'opèrent dès le début du deuxième cycle et qui ne correspondent pas nécessairement aux exigences de la faculté. On constate, alors, que ceux qui peuvent le mieux anticiper ce calendrier sont ceux qui bénéficient d'informations extérieures à la faculté, par leur famille ou des amis issus du milieu médical. Ainsi, un étudiant qui ne bénéficie pas d'informateurs proches, concentre toute son attention et son énergie à pénétrer un milieu qui lui est étranger, il peut alors passer à côté des règles imposées par le système.

Cet impact des temps met visiblement les étudiants sur des lignes de départs différentes.

6.8.2 LA DECISION BINAIRE

A chaque étape le « non » oriente vers la médecine générale et le « oui » vers la médecine de spécialité. La décision qui consiste à s'orienter d'emblée vers la médecine générale se traduit concrètement par un « je ne prépare pas l'internat », et constitue alors une sorte de dérobade au cursus « normal ».

Cette position fait naître une ambiguïté, en particulier quant au choix de ceux qui se destinent à la médecine générale. Pour eux, les choses peuvent se dire de deux façons : soit ils choisissent de ne pas (passer l'internat), soit ils choisissent de (faire médecine générale) : entre un « renoncement » et un « choix positif », l'alternative n'est pas toujours très claire.

Par ailleurs le choix de passer l'internat n'est pas un choix de carrière car la spécialité qui sera choisie sera fonction du rang de classement, ce qui interdit à l'étudiant toute projection dans l'avenir avant d'avoir les résultats, et pouvoir s'autoriser à un véritable projet.

Puisque la liberté c'est de choisir, il faut pour être libre être en haut de l'entonnoir, mais puisque entonnoir il y a, le gros de la masse on le sait sera en bas et sera contrainte à « un choix » qui s'apparente plus à un renoncement. Aussi un étudiant brillant peut-il se refuser l'opportunité de présenter le concours de l'internat afin de « choisir » ? S'il réussit peut-il renoncer et se retourner vers la médecine générale ? Dans ce cas les contraintes ne sont certes pas les mêmes que pour les recalés, mais le classement remplit, quel que soit leur rang, son rôle d'imposition d'un ordre des choix qui ne donne pas toujours « plus de liberté » aux premiers qu'aux derniers reçus.

Une fois évitée la sélection par l'échec que semble matérialiser la médecine générale, il reste à opter pour une spécialité. Là aussi apparaissent des hiérarchies, qui trouvent leurs argumentaires dans les « modes », les conditions d'exercice, la pénibilité, la rentabilité, la démographie, le prestige, etc...

La crainte de ne pas pouvoir choisir qui a accompagné les étudiants tout au long de leur cursus, les pousse, une fois le concours obtenu, à choisir la spécialité qui leur paraît la plus « haut » placée même si elle ne correspond pas forcément à ce qu'ils briguaient. Tout se passe comme si l'imaginaire qui avait contribué à motiver l'étudiant s'efface devant un « ordre des choses » qui impose l'ultime décision.

6.8.3 FAIRE SON PROPRE CHOIX

Face à cet état de fait, souvent se mettent en place des stratégies qui consistent à transformer un destin en un choix individuel, autrement dit à trouver dans une orientation plus ou moins obligée des éléments puisés dans les trajectoires personnelles afin de l'expliquer. Pour cela il y a plusieurs manières de faire :

- anticiper, d'emblée, un échec au concours et s'interdire de passer l'internat, ni même de le présenter : l'expérience de la première année est, dans ce cas, décisive. Il devient donc raisonnable de projeter dans la médecine générale. Mais ne pas être fait pour les concours ne suffit pas à être fait pour la médecine générale.

- renoncer d'emblée à passer l'internat permet de poser un acte volontaire et valorisant même si cela demande un certain courage car il expose au risque d'être mis à l'écart par les autres étudiants et au mépris de certains praticiens hospitaliers dans les services. Le dilemme n'est pas mince : pour sauver son « amour-propre », il ne faut pas que ce choix soit vécu comme le résultat d'un échec, mais cette image de soi valorisée s'oppose à l'image renvoyée par ces autres qui méprisent les non-candidats au concours. Si l'idée commune tend à laisser croire que le généraliste est un « raté » de l'internat, ceux qui ne le tentent pas peuvent arguer d'une orientation volontaire. Mais qu'en sera-t-il demain, lorsque tous les étudiants seront soumis à une même épreuve nationale classante ?

6.9 DESTINS ASEXUES

Pour les filles, une médecine générale salariée ou une spécialité médicale libérale ; pour les garçons une médecine générale libérale ou une carrière hospitalière spécialisée : ce schéma issu de représentations encore actives chez les étudiants à la veille de la réforme, se concrétisait par des orientations différenciées en troisième cycle. Avec la suppression des CES, c'est la voie dite « féminine » qui disparaît, pour laisser la place à une dualité internat/médecine générale correspondant à ce qui est plutôt des voies dites « masculines ». Comment les femmes, entrées depuis lors massivement dans les facultés de médecine, trouvent-elles désormais leur place ?

Elles nous dament le pion, puisque aussi bien au concours de première année qu'à celui de l'internat, ce sont surtout les filles qui occupent les premières places. La preuve en est apportée par la nouvelle hiérarchisation des spécialités : la dermatologie devient la première spécialité choisie et occupée en priorité par des femmes. Mais les résultats statistiques montrent une tout autre réalité : les femmes sont, en fait, les grandes perdantes de la réforme, puisque leur taux de spécialisation a soudainement chuté.

La première explication à ce phénomène pourrait être le handicap que représentent le mariage et/ou les maternités, situations qui limitent leur disponibilité pour la préparation à l'internat. Ce barrage est réel pour certaines d'entre elles, mais il est loin, à lui seul, d'expliquer ces résultats.

Si l'on compare les trajectoires conjugales, on remarque une constante : les hommes sont plus souvent en couple avant la fin de leur DCEM4, mais surtout les étudiants « nouveau régime » sont moins souvent en couple que leurs aînés. Ceci est valable pour les hommes comme pour les femmes, pour les spécialistes comme pour les généralistes. La majorité ne cherche pas à stabiliser leur vie affective avant d'avoir réglé leur vie professionnelle. Le retard à l'âge de la cohabitation et à la parentalité est général dans cette génération et ne touche pas que les étudiants en médecine. Par ailleurs, ceci reste toujours moins vrai pour les hommes que pour les femmes.

Toutes les femmes du nouveau régime dont le conjoint n'était pas dans la même branche qu'elles, ou qui ont eu des enfants en cours de second cycle ont, le plus souvent, d'elles même renoncé à passer le concours. Mais ceci n'explique pas pourquoi de nombreuses femmes célibataires n'ont pas préparé l'internat, alors que leur niveau universitaire le leur permettait. Une première analyse montre qu'elles expriment surtout des arguments subjectifs : volonté d'accéder à une pratique concrète, refus de se lancer dans une concurrence dure, évitement d'un milieu misogyne comme la chirurgie, refus de sacrifier d'autres centres d'intérêt, mais aussi le sentiment plus fort de doute, de dévalorisation de leurs compétences.

Tout se passe comme si les caractéristiques féminines et masculines s'opposaient sur le mode de l'opposition entre une approche « sensible », « psychologique », « globale » et une approche « technique », « scientifique », « spécialisée » du métier.

Les hommes accréditent d'ailleurs ces différences, en constatant que la féminisation de leur profession bouleverse les habitudes et pratiques médicales, qu'il s'agisse du milieu hospitalier ou de la médecine de ville. Les hommes ont plus tendance à déterminer leur parcours à partir d'identification : c'est parce qu'on s' imagine généraliste que l'on ne prépare pas l'internat, ou bien qu'on le prépare parce c'est le destin plus ou moins obligé de tout futur médecin de qualité.

Les femmes, en revanche, n'abordent pas la problématique sous le même angle : leur décision ressemble à un choix négatif : elles ne veulent pas préparer l'internat parce qu'elles ne s'en sentent pas capables, parce qu'elles ne se sentent pas bien dans le milieu hospitalier ; ou elles ne veulent pas être médecin généraliste, parce que l'image qu'elles en ont n'est pas compatible avec une vie de famille. Elles opposent volontiers à l'une ou l'autre des deux voies des caractéristiques de leur vie de femme actuelle ou future.

C'est autant leur situation familiale actuelle que l'anticipation de leur vie future, qui place les jeunes femmes dans une alternative difficile. Les femmes sont moins dans une situation d'échec que dans une problématique de choix de vie. Les jeunes omnipraticiennes installées tentent alors d'adapter leur pratique à leurs exigences professionnelles et personnelles. Elles acquièrent des compétences en gynécologie, en pédiatrie, elles travaillent de préférence en ville et n'hésitent pas à fermer leur cabinet un jour dans la semaine, elles font très peu de visite. Ainsi, l'image du généraliste toujours disponible qui leur faisait craindre pour leur équilibre familial ne correspond pas à leur pratique actuelle.

Aujourd'hui les deux voies de formation qui leur sont proposées laissent peu de place à des identifications féminines, mais leur présence massive contribue sans doute à modifier les pratiques professionnelles de l'ensemble du corps médical. Ainsi, les médecins généralistes, ont désormais tendance à modifier cette image de médecin de campagne, toujours disponible et aidé par une épouse sans profession.

Ces évolutions sont susceptibles de modifier les perspectives démographiques, en particulier s'il ne suffit plus d'augmenter le numerus clausus de PCEM1 et de réduire les places de spécialistes pour obtenir une densité et une couverture médicale suffisante dans les zones rurales ou suburbaines. En la matière, le conseil national de l'ordre des médecins fait remonter l'impossibilité de leurs antennes départementales à résoudre la question de la désertification médicale dans certaines zones du territoire.

Il faut donc dès maintenant imaginer l'adaptation du métier de généralistes pour des femmes et des hommes qui cherchent à préserver leur vie privée.

En cela, il faut conserver à l'esprit que l'un des buts principaux de la réforme de 1982 était de contrôler une démographie dont l'équilibre disciplinaire et géographique était menacé. Les mesures prises ont généré d'autres formes de déséquilibres qui transparaissent tout d'abord dans le taux de féminisation des différents segments de la profession, mais qui vont au-delà, et qui touchent aux représentations attachées à chaque mode d'exercice.

6.10 DES ETUDES AU METIER

A l'issu du DCEM4 les jeux sont presque faits : résidents et internes suivent des voies séparées et peu en changeront. Les premiers deviendront généralistes et les seconds seront spécialistes, ces chemins sont longs, et parfois aussi long que les deux premiers cycles réunis, ils permettent à chacun de se métamorphoser en professionnel

Devenir généraliste

Cette formation se fait en deux endroits : l'hôpital et le cabinet libéral. Ce qui s'appelait « stage interné » dans l'ancien régime, est devenu le « résidanat » dans le nouveau, changement qui n'est pas seulement terminologique, mais qui détermine la place de ces futurs médecins. Les généralistes sont peu nombreux à exercer en milieu hospitalier, et la majorité d'entre eux seront des libéraux et ce type de pratique ne s'apprend pas à l'hôpital.

Le stage « chez le praticien » était destiné à familiariser l'étudiant avec sa future pratique mais, de l'avis de tous, la véritable formation du généraliste se situe au moment des remplacements. Cette possibilité de remplacement a été petit à petit, et par voie réglementaire, repoussée de plus en plus loin dans le cursus et devient donc de plus en plus traumatisante et décevante au fur et à mesure que la formation hospitalière pré-requise est importante. Enfin les résidents prolongent plus souvent que leurs aînés leur formation hospitalière, et le lien avec l'institution hospitalière semble bien plus difficile à rompre.

Sous l'ancien régime, la septième année était celle de la rupture, durant laquelle ils rédigeaient leur thèse, effectuaient leur stage interné et le plus souvent s'essayaient aux remplacements. Les médecins de l'ancien régime, durant cette année pouvaient, véritablement, nourrir cette impression d'être médecin, car, effectivement, leur formation était quasiment terminée et ils assumaient les véritables responsabilités d'un professionnel.

Puis le résidanat, tout d'abord nommé internat de médecine générale, se présentait au départ comme un stage interné, pour se voir progressivement porter sa durée à 5 semestres, dont un chez un ou plusieurs praticiens en milieu libéral. Dès cette année, le résidanat comportera 6 semestres, le sixième semestre devant se réaliser « préférentiellement en ambulatoire » selon les directives législatives, il est surtout à visée professionnalisante même si le cadre n'est pas encore, à l'heure actuelle, très claire. Tout cela, bien entendu, avec une maquette de formation de plus en plus précise, l'objectif étant d'assurer à tous les médecins généralistes une formation en service de pédiatrie, de gynécologie, d'urgences... le plus souvent au sein d'hôpitaux généraux, mais avec un stage en CHU.

Mais le problème de la formation des généralistes, est bien l'inadéquation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Le prolongement de la formation hospitalière, loin de résoudre ce paradoxe, aurait tendance à aggraver la situation en habituant les résidents à un environnement hospitalier dont ils ne disposeront pas en ambulatoire. Cet état de faits engendre une appréhension de l'exercice libéral, d'autant plus s'il est solitaire, qui pousse les résidents à rester au sein de l'hôpital ou à proximité immédiate.

Les études de médecine générales sont, dans les faits, rallongées. Ce n'est pas seulement le fait de l'allongement du résidanat, parce que, comme nous l'avons vu auparavant, une partie des étudiants devenant généralistes, sont aussi ceux qui ont redoublé la première année et qui prolonge leur deuxième cycle s'ils veulent tenter l'internat : tout ceci fait que les généralistes ont souvent un temps réel d'études au moins aussi long que bon nombres de spécialistes. On se trouve alors dans une situation paradoxale : le statut et la prolongation de la formation hospitalière les a intégrés au sein de l'institution hospitalière pendant un temps et ils doivent la quitter aussi brutalement qu'ils y ont été acceptés. Cette durée d'exercice hospitalier ne joue pas en faveur d'une plus grande assurance pour faire le pas vers l'exercice libéral.

Ce n'est qu'après avoir acquis un peu d'expérience, qu'ils s'autorisent à remettre en question l'enseignement qu'ils ont reçu et les attitudes méprisantes qu'ils ont pu ressentir à leur égard. Durant leurs études, ce cheminement est impossible. Ils ne peuvent pas prendre le recul suffisant et il est admis par tous autour d'eux, pendant leur passage hospitalier, que le système auquel il sont soumis est le « meilleur », et que les hiérarchies sont justifiées. En effet, le système s'est stabilisé sur un mode qui les place au « bas » de l'échelle universitaire qu'ils n'ont, durant toutes leurs études, aucun moyen de contester.

7 PROFIL DES ETUDIANTS ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE

En janvier 2002, on dénombrait 25900 inscrits en PCEM1 et 4500 en seconde année, ceci est le fait du numerus clausus qui limite l'accès à la suite du cursus. 16800 étudiants étaient inscrits en deuxième cycle, d'une durée théorique. En troisième cycle on dénombrait 6800 résidents et 8900 internes. Si la moyenne d'âge en première année est de 19,1 ans, elle dépasse 27 ans en troisième cycle. Les jeunes femmes ont été plus nombreuses à entreprendre des études de médecine ces dix dernières années : elles sont désormais majoritaires dans tous les cycles, elles représentent désormais entre 60 et 70% des inscrits en première année. Les étudiants en médecine proviennent le plus souvent des filières scientifiques de l'enseignement général, et de famille de cadres et de professions intellectuelles supérieures.

L'analyse des caractéristiques des étudiants revêt d'autant plus d'importance que la profession médicale va être amené à se renouveler fortement dans la décennie qui va venir du fait de nombreux départs à la retraite : presque un médecin sur cinq étant âgé de plus de 55 ans. La formation des médecins étant particulièrement longue, l'anticipation des phénomènes démographiques liés à cette profession se doit d'être d'autant plus grande.

7.1 PASSER LES « CAPS » DE LA FORMATION

7.1.1 L'ENTONNOIR DE LA PREMIERE ANNEE

Sur les 25900 inscrits, seuls 4700 seront reçus ce qui représente 18%. Parmi les étudiants inscrits en PCEM1 au premier janvier 2002, 39% d'entre eux étaient redoublants, à peine plus de 52% déclaraient être en enseignement secondaire l'année précédente

7.1.2 INTERNES ET RESIDENTS

Deux voies distinctes de troisième cycle sans possibilité de changer de voie semble être la caractéristique à retenir de ce troisième cycle : les « résidents » deviendront médecins généralistes en trois ans, les autres « internes » deviendront spécialistes en quatre à cinq ans. Les étudiants voulant se spécialiser doivent à la fin de leur deuxième cycle, passer avec succès le concours de l'internat, les étudiants recalés et ceux ne désirant pas se spécialiser seront les « résidents ». A l'issue des trois ans et après avoir soutenu sa thèse, le résident obtient le diplôme d'état de docteur en médecine générale.

7.2 CARACTERISTIQUES DES ETUDIANTS

Cette partie du chapitre est développée à partir de deux références une constituée par le rapport du LEST²¹, cité précédemment, et l'autre par une publication de la DREES²² dont certaine partie découlent directement.

7.2.1 LES FEMMES

Elles représentent désormais environ 64% des étudiants inscrits en première année. L'augmentation au fil des générations de la présence des femmes sur les bancs des facultés de médecine a été, ces dernières années particulièrement marquée. Entre 1992 et 2002 le taux de féminisation est passé, en première année, de 52 à 58,6%. Mais les évolutions sont encore plus marquées en troisième cycle : les femmes étaient majoritaires à se spécialiser lorsqu'elles pouvaient faire un CES avant la réforme de 1982, elles auraient montré plus de réticence à se spécialiser après l'instauration du concours de l'internat comme passage obligé à la spécialisation. Au premier janvier 2002, elles représentent 56% des résidents et 54% des internes.

7.2.2 L'AGE

En première année, l'âge moyen est de 19,1 ans et augmente régulièrement d'un an par année de chacun des deux premiers cycles. On ne retrouve plus cette logique en troisième cycle où les moyennes d'âge des résidents et des internes, respectivement 27,7 ans et 26,7ans, apparaissent particulièrement élevées. En toute logique, le résidanat devrait s'effectuer entre 25 et 27 en moyenne, et l'internat entre 25 et 29 selon les spécialités, alors que 15% des résidents et 19% des internes ont au moins 30 ans. Dans ces deux filières, les âges plus élevés s'expliquent notamment par les redoublements, les interruptions de parcours.

L'âge moyen des résidents légèrement plus élevé que celui des internes, suggère le parcours plus heurté de ceux-ci.

Les femmes sont toujours globalement plus jeunes que leurs homologues masculins quel que soit le niveau du cursus que l'on considère avec un écart d'âge qui a tendance à croître au fur et à mesure que les études avancent. Ainsi, en résidanat, elles ont au maximum un an de moins que leurs homologues masculins.

²¹ Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST)

-La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins.
A.C.Hardy-Dubernet, M.Arliand, C.Hollerou-Lafargue, F.Le Roy, M.A.Lebanc. Novembre 2001.

²² Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002.

Etudes et Résultats N°244. Juin 2003

7.2.3 LE BAC

Une écrasante majorité de bacheliers scientifiques occupent les bancs des facultés de médecine. Ce phénomène est moins marqué en PCEM1 où ils sont 92%, dans la suite du cursus en revanche ils sont 96%. Les autres séries représentent 4% en PCEM1 et 0,6% en PCEM2. On les retrouve le plus souvent en filière de médecine générale puisqu'ils y représentent 1,8%.

7.2.4 ORIGINE SOCIALE

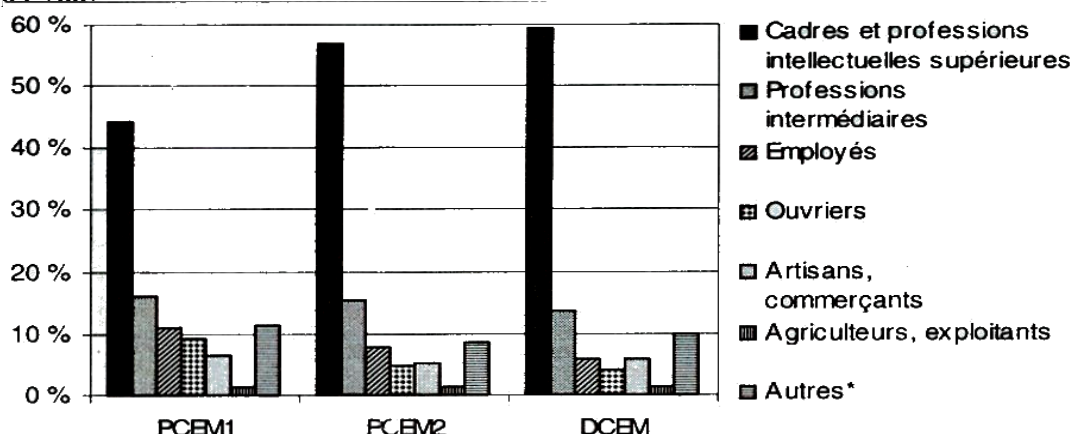
Les cadres et professions intellectuelles supérieures, sont de loin parmi les catégories professionnelles les plus représentées chez les parents des étudiants en médecine. Ce phénomène détache les futurs médecins, pharmaciens et odontologistes des autres étudiants des universités notamment en faculté de sciences.

L'accès donne donc lieu à une sélection sociale qui joue de façon stable dans le temps. L'hétérogénéité est plus marquée en première année que dans les autres années du cursus.

Moins de 44% des étudiants en première année ont, au moins, un de leur parent qui occupe une profession intellectuelle supérieure, en deuxième année cette proportion passe à plus de 57%. De même, la proportion d'étudiant dont les parents exercent une profession libérale, parmi l'ensemble des parents cadres et professions intellectuelles supérieures, s'accroît tout au long du cursus : 34% en première année contre 39% en deuxième cycle.

Les étudiants dont les parents exercent une profession intermédiaire sont, quant à eux, en proportion quasi constante au sein des deux premiers cycles. Les étudiants dont les parents sont employés, sont toujours la troisième catégorie la plus représentée mais leur part décroît au fur et à mesure que l'on avance dans le cursus : en PCEM1 11% des parents sont des employés contre 6% en deuxième cycle.

Histogramme n°7 : Part des étudiants selon la profession du père selon les années du cursus au 1^{er} janvier 2002



* La catégorie « autres » comprend les retraités, les autres sans activité et les non renseignés.

Champ : personne de référence de la famille des étudiants français inscrits en cursus classique de médecine.

Source : enquête Sise, DPD, ministère de l'Éducation nationale, janvier 2002.

7.3 INEGALITE DE REPARTITION DES INSCRIPTIONS

Quelques soit l'année considérée dans le cursus, l'académie de Paris est de loin la mieux dotée avec 16 à 20% des effectifs du numerus clausus, Lyon vient en seconde position avec 7 à 9% de l'effectif, viennent ensuite les académies d'Aix-Marseille, Bordeaux et Lille avec 5 à 8%. D'autres académies, en revanche, n'accueillent pas plus de 5% des étudiants sauf pour certains niveaux d'études, Créteil ou Toulouse pour le résidanat, ou Nantes pour l'internat. La répartition des étudiants en première année est aussi fortement corrélée à celle des bacheliers de l'année précédente. Sur quatre étudiants en PCEM1 en janvier 2002, qui ont eu leur baccalauréat dans une académie offrant des places en PCEM1, trois sont restés dans la même académie.

7.4 ORIENTATION APRES LE DIPLOME

Les données disponibles ne permettent pas de suivre le déroulement de la carrière des médecins mais la part de médecins exerçant dans la région d'obtention de leur diplôme a été mesurée depuis 1984.

Aujourd'hui 7 médecins sur 10 en activité exercent dans la région où ils ont obtenu leur diplôme. Cette part diminue avec le temps, lorsque l'ancienneté du diplôme s'accroît, pour finalement se stabiliser 15 à 20 ans après l'obtention du titre de docteur.

Jusqu'en 1990, à 5 ans de l'obtention du diplôme, plus de 8 médecins sur 10 exerçaient dans la région où ils l'avaient obtenu. Ce phénomène s'est observé dès 1989 pour les spécialistes avec l'entrée en activité des premières promotions issues de la réforme de l'internat, alors que les années suivantes la tendance est allée dans le sens d'une accentuation de cette mobilité. En 1990, 80% des spécialistes diplômés depuis moins de 5 ans exerçaient encore dans leur région de diplôme, contre 76% en 1995 et 66% actuellement.

Parmi les généralistes, le phénomène est beaucoup plus récent et moins marqué : la baisse de la part des médecins s'installant dans leur région de diplôme ne commence pas avant 1997. Jusqu'en 1995 plus de 80% des généralistes, 5 ans après l'obtention de leur diplôme, exercent dans leur région de diplôme, contre 73% aujourd'hui.

La plus grande mobilité des spécialistes depuis la réforme de l'internat s'explique sans doute par le fait des retours vers les régions d'origine, après la migration imposée entre le deuxième et le troisième cycle, alors qu'il est plus difficile de se prononcer pour les généralistes qui en théorie suivent tout leur cursus au sein de la même faculté et donc de la même région.

Les jeunes diplômés débutent de plus en plus leur carrière en milieu hospitalier et ils y restent aussi longtemps qu'avant. Cependant ce phénomène est compensé par une baisse importante du nombre d'internes suite à la réforme de l'internat et à la baisse drastique du numerus clausus. Aujourd'hui 6 jeunes diplômés sur 10 débutent à l'hôpital contre 4 sur 10 avant 1990. Cette part atteint même 8 sur 10 pour les spécialistes : 94% en gynécologie-obstétrique, 89% en chirurgie. En moyenne, et cette durée n'a pas changée depuis le milieu des années 1980, les hospitaliers exercent 16 ans à l'hôpital, avec un pic de départs plus important après trois ans d'exercice.

7.5 ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET CHARGE DE TRAVAIL

Après une relative stabilité de la durée de travail hebdomadaire déclarée par les médecins pendant les années 1980, celle-ci évolue à la hausse depuis 1992 (48 heures en 1991 contre 51 heures en 2000), malgré la féminisation de la profession et le développement du temps partiel (10% en 1992 contre 11,5% en 1999). Ceci est à mettre en regard des effets conjugués de l'âge, du sexe et de l'organisation du travail. Les caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins déterminent en effet des différences importantes du temps de travail.

En 1992, la durée moyenne d'activité hebdomadaire déclarée était de 48 heures, en 2002 la durée moyenne déclarée a augmenté de 3 heures par semaine.

Cette augmentation s'est opérée malgré l'accroissement régulier de la féminisation de la profession. Toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes travaillent 6 heures de moins par semaine. La hausse du temps de travail observée est donc due à d'autres facteurs. De même la part de médecin déclarant travailler à temps partiel est passée de 10% à 11,5% entre 1992 et 1999. A temps partiel, un médecin travaille en moyenne 29 heures par semaine (environ 55% d'un temps plein). L'ensemble de cette partie fait référence à une publication de la DREES²³ dont certains items et graphiques sont issus.

7.5.1 AGE, SEXE ET ORGANISATION DU TRAVAIL

Pour expliquer cette hausse, l'influence des modes d'exercice des médecins mérite d'être évalué, comme celle de la part de la féminisation ou du temps partiel. Mais cette influence est tout à fait indissociable des influences conjointes du sexe, de l'âge et de l'organisation du travail.

Par exemple, l'activité salarié, et surtout sa part non hospitalière (secteur sociaux, médecin de prévention ou de contrôle, administration) est principalement choisi par les femmes. Parallèlement, le travail à temps partiel est également plus souvent pratiqué à l'hôpital que dans l'exercice libéral. Activité salariée, féminisation et temps partiel sont donc imbriqués et l'examen de la seule influence de la part croissante du salariat sur l'évolution du temps de travail doit alors se faire selon l'hypothèse « toutes choses étant égales par ailleurs » en y incluant l'ensemble des évolutions démographiques et professionnelle du corps médical susceptible de jouer sur le temps de travail.

²³ Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
-Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques.
Etudes et Résultats N°114. Mai 2001.

7.5.2 CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES DES MEDECINS

Les femmes travaillent en moyenne 6 heures de moins par semaine que leurs homologues masculins, mais cette différence n'a pas évolué depuis 1992 malgré la hausse du temps de travail hebdomadaire. D'autre part un médecin à temps partiel, travaille en moyenne 16 heures de moins par semaine qu'un de ses confrères qui travaille à temps plein de sexe et d'âge identique. Ces effets sont cumulatifs : ainsi en 2000, une femme qui travaille à temps partiel travaille 22 heures de moins qu'un homme qui travaille à temps plein : féminisation et temps partiel contribuent donc bien à faire baisser le temps moyen de travail hebdomadaire.

Par ailleurs, l'activité des médecins se réduit à partir du deuxième enfant, mais d'une heure par semaine seulement. Un médecin qui travaille la nuit travaille en moyenne 3 heures de plus par semaine, qu'un confrère qui ne travaillerait que le jour, et une ½ heure de plus qu'un médecin qui travaillerait occasionnellement la nuit.

Inversement, l'exercice salarié non-hospitalier permet des horaires beaucoup plus légers que l'activité libérale. A sexe, âge, nombre d'enfants et organisation de travail identique, et dans des zones géographiques comparables, un médecin salarié non-hospitalier travaille en moyenne 4 heures de moins qu'un généraliste libéral, 3 heures de moins qu'un spécialiste libéral et 1 heure de moins qu'un médecin salarié hospitalier. Dans l'ensemble un médecin salarié hospitalier travaille 15 heures de moins par semaine que les généralistes libéraux.

L'implantation en zone rurale n'a de son côté, pas d'effet sur le temps de travail, une fois contrôlées les caractéristiques comme le sexe, la spécialité ou le mode d'exercice. Que la durée moyenne de travail des médecins de « campagne » soit en moyenne plus élevée qu'en ville, est dû à la forte proportion de généralistes et à une féminisation moins marquée en milieu rural. De même, le fait que les médecins de moins de 45 ans travaillent 3 heures de moins que leurs confrères plus âgés est dû à une proportion de femme plus élevée parmi les jeunes médecins. L'âge des médecins a, de son côté, un impact négatif en terme de temps de travail hebdomadaire. Ainsi, on observe qu'après 55 ans la baisse du temps de travail hebdomadaire de l'ordre de 2 heures.

7.5.3 ACCROISSEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Le changement de structures démographiques (féminisation, vieillissement de la population médicale) et des modes d'exercices professionnels (salariat, temps partiel) auraient dû globalement, s'ils agissaient seuls, contribuer à une baisse d'environ ½ heure de la durée moyenne de travail des médecins. L'augmentation du temps de travail, observée depuis 1992, n'est donc pas entièrement décrite par les critères retenus auparavant.

Indépendamment du salariat, de la féminisation, de l'augmentation de l'activité à temps partiel..., un médecin travaille, en moyenne, 21 minutes de plus tous les ans depuis 1992. Ceci est manifeste en secteur hospitalier : une femme exerçant à temps plein travaille actuellement 4 heures de plus qu'en 1992, les salariées non-hospitalières 5 heures de plus. Cela se vérifie dans une moindre mesure pour l'exercice libéral, où les temps de travail sont déjà très au-dessus de la moyenne. Ainsi, une femme généraliste à temps plein travaille actuellement autour de 50 heures par semaine, tandis que les hommes sont passés de 55 à 58 heures hebdomadaires entre 1992 et 2000.

L'hypothèse d'une demande de soins accrue, à laquelle les médecins auraient tenté de répondre malgré des semaines déjà chargées afin, notamment, de maintenir leur pouvoir d'achat, peut être envisagée.

Un exercice de projection de la DREES estime que l'on peut s'attendre à une modification du temps de travail de l'ordre de 2 heures en 2020

L'exercice de projection est difficile, mais dans l'hypothèse où la part et de la durée du temps partiel sont essentiels pour le calcul, ce sont des données éminemment variables dans le temps et dans la forme.

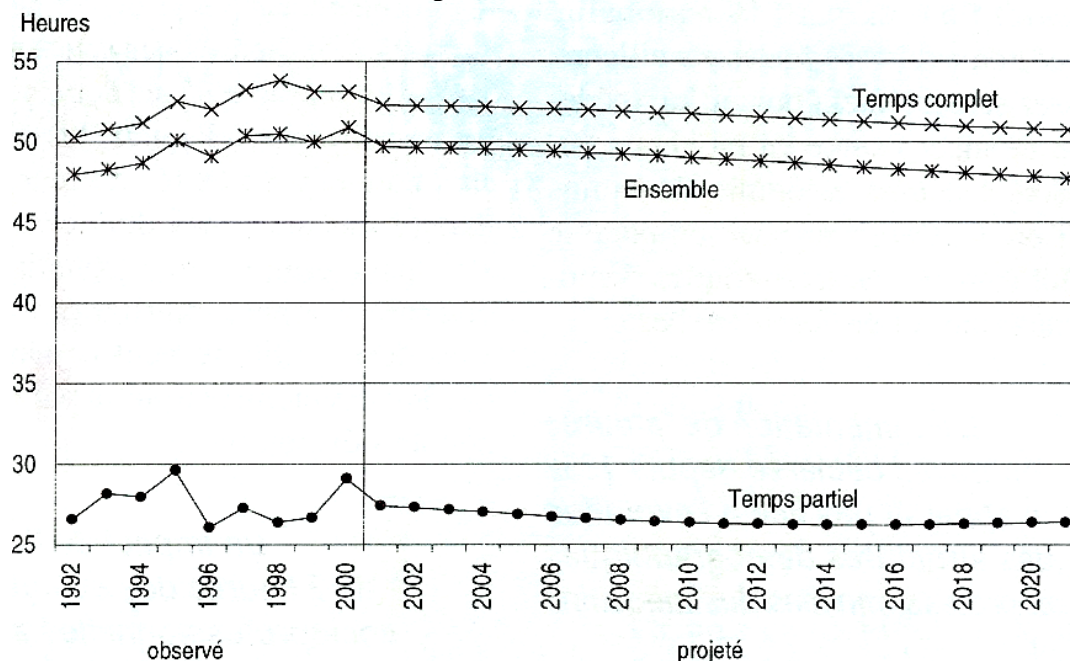
Dans un scénario à comportement constant,

- il est possible de figer la part du temps partiels à ce qui s'est vu dans les années 1990 pour chaque catégorie de médecins, classées par âge, sexe et situation professionnelle,

- et de supposer que les temps de travail hebdomadaires, partiel ou complet, restent identiques pendant 20 ans à ceux observés au cours des 10 dernières années :

Ces hypothèses de stabilité sont peu vraisemblables, mais permettent de calculer un impact des seules déformations des structures démographiques et professionnelles, notamment celui de la féminisation.

Ces changements n'auraient qu'un impact limité et peut se calculer en terme d'équivalent temps plein : ainsi sur les huit dernières années le temps de travail de 100 médecins représentait 95 équivalents temps pleins, en 2020 il représenterait 94 équivalents temps pleins. Mais l'augmentation à venir d'au moins 13 points de la proportion des femmes et le vieillissement de la population médicale représenterait une baisse d'activité hebdomadaire moyenne de 2 heures en 2020 : ceci diminuerait alors l'équivalent temps plein de 4 points soit 91 équivalents temps pleins.

Courbe n°12 : Evolution du temps de travail selon l'activité

Source : INSEE, enquête Emploi, DREES

7.6 LA MEDECINE LIBERALE

Ces données concernant la médecine libérale sont le fruit d'une collecte des données des relevés d'activité fournis par la CNAMTS et qui ont fait l'objet d'une note de la part de la DREES pour l'Observatoire National de la Santé dont je suis un des membres du conseil d'orientation.

La croissance de l'activité par médecin ne se traduit pas forcément par une augmentation du temps de travail dans la mesure où il y a substitution des consultations aux visites. Au cours des 20 dernières années le nombre moyen de consultations par médecin généraliste a augmenté de plus de 30% passant ainsi de 2810 actes par an et par médecin en 1980, à plus de 3677 en 1999. Dans le même temps, le nombre moyen de visites effectuées par les généralistes a diminué pour passer de 1785 actes à 1250, en moyenne, sur la même période. Ainsi, le nombre total d'actes par généralistes a augmenté de 7% passant de 4595 actes par praticiens en 1980 à 4927 en 1999.

Néanmoins, cette augmentation du nombre total d'actes par médecin généraliste doit être nuancée en tenant compte du fait qu'une visite prend généralement plus de temps qu'une consultation

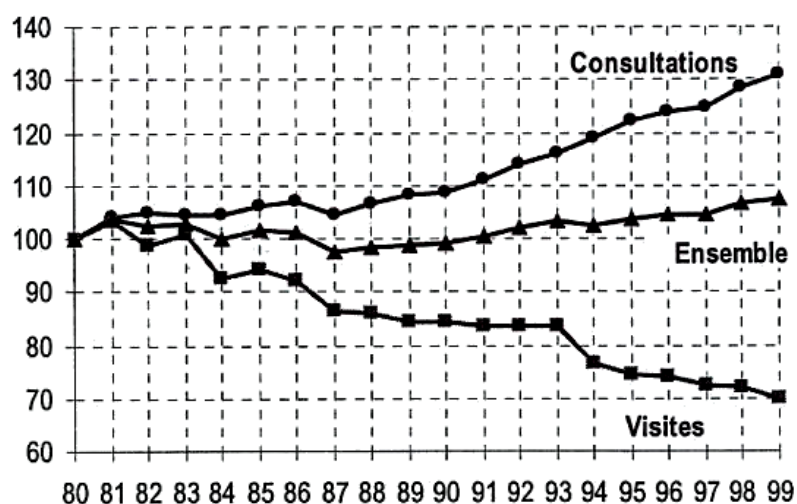
-partant de l'hypothèse d'une durée moyenne de 15 minutes pour une consultation et de 30 minutes pour une visite, le temps de travail des médecins généralistes aurait diminué de 3% entre 1980 et 1999

-de même si l'on compte 15 minutes pour une consultation et 20 minutes pour une visite, le temps de travail des médecins généralistes aurait augmenté de 3%

Tout se passe comme si le temps gagné par la diminution du nombre de visites est réaffecté en totalité ou en partie sur les consultations. Ce scénario reste cependant hypothétique car rien ne permet de vérifier la constance dans la durée des consultations et des visites

Courbe n°13 :

Évolution du nombre moyen de consultations et visites par généraliste libéral actif à part entière sur la période 1980-1999, base 100 en 1980



Source : CNAMTS – SNIR

Les chiffres par département font apparaître des différences en niveau et évolution sur les visites, mais qui ne correspondent pas à une typologie départements ruraux/départements urbains. La part de l'activité des médecins de « campagne » en visites est plus importante que pour les médecins de ville, la différence demeure relativement faible. Dans l'Aude les visites représentent 38% de l'activité et 12% en Haute-Savoie.

Au cours des années 1990, le nombre total de visites a diminué de 11% passant de 72 à 64 millions. A part quelques exceptions cette baisse du nombre de visites est sensible dans tous les départements de France, la baisse maximum étant pour l'Essonne (-27%). Cette baisse a été équivalente pour les départements ruraux (-12%) et urbains (-11%).

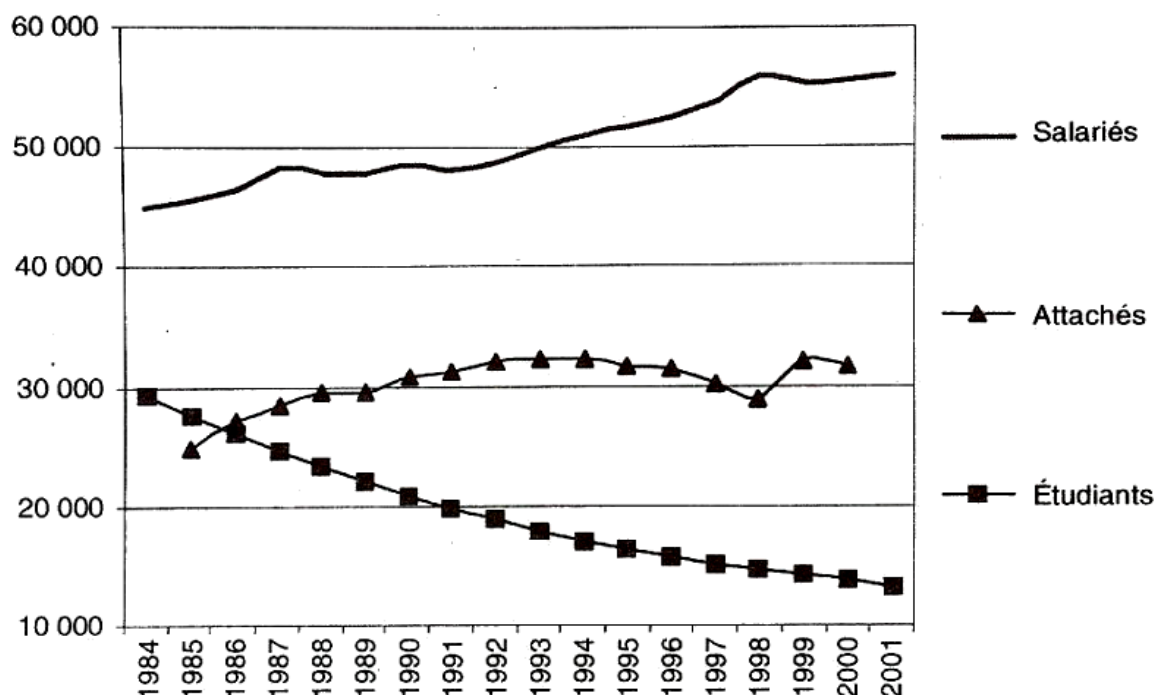
7.7 LA MEDECINE HOSPITALIERE

L'étude de l'activité hospitalière a été réalisée par la DREES²⁴, dont les résultats sont repris dans ce qui va suivre.

Le nombre de médecins salariés, d'attachés et d'internes est globalement resté stable sur les quinze dernières années, aux alentours de 100000. La hausse des effectifs médicaux, notamment salariés à temps pleins, a été sensible et continue (+25% entre 1984 et 2001). A contrario, est intervenu dans le même temps une baisse des effectifs des étudiants et donc d'internes. Désormais la quasi-totalité des jeunes spécialistes débutent leur carrière à l'hôpital, avec une durée moyenne de cette carrière de 16 ans avec peu de changement depuis 1984.

Si le nombre de ces médecins est resté globalement stable, la structure de ce personnel soignant a profondément changé : le nombre de médecins salarié a connu une croissance régulière, passant de 45000 en 1984 à 56000 en 2001. Le nombre d'attaché a, lui aussi, cru mais dans une moindre mesure passant de 25000 à 32000 sur la même période sans que l'on puisse réellement estimer le nombre de vacations que cela représente. Au contraire, le nombre d'étudiants et internes effectuant des stages dans les hôpitaux est passé de 29000 à 13000 sur la même période.

Courbe n°14 : Evolution du nombre de médecins hospitaliers selon le statut



Source : DREES.

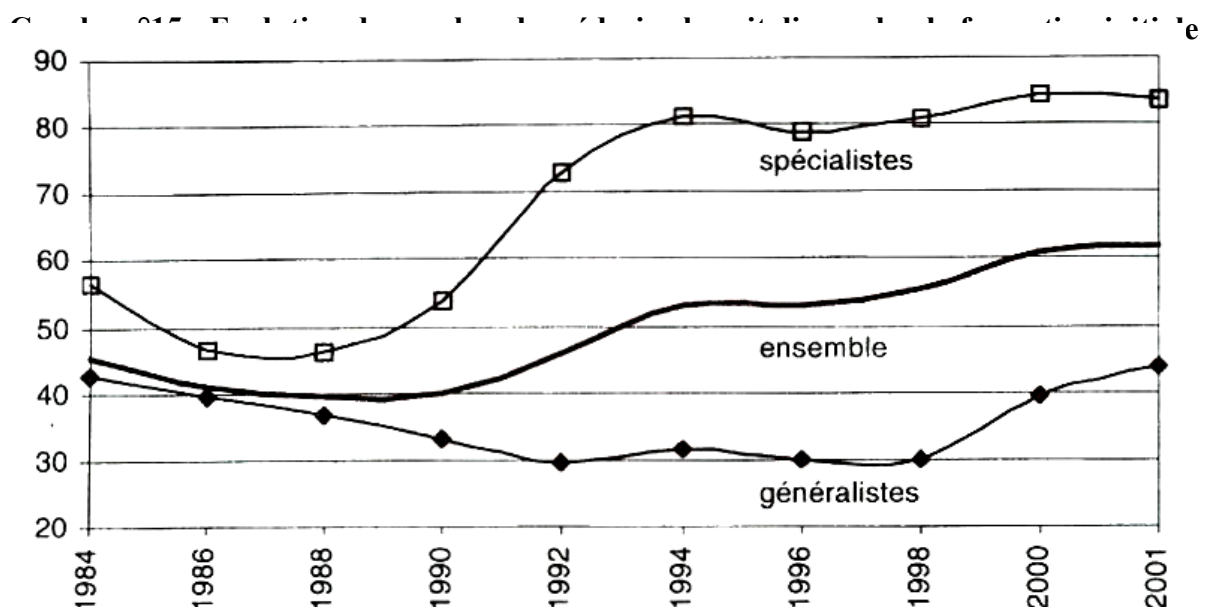
²⁴ Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
-Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques.
Etudes et Résultats N°114. Mai 2001.

7.7.1 UNE HAUSSE DES EFFECTIFS

Le nombre global de médecins travaillant à l'hôpital a connu une progression de 25%, cette hausse ne s'est cependant pas réalisée de la même façon pour toutes les spécialités.

Pour ce qui est des généralistes, ils ont connu une décroissance entre 1984 et 1990, pour finalement se stabiliser aux alentours de 15000 praticiens. Ce sont les spécialités médicales, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie qui ont connues les plus forts taux de croissance. En revanche, le nombre de psychiatres hospitaliers tend à se stabiliser depuis quelques années, alors que le nombre d'anesthésistes décroît légèrement au sein des hôpitaux

Globalement les hôpitaux salarient 14000 praticiens spécialistes de plus qu'en 1984. Bien que leur nombre soit resté constant sur les quinze dernières années, leur part parmi les médecins a augmenté. En effet, depuis 1992 leur taux de croissance est plus élevé que celui des médecins libéraux. De telle sorte qu'après être passé de 39% en 1984 à 27% en 1992, il se stabilise actuellement autour de 29%.



Lecture : au 1^{er} janvier 2001, 84 % des spécialistes diplômés en 2000 ou en 1999 exercent à l'hôpital comme salariés.

Source : DREES.

7.7.2 BAISSSE DU NOMBRE D'ETUDIANTS ET D'INTERNES

Depuis 1984 ce chiffre a sensiblement diminué : effet retardé de la baisse drastique du *numerus clausus* qui est passé de 7000 au début des années 1980 à 3500 au milieu des années 90. D'autre part la réforme des études médicales de 1984 a modifié les conditions d'obtention de la qualification en spécialité. En supprimant les CES, le nombre d'étudiants effectuant des stages en rapport avec ce type de formation décrus de façon continue pour disparaître en 1991.

Enfin, le nombre de postes d'internes de spécialité a lui aussi décliné, conséquence mathématique de la baisse du *numerus clausus*. Si l'on cumule les promotions d'internes de spécialité et de résidents, il y aurait actuellement 13000 étudiants associés au travail hospitalier contre plus de 30000 au début des années 80.

En revanche la répartition entre résidents et internes de spécialité, d'une part, et entre les spécialités, d'autre part, a peu changé pour les disciplines les plus importantes numériquement : 25% de généralistes, 40% de spécialités médicales, 20% de spécialités chirurgicales. La proportion d'interne en psychiatrie a lui baissé de 9% à 7% depuis 1992, au profit des internes de santé publique ou de médecine du travail. Il en est de même pour les internes de biologie qui ont vu leur nombre décroître en même temps que celui des pharmaciens biologistes a augmenté.

7.7.3 DEBUT DE CARRIER PLUS FREQUENT A L'HOPITAL

La part des jeunes salariés hospitaliers est en très nette augmentation depuis le début des années 1990. La création de nombreuses places « post-internat » et l'obligation d'exercer plusieurs années à l'hôpital avant de s'installer en secteur à honoraires libres semblent, à cet égard, avoir modifié le comportement des nouveaux médecins, à qui l'opportunité est plus souvent offerte de débiter leur carrière à l'hôpital. 61% des diplômés de moins de 2 ans débiter à l'hôpital alors que ce n'était le cas que pour 40% d'entre eux en 1990.

Cette récente augmentation contraste avec la période de baisse observée dans les années 1980, où le nombre de postes hospitaliers n'était pas aussi élevé et où, mécaniquement, l'installation libérale se trouvait privilégiée.

Cette hausse est exclusivement due aux des jeunes spécialistes : ils sont près de 80% à débiter à l'hôpital depuis 1994, contre 45% à la fin des années 80. L'attrait de l'exercice hospitalier pour les jeunes généralistes est, en revanche, beaucoup plus récent et reste limité. Cette tendance est particulièrement vérifiée pour la gynécologie-obstétrique et les spécialités chirurgicales, où environ 9 jeunes praticiens sur 10 débiter actuellement à l'hôpital contre 3 à 5 sur 10 en 1988.

Le choix du mode d'exercice est, bien évidemment lié à la discipline, et influe donc sur ce choix. Mais d'autres caractéristiques, apparemment liées entre elles, interviennent aussi : le sexe, la spécialité, la taille de l'unité urbaine, le fait ou non d'avoir obtenu son diplôme dans la région d'exercice.

Ainsi en 2001, 55% des femmes débiter à l'hôpital contre 68% des hommes. Cette proportion varie selon la discipline, 44% pour la médecine générale contre 90% pour la gynécologie-obstétrique, hommes et femmes confondus.

L'aspect géographique intervient également. Le nombre de postes ouverts aux diplômés étant très différent selon la taille de l'hôpital, seuls 14% des jeunes médecins des zones rurales ou les villes de moins de 5000 habitants font leurs débiter dans un hôpital, alors que cette proportion s'élève à 65% dans les unités urbaines de plus de 5000 habitants.

De même, la proportion de jeunes qui s'installent à l'hôpital en Ile de France est supérieure de 21 points par rapport aux régions du Sud-Ouest où ils s'installent, plus volontiers, d'emblé en exercice libéral. Les médecins qui exercent dans une autre région que celle où ils ont été diplômés sont proportionnellement plus nombreux à exercer à l'hôpital que ceux qui s'installent dans la région où ils ont obtenu leur diplôme.

Mais un biais apparaît : il est vraisemblable que les migrations se font à la faveur de l'offre de postes hospitaliers, alors que les libéraux ont d'avantage tendance à s'installer à proximité de leur lieu de diplôme. La réforme de l'internat ayant entraîné d'important flux migratoires entre le deuxième et le troisième cycle semble être à l'origine de ce phénomène.

Les femmes débutent moins à l'hôpital que les hommes, mais elles sont aussi moins nombreuses dans les spécialités les plus exercées en milieu hospitalier.

Toutefois, en construisant un modèle qui contrôle toutes ces variables, on estime qu'une femme a, effectivement, moins tendance qu'un homme exerçant la même spécialité au sein d'un hôpital du même type et de même localisation, à débiter sa carrière dans une structure hospitalière. Mais l'écart ainsi corrigé n'est plus que de 7 points contre 13 si l'on prend les données brutes. De même si les gynécologues -obstétriciens débutent plus souvent que les généralistes au sein d'une structure hospitalière, c'est en grande partie parce qu'ils sont plus souvent dans des zones urbaines, et plus souvent des hommes : logiquement, la probabilité de s'installer à l'hôpital est plus forte.

7.7.4 CHANGEMENT DE COMPORTEMENT A L'INSTALLATION

Entre 1988 et 2001, les changements réglementaires ont induits des modifications importantes des comportements d'installation. La réforme de l'internat, en diminuant les postes d'internes de moitié, a incité les hôpitaux à multiplier le nombre de postes d'assistants pour la plupart des spécialités. De ce fait, quasiment tous les jeunes spécialistes débutent à l'hôpital. Ces postes d'assistants, évidemment, sont plus nombreux dans les grandes villes, l'installation dans des hôpitaux de villes moins importantes est donc moins fréquente qu'auparavant.

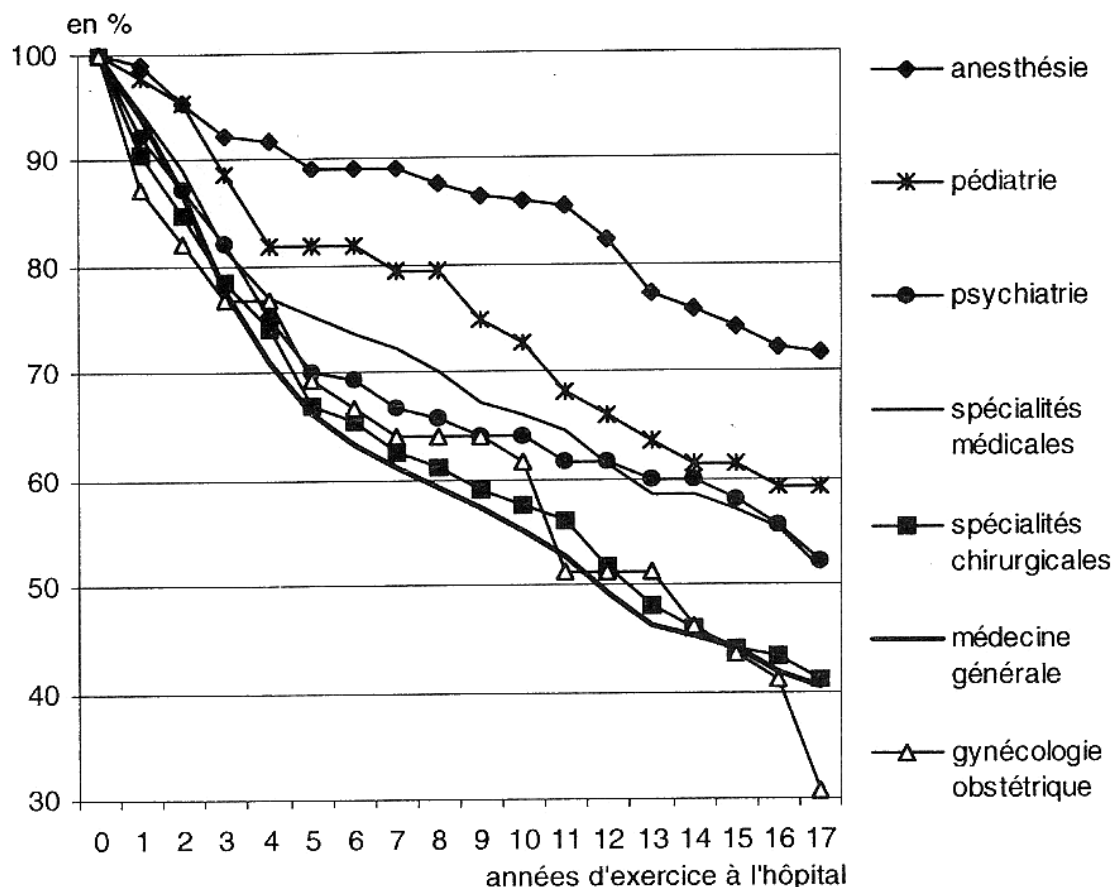
L'ouverture de postes hospitaliers pour des assistants généralistes au sein des grands centres conduit au même effet de dénigrement des centres hospitaliers plus petits ; contribuant ainsi à diminuer le nombre d'installations libérales dans ces zones où les exercices mixtes (libéral avec vacations hospitalières) sont moins aisés.

7.7.5 DUREE D'EXERCICE HOSPITALIER

Les médecins qui s'installent comme salariés hospitaliers restent en moyenne 16 ans à l'hôpital. 25% de ceux qui ont débuté leur carrière à l'hôpital y ont, toutefois exercé moins de 5 ans. Environ 6% des médecins quittent l'hôpital au cours de la première année, ces départs deviennent de plus en plus fréquents pour atteindre 9% en troisième année. Ces départs précoces se font le plus souvent à partir des hôpitaux privés : 12% contre 10% pour les hôpitaux publics.

Passé 5 ans d'exercice les médecins qui ont commencé à exercer à l'hôpital restent à l'hôpital au moins jusqu'à leur douzième année, où apparaît un nouveau pic de départs. Malgré ces départs, la moitié des médecins continuent à exercer à l'hôpital après seize ans d'exercice. Ces durées ne semblent pas avoir changé dans le temps depuis le début des années 80. Aucune modification dans le rythme des départs hors de l'hôpital n'a en effet été enregistrée au cours des différentes promotions ?

Courbe n°16 : Evolution du nombre de médecins exerçant à l'hôpital selon la durée de carrière hospitalière



Lecture : sur 100 anesthésistes qui s'installent à l'hôpital, 70 % y exercent plus de 17 ans.

Source : DREES.

L'augmentation globale des départs que l'on s'attend à observer lors des prochaines années, si les comportements de départs à la retraite restent constants, devrait, à cet égard, s'expliquer par la différence de taille des promotions concernées.

Au total, de plus en plus de médecins ont l'occasion de débiter leur carrière à l'hôpital, pour une durée moyenne d'exercice à l'hôpital, de l'ordre de seize ans. Ces deux phénomènes conjugués à la baisse des effectifs au sein des promotions, expliquent l'augmentation de la part de ce mode d'exercice malgré le nombre croissant de départs à la retraite. La moitié des généralistes qui débiter à l'hôpital y exercent moins de 12 ans.

Une femme qui débute son exercice en milieu hospitalier y exerce en moyenne 2 ans de plus qu'un homme.

De même, un médecin du Sud-Ouest qui débute sa carrière à l'hôpital restera en moyenne 4 ans de plus qu'un médecin d'une autre région de province dans la même situation.

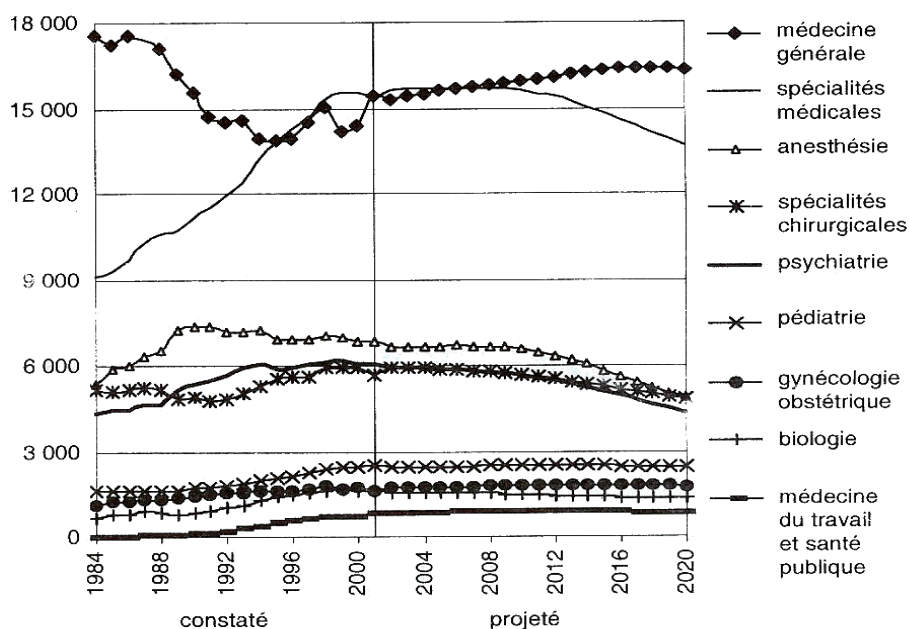
7.8 PROJECTIONS

Dans ce cas précis, les projections sont plus fiables car on constate peu de variations à l'entrée dans ce mode d'exercice.

Le nombre de médecins hospitaliers devrait continuer à croître jusqu'en 2007 malgré l'augmentation des départs à la retraite, pour ensuite décroître de l'ordre de 10% entre 2010 et 2020. Cette baisse devrait être particulièrement marquée pour la psychiatrie et l'anesthésie (-30%), un peu plus faible en ce qui concerne les spécialités chirurgicales et les médecins biologistes (-19%), les pédiatres et les gynécologues-obstétriciens devraient voir leur nombre se stabiliser, les généralistes en revanche devraient voir leur effectif hospitalier croître de 10%.

Il y a cependant un paramètre à prendre en compte : la population médicale libérale va elle aussi décroître et offrir un terrain beaucoup plus favorable à l'installation dans ce secteur, ce qui risque de fortement modifier les comportements, non seulement à l'installation, mais aussi en terme de durée de l'activité hospitalière des médecins qui débiteront à l'hôpital.

Courbe n°17 : Projection du nombre de médecins hospitalier selon la spécialité



Source : DREES – projections avec maintien des 1 843 postes d'internat et relèvement du numerus clausus à 4 700 à partir de 2002.

8 CINQ EXEMPLES DE REGULATION DES MEDECINS A TRAVERS LE MONDE

Cinq pays ont été étudiés par la DREES, les principaux éléments seront retrouvés dans ce qui suit²⁵.

On peut grossièrement classer leur régulation de la démographie médicale selon trois modes :

- régulation administrée complète : Royaume-Uni, Québec
- régulation administrée incomplète : Allemagne, Belgique
- régulation faiblement administrée : Etats-Unis

Ces modes de régulation reflètent la façon dont s'exerce l'intervention publique dans le système de soins, et la répartition géographique des compétences en matière de formation des étudiants²⁶. Les États-Unis régulent peu les formations et font jouer un rôle important au « Managed Care Organizations » (MCO) dans la gestion des professionnels de santé. En Allemagne et en Belgique, la régulation se fait à l'installation par le biais du conventionnement avec les caisses d'assurance maladie, sachant que l'organisation fédérale ou communautaire laisse aux Länder ou aux communautés linguistiques une grande latitude dans l'aménagement des études médicales. Au Royaume-Uni et au Québec, l'intervention centrale de l'état est plus directe tout en s'appuyant sur l'avis d'instances d'ailleurs plutôt professionnelles qu'universitaires.

Les médecins sont, dans tous les pays, parmi les acteurs de soins principaux. Parce que le médecin est prescripteur, la démographie médicale fait l'objet, dans la plupart des pays occidentaux, d'une attention soutenue, souvent dans une perspective de contrôle des dépenses. Plusieurs travaux ont porté sur ce sujet depuis 2000 en France, ce qui témoigne d'un intérêt croissant pour un problème longtemps considéré comme résolu par la mise en place du *numerus clausus* et du concours de l'internat comme seule voie d'accès à la spécialisation.

8.1 LA REGULATION ADMINISTREE

Ces pays ont une intervention forte des instances de régulation dans la gestion du système de protection sociale. Dans ce système, a priori, les dépenses y sont contrôlées et la demande non satisfaite ce qui s'exprime par l'existence de listes d'attentes pour l'accès aux soins. Ces pays présentent des systèmes que l'on peut qualifier de « rationalisés » et maîtrisent fortement l'ensemble de l'offre de soins qui y est inférieure à la demande et font donc appel à l'immigration de professionnels. Les organisations professionnelles, plutôt qu'universitaires, sont étroitement associées aux dispositifs de régulation de l'offre et participent aux différentes instances de décisions.

²⁵ Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
-La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni.

Etudes et Résultats N°120. Juin 2001.

²⁶ Voir tableau de l'organisation médicale des différents systèmes de soins, et le tableau sur le niveau de régulation des différents pays : annexe 9

8.1.1 LE ROYAUME-UNI

A chaque niveau de régulation est associé une instance composée de professionnels qui joue le rôle de conseil auprès de l'Etat et qui s'appuie sur un ensemble d'outils de mesure et/ou d'estimation de la force de travail à chaque étape de la planification. La régulation à long terme est centralisée.

Le Secrétaire d'Etat à la santé définit dans ce cadre le nombre d'étudiants à former dans les facultés de médecine et s'appuie pour cela sur les recommandations du Medical Workforce Standing Advisory Committee (MSWAC) créé en 1992, ce dernier émet des avis sur le nombre d'étudiants à admettre, les modalités de formation, le nombre d'étudiants étrangers, les conditions de recrutement et modalités de formation. Le MWSAC se réunit tous les deux ou trois ans et s'apparente à un comité d'experts plus qu'à une commission des différents partenaires et acteurs du système de soins. Il s'appuie sur un modèle de projection simple en ne tenant compte que de deux paramètres : taux de croissance de la demande en médecins, et le nombre de médecins sortants chaque année du marché du travail. Dans son dernier rapport, le MWSAC a tenté d'évaluer les effets des changements de pratique, de la substitution entre professions et gain de productivité ; à l'issue de cette étude la recommandation d'augmenter le nombre d'étudiants admis de 1000 places a été formulée, tout en limitant les abandons en cours de formation, jugés comme trop importants (10%).

La régulation à moyen terme se fait par le biais du nombre d'étudiants à admettre en spécialités, là aussi la gestion est centrale et s'appuie sur le Specialist Workforce Advisory Group (SWAG), qui, créé en 1995, conseille les ministres, le National Health Service et le département de la santé en matière de ressources humaines, médicales et dentaires. Le travail du SWAG est de fixer annuellement le nombre de spécialistes à former y compris en médecine générale en fonction des effectifs actuels et futurs et produit des projections à 5 ans fondées sur un modèle d'adéquation offre/demande.

Le dernier niveau de régulation distingue à court terme les besoins ambulatoires et hospitaliers. Dans ce cadre les Medical Practice Committees (MPC) créé dès 1946 composés majoritairement de médecins généralistes (General Practitioners - GP) jouent un rôle central bien que consultatif depuis 1997. Ils ont pour but de contrôler localement la distribution des GP sur un district, si dans un secteur ils jugent l'offre adéquate ils peuvent refuser une nouvelle admission sur la liste des médecins établis par les Health Authorities (HA). Les MPC jugent l'adéquation offre/demande sur le nombre de patients inscrits pour chaque GP. Il a donc été défini en 1981 quatre types de zones :

- plus de 2500 patients par GP la zone est dite désignée
- 2100 à 2500 patients par GP la zone est dite ouverte
- 1700 à 2100 patients par GP la zone est dite intermédiaire
- en dessous de 1700 patients par GP la zone est dite restreinte

D'autres critères entrent en ligne de compte tels que le caractère déshérité de la zone, les engagements extérieurs des GP. Cependant les listes de patients sont remises en cause du fait qu'elles ne tiennent, en aucun cas, compte du profil des patients qui la constitue et donc du poids en besoins potentiels de la population ainsi listée. La responsabilité finale revient aux HA qui acceptent, ou non, l'installation d'un nouveau médecin sur le secteur, la reprise d'un cabinet ou son agrandissement.

La régulation à court terme des effectifs en secteur hospitalier, tant médical que paramédical, était avant la réforme de 1989 contrôlé par la tutelle, depuis une instance locale : Local Medical Workforce Advisory Group (MWAG), constituée des représentants des différents partenaires.

Actuellement, on constate une pénurie relative en ce qui concerne les médecins originaires du Royaume-Uni ce qui les inquiète, tout en jugeant que la situation globale n'est pas alarmante. Plusieurs indicateurs font état de l'inadéquation offre/demande : files d'attente dans le secteur hospitalier, vacances de postes de consultants, réduction du nombre de candidats en médecine générale par rapport au nombres de places offertes et le nombre élevé de médecins étrangers.

La régulation de la profession médicale est actuellement déstabilisée du fait de la réforme du National Health Service (NHS) qui a permis aux hôpitaux de recruter du personnel moins qualifié que les consultants habituels : sages-femmes au lieu de gynécologues-obstétriciens dans les salles d'accouchement. La garantie de l'emploi, qui est un engagement de l'administration vis-à-vis des professionnels, se révèle remise en cause par l'autonomisation croissante des structures de soins.

8.1.2 LE QUEBEC

Le gouvernement provincial détermine le nombre d'admis en faculté de médecine et le nombre de postes disponible par spécialité, qui sont par ailleurs prévus par un cadre politique triennal.

Environ 90% des étudiants sont québécois. Ces admissions sont ensuite réparties entre les quatre universités de la province. Le gouvernement procède à l'élaboration de sa politique, après avoir recueilli les avis de deux instances : la Table de Concertation Permanente sur les Effectifs Médicaux et le Conseil Médical du Québec (TCPEM). La TCPEM a été créée en 1987, en raison de désaccords entre les facultés de médecine, associations de médecins et gouvernement, et au vu du nombre insuffisant de médecins implantés dans les régions les plus éloignées, notamment pour les spécialités dites « primaires ». Elle joue un rôle important dans le processus de planification de la démographie médicale et élabore des recommandations à l'intention du Ministre de la Santé, que celui-ci soumet au Conseil des Ministres, après analyse par le Conseil du Trésor.

La répartition entre spécialités se fait en fonction des besoins estimés pour chacune d'elles au vu des recommandations. Les spécialités sont regroupées en 4 classes selon le niveau de gravité des besoins en effectif dans la discipline afin d'orienter les étudiants vers les spécialités considérées comme prioritaires. L'accès au marché du travail n'est pas limité au Québec, mais est régulé par toute une série de mesures incitatives ou désincitatives, trois types de mesures ont été adoptées dans les 20 dernières années :

- tarifs d'actes différents pour les nouveaux médecins selon leur lieu de travail au cours de leurs trois premières années d'exercice : plus élevés en zone déshéritée, inférieure à la moyenne en zone urbaine
- incitations économiques pour les médecins travaillant en zone éloignée peuvent être associées
- soutien financier à la formation, primes à l'installation, facilitation des conditions d'exercice

En pratique, ces mesures ont toutefois peu d'effet sur l'installation des jeunes spécialistes puisque la moitié des postes ainsi fléchés comme prioritaires ne sont pas pourvus.

Dans les années 1990, la planification des effectifs médicaux hospitaliers relève du niveau régional avant d'être validé au niveau central. Les Plans Régionaux d'Effectif Médical (PREM) doivent permettre de prendre en compte les besoins régionaux, ainsi chaque région fixe le nombre de médecins qu'elle souhaite voir s'installer sur une période de 3 ans. L'objectif est de faire converger les densités régionales vers la moyenne provinciale. Les PREM sont soumis à validation du Ministre de la Santé et des services sociaux, chaque province se voit ainsi confier un quota de médecins hospitaliers qu'elle doit répartir entre ses différents établissements. Fin 1998, un écart de 92 spécialistes et de 72 omnipraticiens entre les effectifs autorisés par les PREM et les postes non pourvus a été constaté globalement.

L'ensemble des mesures incitatives actuelles ne suffit pas à attirer le nombre de médecins nécessaire au renouvellement des équipes en place. Ces mesures sont, en partie, mises en échec même si peu d'entre elles ont été soumises à des évaluations. Il semble donc que les incitations purement financières sont insuffisantes dans le cas du Québec pour engager les professionnels à s'installer en zones éloignées. L'action très en amont, sur les modalités de recrutement et de formation des professionnels, comme la décentralisation des modes de contractualisation entre acheteurs et offreurs de soins, apparaissent désormais comme des voies à privilégier aux yeux des pouvoirs publics québécois.

8.2 LA REGULATION ADMINISTREE INCOMPLETE

Le mécanisme de régulation est moins complet mais néanmoins sophistiqué qui joue principalement au moment de l'installation. La fixation du nombre d'étudiants à former est laissée à l'appréciation des länder en Allemagne et aux communautés en Belgique, qui peuvent ou non tenir compte, dans leur politique d'enseignement, des mesures prises à l'échelon fédéral pour maîtriser les dépenses du système d'assurance. En Belgique, le *numerus clausus* à l'installation est répercuté différemment selon les communautés auprès des universités, alors qu'en Allemagne, les länder ne limitent pas, en dépit du risque potentiel d'excès de jeunes médecins à venir, l'accès aux études de médecine. Ces deux pays présentent un système de protection sociale principalement financée par des cotisations prélevées sur le salaire et gérées en partie par les partenaires sociaux.

8.2.1 l'Allemagne

Elle est l'un des pays qui accueille le plus d'étudiants en faculté de médecine chaque année. Cette situation de relative pléthore a pour origine un conflit entre les länder, responsables des facultés de médecine, qui s'opposent à toutes diminutions du nombre d'étudiants, le Ministère de la Santé et l'Ordre des Médecins qui voient dans cette situation une menace pour l'équilibre des comptes sociaux et la qualité des formations. Pour justifier de sa position, l'Etat Fédéral, garant de la pérennité de la sécurité sociale pour tous s'appuie sur l'effet induit de demande de soins par l'offre de médecins.

L'Ordre des Médecins, quant à lui, met en avant la difficulté d'assurer un enseignement de qualité en raison du nombre élevé des étudiants par rapport à celui du nombre de lits dans les hôpitaux. Cependant la constitution allemande garantit la liberté de choix de la profession et la loi n'autorise la restriction de l'accès aux études qu'en cas d'épuisement des possibilités de formation des universités. Les länders s'appuient sur la loi pour refuser tout mécanisme visant à diminuer le nombre de candidats au delà du nombre de places offertes dans leur université qu'ils considèrent comme une richesse et un enjeu d'identité régionale.

Une intervention étatique à l'entrée des études de médecine est, à ce jour, inenvisageable. Il n'y a pas non plus en Allemagne de régulation étatique d'accès à la spécialité mais une régulation indirecte à l'offre de stage. Contrairement à la formation initiale qui relève des länders, les cursus de spécialité sont du ressort de l'Ordre Fédéral des Médecins Allemands. Dans ce cadre, ce sont les étudiants eux-mêmes qui doivent trouver les terrains de stages nécessaires à la réalisation de l'ensemble des actes requis pour la validation des diplômes de spécialité. Avec la diminution du nombre de lits et la fermeture de certains hôpitaux, l'offre de stage a tendance à diminuer, ce qui pousse les étudiants à accepter des stages non payés ou à chercher des lieux de stage à l'étranger. Le critère masse critique d'actes à réaliser, pour obtenir le titre de spécialiste, est aujourd'hui soumis à critique. Pour l'ordre des médecins, il induirait une inflation d'actes pas toujours justifiés et préjudiciables pour le patient. Pour l'Union des Médecins Conventionnés, la notion de masse critique est au contraire une garantie de la qualité des pratiques.

L'orientation et la limitation de l'installation constituent en définitive les principaux outils de régulation de l'offre médicale. Depuis la création de la sécurité sociale, l'organisation et l'accès à la médecine ambulatoire conventionnée, fort développée en Allemagne, ont souvent été modifiés pour passer d'une admission illimitée, en 1960, à la politique de restriction totale à l'installation prévue par la loi de 2000. La traduction au niveau des länders, des mesures de planification relatives au secteur ambulatoire conventionné est dévolue à un comité paritaire de médecins et de caisses, la gestion directe relevant des associations de médecins conventionnés. Les restrictions d'admissions en médecine ambulatoire conventionnée, prévu dans la loi de 1993, avait pour objectif d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire national.

La loi a donc limité le choix du lieu d'installation, tout en garantissant la possibilité d'exercice en médecine ambulatoire conventionnée. Des seuils de saturation, définis à partir de la densité médicale observée pour chaque spécialiste en 1990, ont été définis pour neuf types de district de planification. Des exceptions à la loi ont toutefois permis des installations dans certaines spécialités, y compris dans les zones de planification « fermées ». La loi impose désormais, depuis le début de l'année 2000, des limites au principe même de l'installation ce qui constitue une contrainte forte pour les professionnels. De nouveaux seuils sur des critères plus rationnels en tenant compte du besoin en médecins, devraient toutefois être élaborés. En 2003, environ 5400 places seulement seront ouvertes alors que l'on estime bien supérieures les demandes potentielles d'emplois médicaux.

L'emploi en secteur hospitalier est étroitement lié aux contraintes budgétaires et aux ratios de personnels définis par l'association des hôpitaux allemands. Les récentes mesures prises dans le secteur ambulatoire a eu pour effet de rajeunir le personnel médical hospitalier, les plus anciens ayant quitté l'hôpital pour s'installer en secteur ambulatoire avant l'application des restrictions à l'installation en 1993.

8.2.2 LA BELGIQUE

Jusqu'en 1996 il n'existait pas de mécanisme limitant l'accès aux études de médecine autre que la capacité d'accueil des facultés, alors que le nombre de médecin était considéré comme relativement abondant. Les communautés ne souhaitaient pas réduire ces capacités afin de rester attrayantes pour les étudiants. Depuis 20 ans est menée une réflexion visant à changer le mode de rémunération des médecins belges qui sont payés à l'acte, elle est restée sans suite. Afin de limiter les retombées financière des effets de volume le gouvernement et l'Institut National d'Assurance Maladie et d'Invalidité (INAMI) ont réagi en limitant la croissance de la valeur des actes, ce qui a permis de contenir aux environs de 7% du PIB la part des dépenses de santé.

Sous la pression des partenaires financiers du système de soins et des représentants de l'administration soucieux de préserver la qualité des soins, le gouvernement fédéral a instauré en 1996 un *numerus clausus* à l'agrément, limitant le nombre de prescripteurs sous contrat avec l'INAMI.

A la différence de l'Allemagne cette régulation à l'installation ne se limite pas seulement à des zones géographiques à médecins trop nombreux, mais porte sur le nombre total de médecins ayant accès au conventionnement avec les organismes payeurs, sur l'ensemble du territoire. Désormais une commission chargée de la planification et de l'offre médicale évalue annuellement les besoins en médecins et détermine le nombre de candidats dans chaque communauté ainsi que les critères de sélection des jeunes médecins pour l'obtention de l'agrément.

Ce changement de régulation a des répercussions sur l'ensemble de la carrière médicale, avec des rétroactions sur la formation des médecins. La régulation des professionnels s'organise désormais autour de ce *numerus clausus* à l'agrément, aussi bien en amont que pendant les études qu'à l'entrée sur le marché du travail.

Les communautés (flamande et française) sont responsables de la formation initiale, ont ainsi été conduites à prendre des mesures visant à limiter l'accès aux études de médecine. Dans les universités flamandes, un concours a été mis en place. La communauté wallonne a préféré privilégier une sélection progressive sur les 3 premières années du cursus.

L'accès à la spécialité est limité par l'arrêté royal du 12 août 1985, qui fixe la répartition entre généralistes (40%) et spécialistes.

L'installation, une fois le médecin agréé, n'est ni orientée, ni limitée, il n'existe pas, au-delà du conventionnement, de règles de répartition géographique. Cependant un système d'aide à l'installation des médecins est prévue en fonction de la zone d'installation.

Pour le cas particulier de la Belgique un édit royal vient de fixer les modalités d'exercice des médecins belges dans les autres états membres de l'union européenne : seuls les médecins conventionnés en Belgique sont, désormais, dans les autres états européens

8.3 LA FAIBLE REGULATION ADMINISTREE : LES ETATS-UNIS

L'échec de réforme visant à introduire une assurance maladie, reflète l'importance du choix, opéré depuis le début du 20^{ème} siècle, de limiter au minimum l'intervention de l'état fédéral dans l'organisation du système de soins. En l'absence de toute protection sociale collective, il n'existe pas d'instance centrale de régulation des professionnels de santé. La détermination du nombre d'étudiants et de spécialistes à former relève de la responsabilité conjointe des universités et des hôpitaux universitaires, fortement influencés par l'American Medical Association.

En 1965, pour faire face à une demande croissante d'une population jusqu'alors peu ou pas couverte, au moyen de fonds créés spécialement, l'Etat a voulu favoriser le développement d'établissements de soins et l'augmentation du nombre de professionnels de santé. Il a encouragé la croissance du nombre de médecins par l'octroi de bourses aux étudiants et d'aides financières aux universités, qui, jusqu'alors, ne recevaient que peu de fonds publics et peu d'étudiants en médecine. Les hôpitaux ont alors recruté de plus en plus d'étudiants et de résidents étrangers sans lesquels un grand nombre de postes seraient restés vacants. Devant le constat de déséquilibres importants en terme d'accès aux soins des populations selon leur lieu d'habitation ou leur communauté d'appartenance, le Ministère de la Santé a financé le développement de centres de santé.

A la fin des années 70 ; le congrès a voté la création d'un service de médecins salariés : le National Health Service Corps (NHSC), chargé de fournir des soins primaires à des collectivités sans services médicaux. Malgré les incitations financières et l'augmentation très importantes du nombre de médecins depuis les années 1970, les besoins en termes de soins primaires non couverts se sont accrus entre 1978 et 1991, la population vivant en zones sous-médicalisées passant, dans le même temps, de 27 à 36 millions. Cette situation a poussé le gouvernement à soutenir financièrement et juridiquement, la création de nouveaux métiers de soins primaires : Physicians Assistants (PA), Nurse Practitioners (NP). Selon les états ces PA et NP peuvent dispenser 70 à 80% des soins médicaux, prescrire certains médicaments et réaliser de petites interventions chirurgicales. Entre 1966 et 1980, 6000 nouveaux sites de formation de ces professionnels contre seulement 40 pour les futurs médecins.

Les NP au fur et à mesure des années ont eu la possibilité d'acquérir de multiples qualifications dans divers domaines de la médecine. Ces nouveaux métiers n'ont pas été perçus comme une menace par les médecins et dans la plupart des cas ils se sont développés à leur initiative. La profession médicale a souhaité, avec l'aide de ces nouveaux professionnels, augmenter la productivité de leurs cabinets et compenser une perte économique liée à leur installation en zone « sous-développée ». Depuis toujours aux États-Unis les médecins exercent un contrôle sur le personnel soignant. Le Council on Medical Education est ainsi officiellement chargé d'approuver les programmes, d'agréeer les stages, d'homologuer les écoles et d'attester les compétences des diplômés des professions paramédicales.

A partir des années 80, face à l'augmentation des dépenses de santé les Managed Care Organizations (MCO), mise en place dès 1971, rationalisent la gestion du système de soins à partir de la concurrence des offreurs de soins. Depuis l'échec de la réforme Clinton en 1990, visant à mettre en place une couverture sociale universelle et à modérer la croissance des dépenses de santé, ce mouvement s'est accéléré. Les MCO ont pris des mesures très strictes d'encadrement des soins destinées à contrôler les pratiques médicales et éviter les dépenses inutiles. Elles cherchent à valoriser les soins de première ligne et les pratiques préventives, ce qui pousse les étudiants à s'orienter voire, s'ils sont spécialistes, à se reconvertir vers la médecine générale.

Si le constat qu'une grande partie de la population ne peut accéder aux soins a conduit au développement de la profession d'infirmière et à la création de nouveaux métiers, cette évolution est aujourd'hui renforcée par la concurrence entre assureurs qui gèrent les établissements de soins, notamment dans leurs recherche d'économies de gestion, ce qui va de pair. Le développement de ces métiers n'est pas sans contradictions, car à l'instar des médecins ils cherchent à se spécialiser en vue d'augmenter leurs revenus. Afin d'améliorer les prévisions en terme de besoin de professionnels de santé, le gouvernement a institué, en 1994, un groupe de travail interdisciplinaire pour examiner les besoins en « praticiens de soins primaires ». Ses travaux ont débouché sur un nouveau modèle d'estimation des besoins communs aux professions médicales et paramédicales, qui prend en compte le taux de substitution entre profession.

Les outils de planification des professions de santé, qui apparaissent aujourd'hui aux USA, sont sophistiqués et élaborés, ayant été conçus pour mettre de l'ordre a posteriori, en prenant en compte la complexité du marché de la santé ou de multiples forces contradictoires interagissent.. Ces outils sont à disposition des MCO aux travers desquelles les organismes fédéraux cherchent à orienter la gestion prévisionnelle des ressources en personnel dans le système de soins. Le système de soins américains se singularise donc par le renforcement du rôle des professions de santé « intermédiaires » et la redéfinition des rôles et attributions entre spécialités médicales.

Pourtant dans l'ensemble des pays développés, la priorité affichée depuis quelques années a été le développement d'une médecine de soins primaires. Cette priorité s'est traduite par une volonté d'augmenter la proportion de généralistes parmi le corps médical. Cette orientation traduit deux tendances fortes :

- en premier lieu, l'augmentation du nombre de généralistes est cohérente, avec la volonté de développer les soins primaires que l'on peut comprendre selon la définition qu'en donne l'American Medical Association (AMA), comme les soins prodigués par le médecin de premier recours
- en second lieu, l'offre de soins émanant des généralistes est souvent considéré comme moins dispendieuse que celle liée aux spécialistes, du fait, notamment, de l'absence de plateau technique chez les praticiens de soins primaires.

Or en France, comme dans les autres pays économiquement développés, le problème de maîtrise des dépenses de soins occupe une position centrale dans l'organisation du système de santé. En 1990 en France, il avait été évoqué d'accroître le nombre de généralistes en réduisant d'au moins 50% le nombre de postes d'internes de spécialité, mais cette orientation avait échoué sur la réalité de la nécessité du fonctionnement des services hospitaliers.

9 DISCUSSION AUTOUR DES PROPOSITIONS DES DIFFERENTES MISSIONS

Il ne se passe pas une semaine sans lire ou entendre qu'ici ou là on manque de médecins, ou que les délais de consultations sont inacceptables, ou qu'un médecin part à la retraite sans avoir de remplaçant. Tout ceci porte la population à s'inquiéter de son suivi médical. De-ci de-là, on constate que les communes mettent en place des mesures afin de favoriser l'installation voire la non disparition de la couverture médicale de leur population sans laquelle la dynamique locale semble devoir s'essouffler.

Face à cette situation ressentie de « pénurie » médicale, la population se fait de plus en plus pressante vis-à-vis de ce qui est peu à peu devenu un bien de consommation comme un autre : le soin et la prise en charge médicale. Il semble qu'au-delà du besoin réel de prise en charge médicale des situations ou d'affections le nécessitant, de plus en plus fréquemment, le médecin doit, désormais, faire face à une dimension de confort de soins d'une population de plus en plus revendicatrice.

Que doit-on penser alors de cette pénurie vécue par la population qui s'exprime au fil des jours en terme de défaut de prise en charge médicale dans des délais inacceptables par celle-ci. Par opposition à ce vécu, la population médicale recensée n'a jamais été aussi importante avec 196000 médecins en exercice au 1^{er} janvier 2001. Ce chiffre absolu de médecins correspond à une densité moyenne sur l'ensemble du territoire français de 332 médecins pour 100000 habitants. Il faut rappeler qu'au milieu des années 1990 on parlait de pléthore et d'une offre médicale excessive. Il a donc été mis en place le MICA (mesure d'incitation à la cessation anticipée d'activité) afin de réduire le nombre de médecins en exercice alors qu'à la même époque (1996) on dénombrait 188500 médecins...

Alors comment avec 7500 praticiens de plus et en moins de cinq ans sommes-nous passer d'une situation décriée de pléthore médicale à un constat de pénurie qui va aller en s'aggravant ? Volonté politique ou mauvaise appréciation de la situation et des projections démographiques ? Toujours est-il qu'il va falloir repenser l'organisation d'un système de soins en fonction de ce paramètre « démographie » si nous voulons conserver une prise en charge performante et adaptée aux besoins de la population.

Dans cette situation nous devons essayer de trouver les indices évidents ou non qui auraient pu ou du être pris en considération pour mieux appréhender la situation dans laquelle nous nous retrouvons et à laquelle nous allons devoir faire face, afin de les analyser pour éviter de reproduire les mêmes erreurs.

Quels sont ou quels ont été ces indices et/ou éléments ignorés qui nous ont conduits aux portes de cette situation difficile qui nous est annoncée.

On peut se permettre de classer ces indicateurs ou indices en deux catégories ceux qui étaient prévisibles et évidents dont la simple analyse mathématique et démographique aurait sans doute permis d'anticiper la situation et ceux plus fins dont l'aspect qualitatif plus difficilement appréciable peut excuser le fait qu'ils aient été occultés.

9.1 LES CAUSES MATHÉMATIQUES

9.1.1 LA DEMOGRAPHIE GÉNÉRALE

Un des éléments annoncé par l'INSEE et qu'il était impossible d'ignorer est l'augmentation de la population générale française de l'ordre de 6% sur les 20 prochaines années qui elle aussi devra être prise en charge sur le plan médical et sera donc consommatrice de soins.

Le vieillissement de la population générale avec notamment la génération Baby-Boom qui s'approche de la retraite, ne pose plus seulement le problème du financement de leurs retraites pour laquelle il faut trouver les fonds nécessaires pour les honorer, mais se pose alors désormais un problème de prise en charge médicale d'une part importante de notre population tant sur le plan numérique (rapport retraités/actifs qui va croissant), que sur le plan qualitatif avec un besoin médical qui va croissant avec l'âge.

Il y a un phénomène aggravant : l'augmentation de l'espérance de vie prolonge cet état de dépendance vis-à-vis des soins pour une population numériquement croissante. Avec l'âge s'installent des pathologies dégénératives dues au vieillissement qui très souvent se cumulent les unes aux autres, polypathologies qu'il faudra prendre en compte dans une prise en charge adéquate et de qualité, ceci constitue une nouvelle demande importante en terme d'activité et de temps médical au point que nous assistons à l'émergence d'un champ spécifique de l'exercice médical avec la spécialité de gériatrie actuellement en pleine explosion.

9.1.2 LES OBSTACLES DES ETUDES

9.1.2.1 NUMERUS CLAUSUS

Une variable connue et, jusqu'à maintenant, ignorée soit par choix dans le but de réduire le nombre de praticiens en exercice, ou par manque d'anticipation est le vieillissement de la cohorte des médecins. Actuellement l'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans. Au jour d'aujourd'hui le nombre de médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui de plus de 50 ans ce qui nous conduit inévitablement à un âge moyen de 50 ans à l'horizon 2011. En conséquence de quoi il faut, dès à présent, envisager un nombre de départs à la retraite conséquent dont une partie ne sera, et ne pourra mathématiquement, pas être remplacé. La situation va progressivement s'aggraver sans attendre que l'ensemble des ces médecins partent à la retraite.

En effet, ces départs à la retraite seront précédés d'une période de baisse d'activité de ces praticiens car nos confrères de plus de 55 ans sont enclin à une baisse d'activité de l'ordre de 1 h 41 minutes par rapport à la classe d'âge 46-54 qui sera prise comme référence en terme de temps d'activité hebdomadaire.

Le numerus clausus est passé de plus de 10000 au début des années 70 à 3500 au début des années 1990, soit une baisse de plus de 60%. Il est impossible qu'un tel étranglement ne se soit mis en place de façon unipartite de la part des pouvoirs publics sans un assentiment plus ou moins officiel de la profession. En effet, depuis le début des années 1980, les pouvoirs publics ont du faire face à une inflation sans précédent des dépenses de santé. Ces derniers n'ont vu comme seul facteur causal la croissance du nombre des médecins qui étaient à l'époque responsables de la mathématique augmentation de la facture, du fait de l'augmentation du nombre de prescripteurs. Il a alors été mis en place une baisse drastique du numerus clausus, en vue de diminuer à terme le nombre de prescripteurs espérant ainsi une baisse mathématique de l'enveloppe financière dédiée aux soins.

Cette mesure d'étranglement aurait pu aller bien au-delà car dans un rapport soumis au conseil d'administration de la CNAMTS au début des années 1980, une proposition de baisse du numerus clausus jusqu'à 2500 avait été formulée.

Cette mesure a pu se mettre en place sans opposition des professionnels car, à l'époque, régnait un discours de pléthore avec des soi-disant « médecins smicards ». C'est pourquoi les instances ordinales, soucieuses de préserver le pouvoir d'achat des médecins ne se sont pas opposées fermement à de telles mesures, d'autant plus qu'au début des années 1980 la profession était complètement inorganisée au niveau de sa représentation tant syndicale qu'institutionnelle.

Bien que nous assistions à une augmentation du numerus clausus aux environs de 5100 pour la dernière session qui s'est déroulée en mai 2003 et qu'il soit prévu à 5600 pour mai 2004, il y a une inertie de dix ans due aux études...

9.1.2.2 INTERNAT

Un des paramètres très certainement sous-estimé est l'effet pervers de la mise place d'un internat national classant comme seule et unique voie d'accès à la spécialisation et dont l'ouverture des postes, plus en rapport avec la nécessité de fonctionnement des services hospitaliers qui voyait vieillir ses praticiens, que des réels besoins médicaux de la population, a créé, dans certaines spécialités des surdensités et dans d'autre de véritables pénuries. Cet internat devait résoudre les problèmes en terme de flux de formation d'une part, et en terme de répartition des professionnels d'autre part.

Pour ce qui est de la « régulation de formation », force est de constater que cet outil « démographique » de sélection est loin d'avoir atteint son but : en effet, un interne est en droit de s'inscrire à un DES de spécialité si au cours de ses quatre premiers semestres il est passé en stage au moins une fois dans la spécialité à laquelle il s'inscrit. On voit ici rapidement les biais de recrutement auxquels nous aboutissons. Il suffit, lors des choix de stage de déclarer sa stratégie et il y a moyen de s'arranger entre les plus anciens et les plus jeunes pour ménager une petite place pour le petit nouveau. Ensuite il suffit de trouver un responsable de DES compatissant pour qu'il accepte votre inscription dans la spécialité désirée.

C'est ainsi qu'en conservant plus de vingt spécialités sous la rubrique « médecine » et pas moins de treize spécialités dans la catégorie chirurgie on aboutit à une impossibilité d'adaptation des flux de formation dans une spécialité, et ce d'autant plus qu'il existe parfois dans certains CHU une guerre des chefs qui conduit à l'ouverture de postes d'internes inscrits en DES pour éviter que les internes s'inscrivent chez le « chef » concurrent.

Désormais au vu de ces chiffres, et ce, quoi que l'on fasse dans l'immédiat, il va falloir composer avec des générations médicales sinistrées qui arrivent désormais sur le marché du travail en nombre insuffisant pour combler le nombre de départs à la retraite de leurs aînés. Ce qui va nous conduire à une réduction inévitable du nombre de praticiens en activité avec une densité médicale annoncée de l'ordre de 305 médecins pour 100000 habitants à l'horizon 2012, soit une réduction de densité de 9% toutes choses étant égales par ailleurs.

9.1.3 PROPOSITIONS CONCERNANT LES FLUX DE FORMATIONS ET LA REPARTITION DES EFFECTIFS

9.1.3.1 FLUX D'ENTREE

En ce qui concerne le nombre de médecins à former il a été formulé dans le rapport du Professeur Yvon BERLAND une proposition : « ..., *l'augmentation du numerus clausus doit être progressive et être intégrée dans le cadre d'un plan pluriannuel de 4 à 5 ans. L'actualisation des données démographiques et des prévisions doit par la suite permettre d'ajuster les flux d'entrée à la hausse ou à la baisse.*

La mission propose un relèvement progressif sur 4 ans pour atteindre le chiffre de 8000 en 2007, sachant que le numerus clausus pour l'année 2003 a déjà été fixé à 5100 » il est déjà annoncé à 5700 pour mai 2004. « *Sur cette base, le numerus clausus augmenterait de 725 places environ par an, ce qui permettrait d'amortir la chute de la densité médicale.* ».

Cette hausse préconisée a aussi été soulignée par le sénateur Charles DESCOURS qui va un peu plus loin en précisant que : « La remontée du numerus clausus est indispensable pour retrouver un niveau global de densité qui rende possible les actions corrigeant les disparités constatées entre les régions et à l'intérieur même des régions...Cet accroissement brut aura cependant un intérêt limité en terme de réduction des inégalités interrégionales et pourrait même s'avérer préjudiciable, s'il n'est pas accompagné à moyen terme des ajustements tels que la régionalisation, mais aussi la fixation non pas en fonction des besoins en terme de personnel médical ces centres hospitaliers universitaires mais des besoins de la population »

9.1.3.2 REPARTITION DES EFFECTIFS

La mission menée par le Professeur Yvon BERLAND sur la « démographie des professions de santé » avait donc fait une proposition de filiarisation des spécialités afin de mieux pouvoir définir les flux de formation en fonction des besoins en praticiens dans chacune des spécialités sur le terrain. Cette proposition a créée une vive émotion parmi les internes de spécialité, relayé par leur structure syndicale nationale : l'InterSyndicale Nationale des Internes des Hôpitaux (ISNIH) qui voyait là un obstacle à leur libre choix, arguant qu'on ne pouvait savoir en commençant, si la spécialité dans laquelle on débutait nous convenait.

L'autre point qui traite de la répartition des différents praticiens sur le territoire français, a, lui aussi, été mis à mal. En privilégiant les zones démographiquement faibles et en handicapant celles qui avaient une démographie plus favorable, on a abouti à un grand brassage migratoire sur la France entière, et au total on ne sait plus qui on forme, comment on les forme, et pour exercer dans quel endroit. Cet état de fait est d'autant plus préjudiciable que le nombre de résidents à former est différente chaque année selon la réussite au concours de l'internat. Il est à noter aussi que le plus souvent ce sont les facultés qui sont démographiquement les plus « pauvres » qui ont aussi les taux de réussite au concours de l'internat les plus faibles. De ce fait, elles reçoivent des internes qu'elles forment et qui ont tôt fait de rentrer chez eux une fois leur formation achevée.

Les zones démographiquement fortes ont vu leurs effectifs d'internes diminuer et ont donc menées une politique de recrutement plus fortes, les praticiens de zones plus « défavorisées » se sont donc empressés de répondre à cette demande. Et les zones démographiquement plus faibles ont vu leur nombre d'internes croître de façon exponentielle sans avoir forcément le potentiel de formation nécessaire. De plus en fin d'internat une nouvelle vague migratoire se met en place, soit pour un retour dans la région d'origine, soit vers les régions les plus demandeuses de praticiens car en déficit d'internes et donc de praticien recrutés dans leurs rangs. En effet avant 1984, les recrutements des praticiens hospitaliers se faisaient essentiellement dans les rangs des internes formés dans la région : en 1980, 80% des spécialistes diplômés depuis moins de 5 ans exerçaient dans leur région de diplôme, contre 76% en 1995 et 66% en 1999. En revanche, les généralistes restent dans leur région de diplôme qui est aussi leur région de formation de premier et deuxième cycles à près de 80%. En cela, la faculté de Nantes ne déroge pas à la règle car sur les retours de l'enquête, si l'on considère les estampilles de la poste, ils sont 139 sur 179 répondants soit 77,6% sur les trois départements de recrutement de la faculté de Nantes à y vivre encore aujourd'hui

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Vendée
Nombre de répondants	112	6	21

Pour finir, vient s'ajouter à cela le non renouvellement des praticiens titulaires de CES qui n'a pas été pris en compte. Seul le renouvellement des praticiens titulaires de DES, ou équivalent de l'époque : « ancien interne des hôpitaux », a été envisagé lors de la mise en place de l'internat en 1984. Cet effectif a été lui-même revu à la baisse. En conséquence de quoi, la population des spécialistes semble devoir être plus affectée par ce vieillissement et le nombre des départs à la retraite dans les prochaines années que la population des généralistes.

Face à cette observation, le Professeur Yvon BERLAND a préconisé, dans son rapport, la mise en place, ou du moins la remise en place, d'un internat régional afin de mieux enraciner les praticiens dans les régions. Un effet redouté par la mission et certains membres des institutions. C'est la généralisation de cette migration à l'issue du deuxième cycle par la mise en place de l'examen national classant en 2004 qui risque de soumettre les généralistes au même phénomène de déracinement que leurs confrères spécialistes. Il pourrait alors en résulter une aggravation de l'inégalité de répartition des professionnels sur le territoire, avec à terme, la remise en question de l'équité de la population en ce qui concerne l'accès aux soins.

9.2 LES CRITERES QUALITATIFS

9.2.1 LA FEMINISATION

Tout d'abord la féminisation de la profession, qui sans être une révolution en terme de prise en charge du patient, est sans doute un changement profond de la conception de l'exercice et des modalités de ce dernier.

L'analyse précédente nous a démontré comment les effets conjugués du numerus clausus suite au concours de PCEM1 et de la perte de la notoriété de la carrière de médecins avaient conduits majoritairement les femmes vers cette profession avec plus de succès qu'auparavant. Les hommes issus des milieux sociaux les plus favorisés renoncent donc à cette filière médicale à la faveur de formation plus respectables et rentable tant en terme de pouvoirs que de réussite financière laissant la place à leurs homologues masculins issus de milieux sociaux moins aisés. Face à eux, dans les amphithéâtres on retrouve les jeunes femmes issues des milieux plus favorisés et donc qui sont en meilleure position pour réussir ce type d'épreuves.

Les aspirations de nos consoeurs en terme de choix d'activité conservent une large part au temps libre, à la vie de famille et aux enfants. Ces aspirations personnelles se répercutent sur leur activité par une différence de -6 h 11 minutes en moyenne sur le travail hebdomadaire avec une relative constance malgré l'augmentation récente de l'activité médicale de l'ordre de + 2 h 48 minutes entre 1992 et 2000. Actuellement les femmes représentent 37% des praticiens, mais dans la génération des moins de 35 ans elles représentent 56%, et actuellement dans les amphithéâtres des facultés de médecine elles représentent jusqu'à 70% de l'effectif.

D'autre part, il est important de noter que les femmes se dirigent préférentiellement vers la médecine générale, elles limitent ainsi le temps consacré à leurs études pour privilégier la famille. Ce comportement est d'autant plus marqué qu'elles ne peuvent plus par la suite accéder à la spécialisation comme elles le faisaient à l'époque des CES.

Cette féminisation n'est pas forcément à voir comme un handicap mais un challenge, voire une opportunité de repenser et d'améliorer l'efficacité du système de soins.

9.2.2 L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

9.2.2.1 LE CONJOINT ET LA FAMILLE

Désormais le conjoint n'assure plus le secrétariat du cabinet. De plus il occupe désormais le plus souvent un poste de haute technicité qui nécessite pour cela la proximité d'un centre urbain relativement important ce qui pose parfois un problème pour une installation du praticien en milieu rural. L'activité de ce conjoint introduit un nouveau paramètre dans le projet d'installation des futurs praticiens : la possibilité de mutation géographique liée à l'emploi de celui-ci qui condamne plus ou moins tout projet d'installation avec peu de possibilité alternative de l'exercice... Dans ces conditions, il devient clair qu'il est difficile pour un jeune confrère de s'installer dans un cabinet avec tout ce que cela peut engendrer comme investissement tant personnel que financier, pour ensuite tout quitter quelques années plus tard.

Il faut envisager la possibilité pour le conjoint d'exercer sa profession, ce qui n'est possible, le plus souvent, que si le couple vit en zone urbaine ou dans une proximité immédiate de celle-ci. Le choix d'installation des jeunes médecins dépendra donc principalement des conditions d'exercice et de vie qu'on lui propose, il semble, en l'état, que les inconvénients d'exercer en zone rurale ou en zone urbaine défavorisée ne sont pas compensés par la simple perspective d'une rémunération plus élevée pour une activité très certainement beaucoup plus élevée.

Tableau n°36 : Pourcentage d'actifs occupés ayant un conjoint et répartition des conjoints par catégories socio-professionnelle

	Répartition selon la catégorie socio-professionnelle du conjoint							
	% ayant un conjoint	Agriculteur	Commerçant	Cadre supérieur	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier	Sans activité
Médecins actifs occupés	81,7	0,4	2,8	54,9	27,0	9,2	0,9	4,9
Libéraux généralistes	86,8	0,7	3,3	47,3	3,4	10,9	0,7	6,7
Libéraux spécialistes	84,3	0,2	3,8	55,5	26,3	9,0	0,7	4,5
Salariés hospitaliers	74,6	0,3	1,3	58,7	27,0	7,5	1,1	4,1
Salariés non hospitaliers	81,4	0,2	2,8	67,8	17,5	8,4	1,1	2,2
Actifs occupés	73,6	3,3	7,1	11,2	20,1	31,1	22,7	4,4
Dont cadres supérieurs	78,1	0,3	3,8	37,7	28,7	22,0	3,4	4,1

Source : Enquêtes emploi 1990-2002

Ce tableau nous montre que sur la période 1990-2002, 86,8% des médecins généralistes libéraux actifs déclarent vivre en couple (marié ou non). 43,7% de ceux qui vivent en couple ont un conjoint ayant une profession de cadre supérieur ou équivalent.

Ce phénomène connaît un peut être un facteur aggravant d'ordre culturel, il est, encore aujourd'hui, courant que ce soit la carrière professionnelle de l'homme qui soit privilégiée au sein du couple, hors la médecin se féminise rapidement. Ceci risque alors de ralentir encore plus nos consoeurs dans leurs démarches d'installation.

9.2.2.2 L'EVOLUTION DE LA SOCIETE

Un autre élément déterminant qui a priori pouvait être difficile à évaluer car nul ne pouvait le prévoir il y a dix ans c'est l'avènement des 35 heures et tous le cortège de modifications sociétales qui en découlent avec la mise en place d'une société de loisirs exacerbée dont les médecins ne veulent pas être les exclus. C'est ainsi que 86% de la population jouit d'une profession avec statut de salarié, et donc de tous les avantages se rapportant à ce mode d'exercice

Le médecin est devenu un citoyen et un prestataire de service comme les autres, à ceci près qu'ils sont indirectement payés par les cotisations sociales de tout un chacun et que chaque citoyen réclame d'en avoir pour son argent. Qui n'a pas entendu le fameux « je paye ; j'y ai droit ».

Par ailleurs, le besoin de santé de la population s'est accru avec l'élévation des niveaux de vie et la généralisation de la sécurité sociale, en provoquant une augmentation continue de la demande de soins. Parallèlement, la position relative des médecins dans la société s'est trouvée, sinon contestée, du moins affaiblie par la démocratisation des savoirs, avec l'émergence de patients moins passifs face au pouvoir médical. Enfin, le médecin n'est plus investi de son seul rôle sanitaire, puisqu'il intervient à d'autres niveaux du champ médico-social, en rédigeant par exemple des certificats d'arrêt ou d'accident de travail, d'aptitude aux sports ou des attestations de coups et blessures, qui ont une portée médico-légale.

Ainsi, Monique GUERIN dans son ouvrage « le Généraliste et son patient » décrit ainsi l'évolution des praticiens généralistes : *« ces médecins [de l'après-guerre], à la fois débonnaires et autoritaires, qui ont été les témoins actifs de la révolution thérapeutique des antibiotiques croyaient fermement aux progrès de la science médicale. Disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, couverts d'une solide gloire locale, ces notables exerçaient avant tout un sacerdoce. Ils n'ont pas disparu, ils se sont étriés : répondeur téléphonique à partir de vingt heures, médecin de garde pour sauver les week-end en famille. »*

Pour autant, le travail, comme le rappelle le sociologue Robert CASTEL, constitue toujours le mode dominant d'insertion et de légitimation sociale et les professionnels de santé n'échappent pas à la règle et souhaitent donc une redéfinition de leur place dans la société et une meilleure reconnaissance de leur travail.

9.2.2.3 LE COMPORTEMENT DES PATIENTS

Le paramètre, sans doute, le plus difficile à prévoir et dont l'évolution ne peut se faire que par une analyse de tendance, voire ne pouvant faire l'objet que de constat : le comportement consumériste des individus. Dans une société où le savoir médical est soumis à une vulgarisation à outrance par les médias. D'autre part, la « médecine populaire » qui assurait autrefois la prise en charge d'un rhume ou d'une fièvre infantile par exemple sans avoir recours à un médecin a tout bonnement disparue. On constate que tout est prétexte à consommer de l'activité médicale qui apporte une réassurance de la population quant à son état de santé. De plus dans cette société qui évolue en faveur des loisirs avec de nombreuses activités sportives, les organisateurs souhaitent se couvrir du mieux possible et donc requièrent un certificat médical, ou bien encore une présence médicale pour toute manifestation sportive. L'on s'aperçoit alors que non seulement les individus consomment plus de temps médical de leur propre fait mais la société dans laquelle ils vivent les pousse à ce consumérisme médical.

9.2.3 PROPOSITIONS

En ce sens, une proposition faite par le Professeur Yvon BERLAND, Doyen de la faculté de médecine de Marseille dans son rapport sur « la démographie des professions de santé », et reprise par le sénateur honoraire Charles DESCOURS, dans son rapport : « propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé », consiste à « *expérimenter le statut de collaborateur salarié* ».

Ce type de « statut » passe par une nécessaire refonte du code de déontologie, en cela seul l'ordre des médecins peut se prononcer, mais il est désormais de notoriété publique que le CNOM travaille sur le sujet tout comme sur l'article 85 du code de déontologie en ce qui concerne la possibilité, pour un praticien, d'ouvrir un cabinet secondaire dans des zones non concurrentielles et où la viabilité financière d'un cabinet médical à temps plein peut être hypothétique. Toutes ces mesures permettant ainsi à un jeune praticien d'exercer la médecine sans avoir d'engagement trop lourd par rapport à un cabinet ou à une zone géographique tout en assurant un meilleur maillage du territoire en terme d'offre de soins. Un point essentiel qui n'est pas explicitement énoncé par ces propositions, est l'opportunité, pour un médecin vivant à proximité d'un grand centre urbain, de travailler en périphérie ou en zones rurales. La possibilité de fixer des horaires lorsqu'on est salarié, « gomme » le fait de l'éloignement pour se permettre d'avoir une vie de famille plus en adéquation avec les nouvelles attentes exprimées par les jeunes en ce qui concerne les modalités de leur exercice.

9.3 ATTENTES ET CRAINTES DES RESIDENTS

9.3.1 DEBUT DE CARRIERE

Il semble que les médecins souhaitent retarder leur installation. L'âge moyen de la première installation recule, 37,5 ans pour la France et 41 ans pour Paris. Le conseil national de l'ordre des médecins confirme cette tendance en affichant 36 ans pour la première installation sur le territoire national et 38,5 ans pour la capitale. Il faut cependant rappeler que l'entrée dans la vie professionnelle est plus tardive pour les médecins du fait de la durée de leurs études. Ainsi, le répertoire ADELI situe l'âge d'entrée en activité à 30 ans pour les médecins libéraux.

L'écart entre l'âge d'installation et celui du début d'activité s'explique d'abord par une carrière qui débute de plus en plus dans le secteur hospitalier. Cela peut également s'expliquer par d'autres raisons, sans qu'aucune ne semble l'emporter véritablement : crainte face aux investissements à consentir -coût financier important d'acquisition d'un cabinet dans la capitale ou les grands centres urbains et charges souvent ressenties comme toujours plus lourdes - volonté de mieux maîtriser leur temps de travail en assurant des remplacements qui leur permettent de choisir et le lieu et la durée de leur exercice, souvent pour une rémunération identique voire supérieure à celle de leurs confrères installés.

Les jeunes médecins souhaitent une pratique plus collective et plus technicienne de leur activité que leurs aînés, tout en ayant une amplitude horaire et une charge de travail moins élevées.

Ces souhaits se conjuguent mal aujourd'hui avec la réalité du territoire national et de l'égal accès aux soins. Il convient cependant de distinguer les zones urbaines défavorisées des zones rurales car si toutes les deux connaissent des problèmes d'accès aux soins et d'inégales répartitions des professionnels de santé, les zones urbaines défavorisées sont désertées pour des raisons spécifiques.

9.3.2 INSECURITE

Les données sur les violences et l'insécurité sont extraites d'un rapport de l'IGAS dont sont extraits les chiffres, tableaux et propositions²⁷. Ce rapport est basé sur les chiffres issus des autorités territoriales françaises en charge du dossier de la sécurité du territoire²⁸.

La violence subie par le professionnel de santé nécessite de considérer tant l'aspect quantitatif que qualitatif. Quelle qu'en soit l'origine elle peut prendre un aspect physique et/ou psychologique.

²⁷ Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
-Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé.
G.Costargent, M.Vernerey.Octobre 2001.

²⁸ Ministère de l'intérieur, Direction Centrale de la Police Judiciaire
Ministère de la Défense, Direction Générale de la Gendarmerie Nationale
-Aspects de la délinquance et de la criminalité constatées en France en 2000 par les services de polices et les unités de gendarmerie.2001

9.3.2.1 DONNEES GENERALES

Les statistiques des crimes et délits établis par la police nationale pour les circonscriptions urbaines et par la gendarmerie pour les circonscriptions rurales, ainsi que les statistiques d'accidents du travail survenus sur le lieu de travail en rapport avec les agressions, sont facilement chiffrables et, donc, analysables.

Si ces données nationales existent et sont assez homogènes, elle comportent de nombreux biais statistiques et sont insuffisantes pour mesurer les plaintes et/ou accidents de travail consécutif à une agression.

Sur les quinze dernières années, on constate une progression des crimes et délits contre les personnes. En 2000, le taux de criminalité pour 1000 habitants était de 24,53 dans le Cantal et de 136,54 pour Paris, avec une moyenne nationale de 63,97. cinq départements français présentent un fort taux de criminalité, par ordre décroissant : Paris, les Alpes-Maritimes, la Seine Saint Denis, les Bouches du Rhône, le Val d'Oise.

Tableau n°37 : La criminalité et la délinquance constatées, en France de 1950 à 2000

année	Crimes et délits					Population en France (métropole)	Taux de criminalité pour 1000 hab.
	Vols y compris recels	Infractions économiques et financières	Crimes et délits contre les personnes	Autres infractions (dont stupéfiants)	total		
1950	187 496	43 335	58 356	285 102	574 289	41 828 873	13,73
1960	345 595	71 893	53 272	216 656	687 766	45 684 227	15,05
1970	690 899	71 893	53 272	116 540	1 135 621	50 772 227	22,37
1972	910 220	438 102	81 818	245 367	1 675 508	51 700 913	32,41
1980	1 624 547	531 588	102 195	369 178	2 627 508	53 731 387	48,90
1985	2 301 934	681 699	117 948	477 613	3 579 194	55 062 478	65,00
1990	2 305 600	551 810	134 352	500 950	3 492 712	56 614 493	61,69
1995	2 400 644	357 104	191 180	716 392	3 665 320	58 027 305	63,17
2000	2 334 696	352 164	254 514	830 475	3 771 849	58 746 500	64,21

Source : Ministère de l'intérieur, Direction Centrale de la Police Judiciaire – Ministère de la Défense, Direction Générale de la Gendarmerie Nationale : Aspects de la délinquance et de la criminalité constatées en France en 2000 par les services de polices et les unités de gendarmerie - 2001

Pour toutes les professions de santé réunies, et toutes les catégories de crimes et délits confondues, on observe que les infractions subies dans le cadre de l'exercice professionnel ne représentaient que 7,8% du total des infractions subies et déclarées par ces professionnels.

Les données d'accidentalité sont produites par les organismes gérant le risque : assurances, hôpitaux, CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Ainsi en 2000, sur les 15 908 480 salariés, la CNAMTS dénombrait 8710 accidents de travail suite à des violences sur le lieu de travail 649 accidents ayant entraînés une invalidité permanente, 17 décès, 405 579 journées de travail perdues. Mais ne sont ici prise en compte que les agressions ayant entraîné un arrêt de travail.

Les arrêts de travail constituent un risque plus important pour les professionnels de santé (2,2%) que pour l'ensemble des salariés du régime général (1,2%). Les autres séries disponibles éclairent ce constat. En 1999, dans les établissements publics, la fréquence des agressions diminue pour la première fois depuis de nombreuses années 28% contre 29% en 1998.

Les accidents du travail avec arrêt concernent actuellement 4,6% de l'effectif annuel. Il s'avère que la taille de l'établissement n'est pas discriminante de la fréquence des accidents du travail, et que les accidents dû au contact avec les malades agités représentent la 5^{ème} cause d'accident du travail et que les agressions les plus nombreuses se retrouvent le plus souvent en secteur de psychiatrique, dans les services d'urgences de médecine et de long séjour.

En libéral, les demandes de dispenses de tours de gardes sont parfois motivées par l'insécurité vécue ou ressentie par le professionnel demandeur. Dans certains cas le risque n'est pas douteux, même s'il est toujours relatif par lui-même et en fonction de la tolérance individuelle.

9.3.2.2 DONNEES SUR L'ACTIVITE LIBERALE

En ville, ce sont les pharmaciens officinaux et leurs employés qui forment le groupe le plus exposé aux agressions.

Une enquête récente, conduite par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes Statistiques (DARES), révèle que la sous-estimation des accidents du travail est proche de 8,5% : seulement un fait d'insultes sur 12 et un fait de menace sur 6 seraient déclarés.

Cependant la difficulté de chiffrer l'insécurité ne doit pas masquer sa réalité. L'insécurité, telle que décrite peut être ressentie sous deux aspects :

- préoccupation par un phénomène de société
- menaces personnelles ou des proches, collaborateurs et collègues

Elle est aussi vécue comme une entrave à l'exercice professionnel. En ville, les praticiens exerçant en groupe sont moins exposés que ceux qui exercent seul ou ceux qui sont amenés à se déplacer.

La sécurité des professionnels de santé se pose avec une acuité selon les zones géographiques, les conditions socio-économiques et l'environnement urbain des populations.

Les conditions d'exercice sont rendues plus difficiles dans certains quartiers plus sensibles en raison du climat de délinquance environnant.

La mission de l'IGAS, s'est rendue dans 7 départements franciliens et 6 métropoles régionales dont Nantes-Saint-Nazaire. De ces visites ont sortis quelques constats :

- le retrait des services de santé des quartiers difficiles est une réalité, il est la conséquence d'une stratégie d'évitement ou de fuite adoptée par les professionnels en rapport avec l'augmentation des manifestations de violence et de l'insécurité ressentie. Ce repli n'est cependant pas à considérer comme une solution de facilité prise par les professionnels, car l'abandon d'un cabinet est une épreuve humaine et professionnelle douloureuse, d'une part, c'est aussi une perte d'investissement qui représente un certain coût pour le professionnel. Le processus n'est pas irréversible, mais cette désertification rampante est déjà une réalité marquée dans certains quartiers difficiles.

- les premières mesures évoquées par les professionnels, sont des démarches de sécurisation du lieu de travail et le regroupement au sein d'une même structure.

- les visites dans les quartiers sensibles exposent au risque de malveillance et/ou d'agression. Bien que le risque réel ne soit pas avéré, le sentiment d'insécurité joue un rôle négatif pour le patient, sa prise en charge et la qualité de soins qu'il reçoit.

La permanence des soins n'est pas toujours assurée, avec une période de garde qui constitue une période à haut risque dans les zones sensibles.

Les actes d'agression graves sont assez peu nombreux, mais les actes de violences physiques et/ou verbales ainsi que les comportements agressifs sans compter les incivilités entraînent, chez les professionnels, une perte de confiance et de contrôle des personnes inexpérimentées ou non-préparées à ces phénomènes.

Tableau n°38 : Comparaison des accidents du travail survenus suites à des violences sur le lieu de travail (1999) entre l'ensemble du régime général et les professions de santé

année1999	Nombre de salariés (1)	Nombre d'accidents avec arrêt (2)	Nombre d'accidents avec IP (3)	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Somme des taux IP
Ensemble du régime général	15 908 480	8 710	649	17	405 579	7 585
Professions de santé	478 747	245	17	0	8 947	134

Hors accidents de trajet, (1) équivalent temps plein, (2) avec arrêt, incapacité temporaire totale, (3) incapacité partielle permanente

Source CNAMTS, Direction des Risques Professionnels

Tableau n°39 : Comparaison entre accidents du travail avec arrêts et accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail (1999) et en pourcentage

année1999	Nombre de salariés (1)	Nombre d'accidents avec arrêt (2)	Nombre d'accidents avec IP (3)	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Somme des taux IP
Ensemble du régime général	15 908 480	1,24%	1,43%	2,37%	1,44%	1,69%
Professions de santé	478 747	2,19%	2,21%	0	1,67%	2,21%

Hors accidents de trajet, (1) équivalent temps plein, (2) avec arrêt, incapacité temporaire totale, (3) incapacité partielle permanente

Source CNAMTS, Direction des Risques Professionnels

9.3.2.3 PROPOSITIONS

La conclusion de cette mission s'est faite par l'organisation de 56 propositions regroupées sous 7 rubriques, en ce qui concerne les médecins libéraux installés ou en voie d'installation :

Ainsi dans la deuxième rubrique « prévenir les phénomènes de violence et lutter contre l'insécurité » on note :

- rappeler aux professionnels que ceux qui travaillent seuls courent plus de risques
- envisager, dans les cas où le déplacement s'avère justifié, des modalités d'accompagnement du praticien en visite au domicile du patient
- favoriser l'insertion, l'implication et la participation des professions de santé et des établissements dans l'élaboration et le suivi de contrats locaux de sécurité
- développer la formation initiale et continue à la sécurité
- favoriser la pratique de stages extra-hospitaliers auprès des professionnels exerçant dans les quartiers sensibles, au cours des études et de la formation aux métiers de la santé.

Et dans la septième et dernière rubrique « améliorer l'exercice des professionnels de santé exerçant dans les quartiers sensibles et répondre aux besoins de santé de la population » on peut lire :

- éviter que les professionnels de santé ne cesse d'exercer leur activité dans les quartiers sensibles
- faire bénéficier de mesures de défiscalisation et d'exonération de charges patronales de sécurité sociale, les professionnels qui y exercent ou y créent des activités et leur donner la possibilité de réaliser des investissements pour sécuriser leurs lieux de travail
- recentrer, par exemple vers les quartiers sensibles, les dispositifs existants (PASS,...) et rendre plus cohérentes leur mise en œuvre.

Les violences dont les professionnels de santé sont victimes dans le cadre de leur exercice professionnel ne sont, le plus souvent, que l'expression, à leurs dépens, de la violence « ordinaire » à laquelle tout un chacun est soumis dans nos sociétés actuelles et notamment urbaines. Les violences à l'encontre des professionnels de santé sont un phénomène relativement récent excepté pour les pharmaciens d'officine et leurs employés, comme si la dimension humanitaire ou « sacrée » de leur mission les avait plus longtemps et davantage protégés.

Les violences mineures et les incivilités quotidiennes alimentent l'insécurité ressentie, exacerbant l'importance et la résonance des agressions plus graves.

On voit ici qu'en abordant la problématique du maillage médical du territoire sous un angle nouveau on aboutit à des propositions qui vont dans le même sens notamment en terme de promotion de l'exercice en groupe. Ceci se rapproche assez bien des attentes des résidents, d'autant plus que dans les questions ouvertes de l'enquête on peut relever à plusieurs reprises, la volonté des résidents de pouvoir mieux appréhender en pratique l'exercice en conditions « difficiles » et, d'apprendre à mieux prendre en charge des pathologies moins courantes à l'hôpital qui ont trait à tous les phénomènes d'exclusion ou de marginalisation.

Il est sans doute à signaler ici le rôle essentiel que peuvent jouer les collectivités locales en mettant en place tout les moyens de sécurisation possible notamment sur les extérieurs d'un cabinet.

Ces problèmes de sécurité et de sentiment d'insécurité ont pour conséquence actuelle la difficulté de trouver des remplaçants et des successeurs à la reprise des cabinets. En outre, ils ont également pour conséquence des difficultés pour la mise en place de la permanence des soins et des visites à domicile. Ces problèmes peuvent à l'extrême déboucher sur la démission pure et simple du professionnel, qui ferme son cabinet sans avoir de successeur. Cette fermeture représente pour les habitants du quartier une diminution de leurs accès aux soins et les fait avancer un pas de plus, avec la fermeture des autres services et commerces, vers la régression sociale de celui-ci.

9.3.3 LES CRITERES PERSONNELS

Le cadre de vie apparaît comme essentiel dans le choix du lieu d'installation. C'est ainsi que la région des études, l'accès aux services publics, culturels et commerciaux et les possibilités d'emploi pour le conjoint apparaissent comme les principaux déterminants du lieu d'installation, ce qui pénalise les zones rurales et périurbaines défavorisées. Une étude réalisée en 2001 par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie de Basse-Normandie auprès de jeunes médecins montre l'importance des déterminants extra- professionnels : 70% de ces derniers accordent une importance prioritaire à leur futur cadre de vie. A *contrario*, la difficulté pour le conjoint d'avoir un exercice professionnel satisfaisant (critère déterminant pour 27% d'entre eux) apparaît comme l'un des principaux freins à l'installation en milieu rural et se révèle plus important pour les 30-40 ans et les femmes.

70% des omnipraticiens s'installent ainsi dans leur région de formation, même si de fortes disparités sont constatées entre les régions. 84% des médecins diplômés en Provence Alpes Côte d'Azur s'y installent contre 62% seulement pour la région Centre. Cette prégnance de la région de formation peut s'expliquer par la connaissance des conditions d'exercice proposées, par la constitution de réseaux professionnels et par l'accès facilité aux différents services médicaux.

Cependant, les différences de répartition se situant au niveau infra régional, cette implantation ne résout pas les problèmes de proximité d'accès aux soins. En effet, les jeunes praticiens tendent à s'installer à proximité des facultés de médecine et, en Ile de France, 47,8 % des médecins font de cette proximité du lieu d'études un argument d'installation.

En outre, compte tenu de l'implantation du lieu de formation au centre des grandes villes, les jeunes médecins, souvent eux même issus des centres urbains, adoptent ou souhaitent conserver des styles de vie citadins et continuer à bénéficier du tissu social et commercial. Les étudiants et les jeunes médecins interrogés dans le cadre de la mission, ont unanimement insisté sur l'importance des services publics et autres auxquels ils veulent avoir accès, comme la majorité des jeunes adultes. Du fait de la féminisation des professions médicales, la possibilité de disposer à proximité de l'ensemble des services scolaires et universitaires s'avère également être un facteur important dans le choix du lieu d'installation.

Tableau n°40 : Critères d'installation a priori et a posteriori

Critère	% de jeunes médecins	
	Critère a priori	Critère a posteriori
Eléments d'ordre personnel	81	64
Rachat de cabinet	39	23
Résultat d'une étude de marché	21	19
Proximité d'un hôpital	25	9

Source CSDM 1999

Ce que nous montre ce tableau, bien qu'il ne tienne pas seulement compte de la volonté et des critères émis par les résidents, c'est que la hiérarchie des critères de choix en matière d'installation est conservée malgré un émoussement de la prépondérance de ces derniers.

En ce sens les rapports de Messieurs BERLAND et DESCOURS signalent la nécessité de regrouper les acteurs de soins au sein de « maisons médicales », abritant généralistes, spécialistes et, le cas échéant les autres professionnels de santé. Ces regroupements doivent être envisagés avec tout l'appui administratif et logistique nécessaire au bon exercice de ces professionnels : accueil, secrétariat, informatique et moyens de communication moderne afin d'établir des liens avec des établissements hospitaliers de proximité ou de référence, et, enfin, une aide à la prise en charge sociale de ces patients. Ces aides devront être suffisamment significatives pour encourager dans les délais les plus brefs possibles les installations en zones démographiquement les plus faibles en vue d'améliorer le maillage médical du territoire pour une offre de soins mieux répartie. Cet objectif est double : favoriser les installations de nouveaux praticiens et surtout éviter le départ de ceux qui sont déjà sur le terrain et souffrent de la charge de travail.

En effet, si les professionnels de santé redoutent de s'installer en zone rurale, c'est avant tout par crainte d'un exercice isolé et éloigné des centres hospitaliers. Selon l'étude menée par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie en Basse-Normandie en 2001, l'accès aux établissements de santé est un critère déterminant dans l'installation pour 49% des jeunes médecins. Cette même étude révèle également l'aspiration des jeunes médecins à une organisation professionnelle structurée qu'elle soit en groupe (26% des répondants) ou en réseau (8%).

Ils craignent par ailleurs la lourdeur de la charge de travail, la difficulté à trouver un remplaçant et la multiplication des permanences qui caractérisent les zones peu denses en professionnels de santé. Ainsi en Basse-Normandie, 36% des médecins des cantons ruraux interrogés par l'union régionale des caisses d'assurance-maladie contre 26% de ceux des cantons urbains, ressentent comme une entrave à leur exercice la forte charge de l'activité. De même, la difficulté à trouver des remplaçants constitue un frein pour 68% des médecins des cantons ruraux contre 44% de ceux exerçant dans les cantons urbains. Enfin, les gardes pèsent plus en zone rurale qu'en zone urbaine puisque 40% des praticiens ruraux s'en plaignent contre seulement 26% de leurs confrères urbains.

Ensuite, la nature très spécialisée de la formation et l'éloignement géographique du centre hospitalier universitaire pour le jeune médecin installé en zone rurale peut conduire ces derniers à ressentir la pratique professionnelle dans ces zones à la fois comme dévalorisée et paradoxalement comme trop responsabilisante.

Enfin, les jeunes médecins craignent avec l'exercice en milieu rural ou en milieu urbain sensible d'avoir à assumer des responsabilités auxquelles leur formation initiale ne les a pas préparés.

9.3.4 LES REVENUS

La question des revenus est rapidement apparue comme secondaire, même s'il existe des différences entre les professions. En effet, un médecin généraliste installé en zone rurale gagne autant, voire plus, que son confrère exerçant en zone urbaine. Ainsi, selon la DREES, les omnipraticiens et les masseurs kinésithérapeutes perçoivent des revenus supérieurs d'environ 10% à la moyenne dans les espaces à dominante rurale ou les petites unités urbaines.

En outre, plusieurs études ont été réalisées, à l'échelon national et dans différentes régions concluant toutes que la décision d'installation n'est pas motivée par les revenus anticipés. Ainsi, en Ile de France, seuls 0,9% des médecins ayant répondu à l'enquête de l'union régionale des caisses d'assurance - maladie se sont installés pour des raisons d'opportunité financière. En Basse Normandie, la motivation financière n'est pas retenue comme un critère déterminant dans le choix d'une installation.

Enfin, le lieu d'implantation doit offrir de réelles opportunités de travail pour le conjoint. En effet, une étude du centre de sociologie et de démographie médicale montre la place prépondérante dans le choix du lieu d'installation de la possibilité pour le conjoint d'avoir une activité professionnelle. Ce critère est ainsi considéré comme prioritaire par 48,6% des femmes, et 31,9% des hommes.

Par ailleurs, comme nous avons pu le voir auparavant, 54% des jeunes médecins ont un conjoint entrant dans la catégorie socioprofessionnelle des cadres supérieurs. Ainsi, même si le revenu du praticien est plus élevé en zone rurale, il reste inférieur aux deux revenus, dont bénéficieraient en ville ce médecin et son conjoint.

9.4 PROPOSITIONS D'AIDES A L'INSTALLATION POUR AMELIORER LA REPARTITION DES MEDECINS SUR LE TERRITOIRE

Les mesures incitatives apparaissent plus efficaces et plus consensuelles que des mesures réglementaires, quelle que soit la nature de ces incitations. En effet, elles permettent d'encourager les comportements vertueux de répartition des professionnels de santé et, constitue une stratégie « *gagnant/gagnant* », tant pour les pouvoirs publics et les financeurs, que pour les professionnels de santé et, au final, les patients.

Les exemples étrangers montrent les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des tentatives de régulation impératives. Le Royaume-Uni depuis 1945 et l'Allemagne depuis 1993, par exemple, connaissent un tel système

L'article 39 de la loi de finances de la sécurité sociale 2002 prévoit des primes à l'installation pour les professionnels de santé dans les zones déficitaires. Deux projets de décrets d'application sont en cours d'élaboration :

- pour le premier, à la détermination de zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation
- pour le second, aux contreparties de l'exercice dans ces zones, sont en cours d'élaboration.

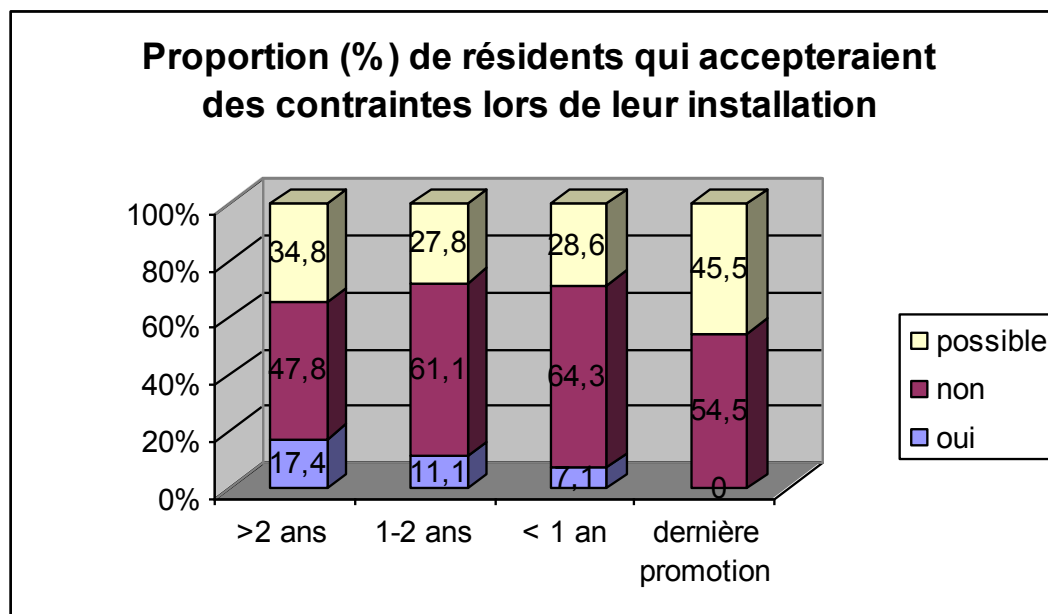
Si ces aides à l'installation ne permettent pas de résoudre dans sa globalité le problème de la répartition géographique des professionnels libéraux sur le territoire, elles peuvent en influencer certains lors de leur choix d'installation et sont, de toute façon, attendues.

En outre, ces mesures, loin de s'opposer à une éventuelle autorégulation, pourraient également constituer autant de leviers d'actions complémentaires.

En effet, tout comme au niveau national, on peut constater au niveau local que ces mesures incitatives à l'installation concernent qu'une petite partie des résidents issus de la faculté de médecine de Nantes.

Une prime semble ne devoir avoir qu'un effet probablement très limité, du fait de son faible montant et de son caractère non pérenne, et ce, même si le projet de décret relatif aux contreparties de l'attribution des aides à l'installation prévoit une obligation de demeurer dans une zone déficitaire pendant cinq ans. Il semble peu concevable de transformer les résidents en « chasseurs de primes » et se limiter à une récompense pour bonne volonté apparaît comme très insuffisant pour modifier les comportements à l'installation et les inciter à revoir leurs projets de carrières.

Histogramme n°8 :



9.4.1 EXONERATION ET AVANTAGES FISCAUX

Des dispositifs d'exonération existent, qu'il faut rendre plus performants, tout en instaurant de nouvelles mesures, ciblées et efficaces.

L'impact de ces mesures sera d'autant plus grand qu'elles seront mises en œuvre dans un cadre contractuel. Le professionnel de santé souhaitant en bénéficier, devra s'engager à exercer, pour une période donnée, sur un territoire défini comme déficitaire.

9.4.1.1 BILAN DE L'EXISTANT

De nombreux dispositifs existent et reposent sur un zonage multiforme, urbain et rural. Les zones franches urbaines sont concernées par le dispositif le plus connu. Quarante zones ont été créées par la loi 96-987 du 14 novembre 1996, et quarante et une zones nouvelles le seront prochainement. Ces zones permettent à tous les professionnels, et donc aux professionnels de santé libéraux de bénéficier des exonérations fiscales et sociales qui y sont attachées :

- exonération d'impôt sur le revenu (IR), sur les bénéfices non commerciaux ou sur les sociétés (IS), pendant cinq ans. Les bénéfices sont soumis à l'IR ou à l'IS à hauteur de 40% à 80%, étalés dans le temps.
- les professionnels de santé libéraux installés dans ces zones franches bénéficient également d'une exonération des cotisations maladie et maternité.
- s'ils sont employeurs, ils bénéficient également d'une exonération sur les cotisations patronales. Il pourrait être demandé à la direction de la législation fiscale un bilan de l'effet des zones franches quant à l'installation des professionnels libéraux.

Actuellement, l'article L 162-5-11 dispose que les caisses prennent en charge une partie des cotisations d'assurance vieillesse, de cotisations familiales et de cotisations maladie maternité dues par les médecins généralistes et spécialistes de secteur 1, quel que soit leur lieu d'implantation.

La part de l'assurance vieillesse, prise en charge par les caisses est aujourd'hui de deux tiers pour les médecins généralistes et de 56,7% pour les spécialistes, la différence s'expliquant par l'absence de convention spécifique avec les spécialistes.

S'agissant des prestations familiales, le taux de cotisation pour les praticiens en secteur I est le suivant :

Tableau n°41 : Cotisations sociales à la charge des praticiens selon l'activité

	Généralistes	Spécialistes
A la charge du médecin	0,4% sous le plafond sécurité sociale 2,5% sur le montant supérieur du plafond	1,1% sur l'intégration des revenus 1,8% sur le montant supérieur au plafond
A la charge de l'assurance-maladie	5% sous le plafond sécurité sociale 2,9% sur l'intégralité	1,8% sous plafond sécurité sociale 2,5% sur l'intégralité

Enfin, s'agissant des cotisations maladie- maternité, le taux de cotisation à charge de l'assurance maladie est de 9,7% pour les généralistes et 8,2 % pour les spécialistes, et, à charge des médecins : 0,11% pour les généralistes et 1,61% pour les spécialistes.

Il pourrait être envisagé de moduler, à la hausse comme à la baisse, la part prise en charge par les caisses en fonction de la zone où s'installent les professionnels. Le critère territorial retenu pourrait être celui prévu à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002.

Sous réserve d'une expertise juridique plus fine. Sachant qu'une telle mesure, dont l'impact auprès des professionnels reste à déterminer, pourrait être prise dans le cadre réglementaire.

9.4.1.2 LES NOUVELLES PISTES D'EXONERATION

La possibilité pourrait être donnée aux collectivités locales, situées dans les zones déficitaires mentionnées à l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale 2002, de voter une exonération de taxe professionnelle pour les professionnels de santé s'y installant et, le cas échéant, pour ceux déjà présents dans ces zones. Une telle mesure, pour être efficace, devrait être au moins partiellement compensée par le budget de l'Etat. Une étude d'impact devra être menée sachant que les médecins s'acquittent de 2000 à 3000 euros de taxe professionnelle annuelle.

Il pourrait également être envisagé, sur ces mêmes zones, une exonération partielle d'impôt sur le revenu ou sur les bénéfices non commerciaux qui pourrait se traduire par exemple, par une exonération sur les quinze mille premiers euros gagnés, le montant devant être suffisamment élevé pour être incitatif. En effet, les mesures fiscales ne sont efficaces que dans la mesure où l'élasticité au revenu est forte et où la hausse du revenu anticipé est significative. Ainsi, pour être réellement efficace, cette exonération devra être importante. Elle aura un effet réel sur la répartition géographique des professionnels de santé que si elle s'applique à la fois aux professionnels s'installant dans ces zones déficitaires et à ceux déjà installés afin de les encourager à s'y maintenir.

Enfin, dans le cadre du développement des cabinets de groupe, la récupération de la taxe sur la valeur ajoutée pourrait être offerte aux collectivités locales achetant les locaux et les mettant à la disposition des professionnels de santé. Toutefois, il est d'ores et déjà possible pour une collectivité locale, de confier à une société d'économie mixte d'aménagement la maîtrise d'œuvre des cabinets ainsi aidés, ce qui permet de récupérer cet impôt.

9.4.1.3 LES DEPLACEMENTS

Une réflexion sur les transports doit être menée en parallèle sur l'organisation des transports des consultants ou sur celle des visites à domicile. L'exercice de groupe, reposant sur un bassin de population important, peut desservir un territoire aux distances kilométriques importantes. Ce constat met en lumière un paradoxe entre la recherche de proximité et le regroupement de professionnels.

En effet, s'il faut préserver le déplacement des professionnels de santé au domicile des patients immobilisés ou difficilement transportables, notamment pour les infirmiers, la pénurie médicale justifie également que le patient se déplace autant que possible dans les maisons médicales. Dans cette optique, un assouplissement des conditions de remboursement des frais de transports pourrait être envisagé.

Il pourrait également être envisagé d'augmenter le plafond d'amortissement déductible pour les véhicules des professionnels de santé installés dans les zones difficiles d'accès, celles où les médecins se déplacent davantage en raison de l'âge élevé des patients et de l'éloignement de ces derniers. Ce plafond, actuellement de 18300 euros, pourrait facilement augmenter puisque cette limitation de déduction ne concerne déjà pas, les taxis, les auto-écoles et les ambulanciers. S'agissant du financement ou de l'aide au financement des cabinets par les collectivités locales, il devrait être juridiquement sécurisé. Outre le risque de contentieux pour concurrence déloyale qu'un professionnel non aidé par la collectivité locale pourrait engager, les chambres régionales des comptes pourraient constater l'existence d'avantages indus nés de l'utilisation de biens publics pour des intérêts privés. Par ailleurs, elles pourraient estimer que les dépenses, ici à la charge des collectivités locales, sont des dépenses relevant de l'assurance maladie puisque les frais de fonctionnement et d'investissement du cabinet sont inclus dans les honoraires versés aux médecins.

9.4.1.4 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES MESURES FISCALES

Le premier avantage des mesures d'exonération fiscale est qu'elles ont la faveur des professionnels libéraux, mais aussi, dans la mesure où elles sont compensées par l'Etat, des collectivités locales.

Ensuite, elles ont pour atout d'être réellement incitatives et de pouvoir être rapidement mises en œuvre.

Enfin, l'efficacité des exonérations fiscales et de charges sociales présente le double avantage, premièrement sur les dispositifs réglementaires et deuxièmement sur les aides versées sous forme de subvention afin de valoriser les comportements vertueux, en l'occurrence de répartition des professionnels de santé et de pouvoir être évaluée *a posteriori*.

Par ailleurs, pour endiguer le risque d'*effet d'aubaine*, l'attribution des aides, allègements ou exonérations fiscales et sociales doit s'effectuer non seulement sur la base de critères d'éligibilité mais encore sur la pertinence du projet bénéficiaire au regard des besoins réels du territoire. Un tel cadre contractuel permettrait donc de faire correspondre le nombre d'installations avec les besoins de la population

En somme, pour donner aux incitations fiscales leur pleine efficacité, le zonage doit être défini sous l'autorité de l'Etat, avec tous les acteurs concernés, à l'échelon régional, départemental ou intercommunal, sur la base de critères nationaux. La procédure contractuelle en permettant de faire précéder le zonage d'une phase de négociation avec les acteurs locaux contribuerait à mobiliser les énergies locales, et, déboucherait sur un diagnostic partagé répondant aux besoins de la population.

Au total, la détermination de territoires déficitaires pour les professionnels de santé, doit être menée de manière concertée, à l'échelon local, en poursuivant un nombre d'objectifs réduits, en ciblant un petit nombre de surfaces et en proposant un niveau d'aides suffisamment élevé, privilégiant les cofinancements et prévoyant l'évaluation de leurs effets.

En revanche toutes ces mesures ne s'intéressent qu'aux aspects financiers de l'exercice et de l'installation des praticiens. On voit combien il est facile d'envisager des aides financières mais il ne semble pas que ce soit là que se situent les attentes des résidents comme on peut le voir en s'attardant sur les tableaux suivants.

Tableau n°42 : Proportion de résidents nantais souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale classique selon l'ancienneté

Ancienneté	Désir d'exercer une autre profession	Pas de désir d'exercer une autre profession
>2 ans	9 (17.6%)	42 (82.4%)
1-2 ans	12 (25.5%)	35 (74.5%)
<1 an	8 (25%)	24 (75%)
Pas fini	18 (43.9%)	23 (56.1%)

Différence significative (chi 2 p=0.042)

Tableau n°43 : Proportion de résidents nantais des anciennes promotions exerçant une autre profession que la médecine générale libérale classique

Anciennes promotions (n=145)		
	effectif	%
Exercice d'une autre profession	36	25.5
Raison d'horaires	5	13.8
Raison de rémunération	4	11.1

Tableau n°44 : Proportion de résidents nantais de la dernière promotion souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale libérale classique

Dernière promotion (n=34)			
	n	effectif	%
Souhait d'exercer une autre profession que « la médecine générale classique »	25	16	64
Raison d'horaires	13	11	84.6
Raison de rémunération	13	2	15.4

Nous pouvons alors constater qu'il existe une différence significative entre le désir d'exercer une autre profession de la dernière promotion de généralistes (64%) et l'exercice d'une autre profession par les anciennes promotions (25.5%) (χ^2 $p < 10^{-3}$).

Cette différence significative entre les 2 groupes explique probablement une partie des raisons du refus de l'absence d'horaires engendrées par une activité libérale : 84,6 % des généralistes de la dernière promotion, parmi les 64% qui souhaitent exercer une autre profession, évoque la possibilité d'exercer une autre profession à cause des horaires.

C'est plus sur les critères de qualité d'exercice et de vie personnelle que les résidents argumentent leur décision. En effet, le fait de travailler avec des horaires précis permet de prendre des engagements par ailleurs et de pouvoir les honorer.

9.4.2 MODULER LES REMUNERATIONS

Actuellement, la valeur des consultations ou des visites, est la même quelles que soient les contraintes techniques ou matérielles qui pèsent sur les praticiens, telles que les difficultés d'accès.

Les contraintes d'exercice étant plus élevées dans les zones rurales ou urbaines défavorisées, il pourrait être envisagé de majorer le tarif des consultations ou/et des visites dans ces zones à l'image de ce qui existe au Québec. Depuis 1982, la loi 27 a instauré dans cette province et pour les trois premières années d'exercice des médecins, des niveaux de tarifs différents en fonction des zones où ils s'installent. Ainsi, les praticiens exerçant dans une *région éloignée* ou *isolée* bénéficient d'un tarif majoré à 115% pour les généralistes et 120 % pour les spécialistes. A l'origine la loi avait également prévu que les médecins installés dans une *région universitaire* percevraient seulement 70% du tarif, mais cette disposition, controversée, a été annulée par le juge constitutionnel québécois en novembre 2002.

La critique faite, en France, à ce genre de mécanisme est que la lettre clef rémunère un acte intellectuel et que cet acte n'est pas différent selon le lieu d'exercice. Cependant, la lettre clef est censée couvrir l'ensemble des charges inhérentes à l'exercice médical ou à l'acte de soins et celle-ci pourrait donc être modulée selon le lieu d'exercice et l'intérêt général pour la communauté. Elle pourrait en outre, à l'exemple du Québec, être réservée aux premières années d'exercice ou inversement couvrir l'ensemble de la carrière effectuée dans les zones déficitaires. Cette dernière hypothèse semble plus juste dans la mesure où l'on cherche à moduler la rémunération en fonction de la difficulté d'exercice et des besoins de la population.

Si la modulation de la rémunération des consultations et des actes s'avère délicate, les aides peuvent prendre la forme de forfaits versés aux professionnels de santé en contrepartie d'un exercice dans ces zones, et, en complément des paiements à l'acte. Cette rémunération au cabinet viserait à compenser les inconvénients de l'activité dans de telles zones.

Toutefois, dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, il peut être envisagé une distinction, dans la rémunération, entre les missions d'intérêt général et l'activité purement libérale. Cette dernière continuerait à être rémunérée à l'acte, tandis qu'un forfait prendrait en charge toutes les missions d'intérêt général, telles que la permanence des soins ou l'exercice dans des zones déficitaires. Une telle séparation entre les missions de service public et l'activité libérale existe déjà pour d'autres professions libérales, telles que les avocats, les notaires ou les vétérinaires.

Cette mesure semble difficile à mettre en œuvre pour l'Etat car elle repose sur les négociations conventionnelles entre les partenaires. Elle peut cependant faire l'objet d'une discussion dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

On peut rappeler que ce n'est pas essentiellement pour une raison de revenus que les résidents expriment le souhait d'exercer une autre profession. L'intérêt d'une telle réflexion réside dans le fait qu'elle pourrait être l'occasion de redéfinir la place des professionnels de santé libéraux dans l'offre de soins et, plus globalement, dans la société.

Rappelons que seuls 11 % des généralistes des anciennes promotions qui exercent une autre profession le font pour des raisons de l'existence d'horaires. Pour ce qui est des plus jeunes résidents issus de la faculté de médecine de Nantes, cela ne serait la motivation que de 15% de ceux qui ont l'intention d'exercer une autre profession que la médecine générale de cabinet.

9.4.3 VALORISER LE ROLE DES COLLECTIVITES LOCALES

De nombreux élus locaux ont pris des initiatives notamment pour favoriser l'installation en engageant des programmes d'investissement de réhabilitation de bâtiments communaux locaux ou en octroyant certains avantages aux jeunes médecins à la recherche d'une première installation, afin de favoriser l'accueil de nouveaux praticiens. Il convient aujourd'hui de valoriser et d'accompagner ces initiatives locales, qui permettent d'améliorer à la fois les conditions de vie matérielles et les conditions d'exercice des médecins dans les zones déficitaires.

9.4.3.1 PROJETS LEGISLATIFS

Deux propositions de loi ont été enregistrées cette année au Parlement, la première à la présidence du Sénat le 10 janvier 2003, la seconde à la présidence de l'Assemblée Nationale, le 10 avril 2003, mettant en évidence l'importance de ce sujet pour les élus locaux et nationaux.

La proposition de loi déposée au Sénat ne remet pas en cause la liberté d'installation et s'appuie sur un mélange de mesures existantes et à créer. Elle définit un contrat d'objectif entre l'Etat et les médecins, reposant sur les outils incitatifs à l'installation, des dégrèvements fiscaux ainsi qu'un engagement de la part du médecin d'exercer dans la zone déficitaire durant six années. En outre, elle inscrit dans la loi d'aménagement du territoire, l'obligation pour l'Etat de créer des « maisons de santé » ou des services privés d'utilité publique.

La proposition de loi déposée à l'Assemblée Nationale et relative à la régulation de la démographie médicale et à l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire, prévoit la mise en place d'un *numerus clausus* à l'installation des médecins, à l'instar du dispositif en vigueur pour les officines de pharmacie, afin de réduire les écarts de densité que l'on constate aujourd'hui sur le territoire. Cette mesure s'accompagne de mesures incitatives, par l'octroi d'aides au profit des médecins généralistes s'installant en zone rurale. Elle pose également le principe de la détermination du nombre et de la répartition des étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine au-delà de la première année, doivent être fonction des évolutions prévisibles de la démographie médicale et des besoins de santé de la population.

Au-delà de ces deux propositions de loi, les associations d'élus se mobilisent fortement sur la problématique de la désertification sanitaire. C'était, par exemple, le sujet de l'assemblée de l'association des maires ruraux en 2002. En outre, les élus locaux ont des attentes en la matière et font preuve d'initiatives intéressantes, nombreuses et originales.

La loi proposée à l'Assemblée Nationale est hautement polémique car elle fait apparaître la possibilité d'une coercition déguisée par l'instauration d'un *numerus clausus* à l'installation sous le prétexte de la mise en place d'une carte sanitaire, on se rapprocherait là du NHS anglais. On peut aussi entrevoir la perspective d'un conventionnement sélectif selon le lieu d'installation à l'instar de ce qui se pratique en Allemagne²⁹

Ainsi, certains syndicats de médecins libéraux, certains organismes d'assurance maladie (CANAM) et experts (DATAR) suggèrent, à long terme, l'instauration d'un régime d'autorisations administratives pour les cabinets.

Il faut rappeler ici que seul 20% des résidents issus de la faculté de médecine de Nantes sont prêts à accepter de telles contraintes et plus de 55% toutes promotions confondues s'oppose à ce régime de contraintes à l'installation. Le risque de ce type de mesure serait de voir un nombre conséquent de praticiens qui ne s'installerait pas et s'inscrirait dans une professionnalisation du remplacement voire d'une réorientation vers d'autres types d'activités³⁰. Dans ces conditions il semble difficile de mettre en place ces mesures qui seraient, au total, préjudiciables tant pour les médecins que pour les patients, les pouvoirs publics auraient ainsi tout à perdre à s'inscrire dans de telles orientations politiques.

9.4.3.2 ACTIONS LOCALES

Les initiatives des collectivités locales visant à aider à l'investissement de cabinets pluri-professionnels et pluridisciplinaires doivent être encouragées. Ces financements permettent une diminution des charges des professionnels de santé et facilitent leur venue sans les lier dans la zone déficitaire pour l'ensemble de sa carrière. Les professionnels y travaillant ne relèveront pas uniquement du statut libéral mais pourront également être salariés.

²⁹ Voir annexe 9

³⁰ Voir graphique 3 et tableau 11

Cependant, afin d'éviter, d'une part, une concurrence entre les communes qui nuirait à l'efficacité de telles initiatives et d'assurer, d'autre part, la viabilité de ces cabinets de groupe, les réflexions doivent être menées sur un bassin de population suffisamment important et si possible reposer sur les intercommunalités existantes.

Il serait contre-productif de faire peser la totalité des dépenses sur une seule commune, les communes concernées ayant souvent peu de moyens propres. Ces dernières ne peuvent donc pas, et ne doivent pas, financer seules de telles mesures.

Des subventions de l'Etat, des collectivités locales ou de l'assurance maladie pourraient alors être prévues pour aider ces collectivités à investir et jouer un effet de levier, notamment en faveur de l'exercice collectif.

Dans les communes de moins de deux mille habitants, les conseils municipaux peuvent exonérer de taxe professionnelle les médecins et auxiliaires médicaux (article 1464 D du code général des Impôts). Cette exonération est de deux ans à partir de leur installation. En outre, les délibérations d'exonérations prises par les groupements de communes à fiscalité propre, le département ou la région s'appliquent pour leur part de taxe professionnelle, dans les communes de moins de 2000 habitants dans leur ressort géographique. Ce dispositif, soit parce qu'il est peu adapté ou mal connu a été peu utilisé, comme l'a souligné la direction générale de la législation fiscale. Ainsi, en 2001, seules 1650 communes, ont voté une telle exonération. Toutefois, le cadre juridique existe et pourrait être aménagé pour concerner l'ensemble des zones considérées comme déficitaires. Il est à noter, notamment dans la perspective du développement d'un exercice collectif que le plafond actuel paraît insuffisant et mal adapté.

Enfin, les collectivités locales ont sur les zones franches, mais également sur les territoires ruraux de développement prioritaire et les zones de redynamisation urbaine la possibilité d'exonérer du paiement de la taxe foncière pendant deux ans, suivant la création du cabinet.

CONCLUSION

Au sortir de cette étude quelles sont les conclusions que l'on peut se permettre ?

Nous avons vu que les choix et aspirations des étudiants s'engageant en médecine ont évolués parallèlement à l'évolution de la société dont ils sont membres. Ces étudiants sont soumis à des obstacles de sélection, passages obligés, au cours de leur cursus. Selon le milieu social dont ils sont issus, le type de baccalauréat qu'ils ont obtenus, leur âge, leur sexe, les informations qu'ils détiennent sur l'organisation du système qu'ils intègrent et leurs performances au cours des deux premiers cycles des études médicales, ils n'ont pas tous les mêmes chances de réussite ni les mêmes opportunités de carrières.

Le *numerus clausus* et le concours de l'internat, mis en place respectivement en 1971 et 1984, soumettent les étudiants à une problématique de choix binaire qui les suivra toutes leurs études. De ces deux caps, découle une hiérarchie entre la médecine de spécialité qui incarne l'excellence, et la médecine générale qui constitue, pour beaucoup, un pis-aller voire le purgatoire pour les déçus de l'internat. Cette hiérarchie existe aussi bien entre les spécialités. La « Réussite » la « Reconnaissance » d'un étudiant par ces pairs passe par la place qu'il occupe au sein de ces hiérarchies hospitalo-universitaire.

C'est cette même prévalence universitaire qui a pendant longtemps conditionnée les ouvertures ou fermetures de postes de formation pour les internes en répondant, le plus souvent, à une logique de fonctionnement de service, dans l'ignorance totale voire le mépris du secteur ambulatoire. Jusqu'en 1984, ce mépris hospitalo-universitaire n'avait finalement que peu de conséquences pour les spécialistes de ville qui pouvaient alors adapter leurs effectifs par le biais des CES qui ont été enterrés par l'avènement de l'internat.

Le *numerus clausus* a vu son effectif s'étriquer à la faveur d'une politique de limitation des dépenses de santé, menée en réponse à une inflation considérable du nombre de médecin, afin de limiter l'offre.

L'internat de son côté, sensé résoudre tous les problèmes de répartition des effectifs des spécialistes se solde, a posteriori, par un échec. En organisant les « grandes migrations » en fin de deuxième cycle, à la faveur de la réussite de l'internat qui conditionne le choix de la ville de formation et de la spécialité envisagée, déracine les internes qui s'installent moins que leurs aînés dans la région d'obtention du diplôme. Ceci n'est, en revanche, pas vrai pour les résidents qui conservent leur habitudes d'installation dans leur région d'origine, mais ces derniers n'ont pas du changer de région pour effectuer leur troisième cycle... Que va-t-il alors se passer après 2004, avec la mise en place de l'examen national classant qui s'appliquera aussi bien aux internes de spécialité qu'aux résidents.

Les actions conjointes de ces deux concours a fait changer le profil des étudiants prétendants aux études de médecine, ainsi que celui de ceux qui suivent cette formation après la réussite du PCEM1. Les femmes sont désormais majoritaires dans les facultés et chez les praticiens de moins de 35 ans.

Dans un contexte d'accroissement de l'activité médicale pour faire face à une demande croissante d'une population en inflation démographique et vieillissante, de surcroît empreinte, désormais, d'une culture consumériste du soin, la féminisation avec une plus grande part d'exercice à temps partiels et une activité hebdomadaire moindre pose le problème d'une diminution de l'offre.

L'effet de la féminisation ne s'arrête pas là, elle a eu un effet catalyseur sur l'ensemble de la profession en ce qui concerne la possibilité et la volonté de l'ensemble du corps médical à une meilleure qualité de vie qui s'inscrit en complète adéquation avec les aspirations de la société dans laquelle ils vivent. Ces mutations touchent aussi bien le secteur hospitalier que le secteur ambulatoire.

L'exercice libéral est en pleine mutation et le remplacement semble devoir être la règle en terme d'entrée en activité tout au moins pour la médecine générale. Le monde médical souffre d'une spécialisation croissante qui effraie certains jeunes praticiens qui ne se sentent pas, alors, les compétences nécessaires pour un exercice qui requière des compétences larges et réellement généralistes. Au total, on assiste à un recul de l'âge d'installation sous l'action conjointe de l'allongement de la durée des études et de la « peur » de l'exercice ambulatoire largement entretenu par une formation initiale hospitalo-centrée.

Un des éléments qui peut expliquer la difficulté des zones rurales à attirer un médecin réside très probablement dans le fait que la majorité des conjoints des médecins ont, désormais, une profession souvent de haute technicité qui impose la proximité de centres urbains. De plus, du fait de leur profession les conjoints des médecins peuvent être soumis à des mutations tant professionnelles que géographiques qui interdisent tout investissement à long terme dans une structure comme un cabinet et encore moins en milieu rural. Dans ce type de situation la possibilité d'être salarié semble devoir être une alternative satisfaisante et on attend donc rapidement les dispositions réglementaires s'y rapportant, et notamment la réécriture du code de déontologie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

En milieu urbain la plupart des patients n'ont pas de médecins de famille, notamment les jeunes, et procèdent par des demandes de soins ponctuelles, immédiates en adéquation avec leurs horaires. Ce type de demandes induit des conséquences en terme de prise en charge de ces patients avec le retentissement que l'on connaît sur les structures d'accueil. On comprend alors aisément que, dans cette situation, l'on propose la création de maison médicale de garde qui viendrait renforcer le dispositif dans le cadre de cette activité.

Bien que lors de son dernier rapport l'Organisation Mondiale de la Santé ait placé le système de soins français en tête du « hit parade » des systèmes de soins, on peut voir qu'il souffre comme tous ses « concurrents » de dysfonctionnement qui vont se stigmatiser avec le profil démographique qui est le sien si on ne trouve pas d'alternatives.

Au risque d'être nombriliste, la région des Pays de la Loire n'a pas une démographie médicale des plus favorables. En effet, la région occupe le 8^{ème} rang national en terme de population, mais seulement le 16^{ème} en terme de densité médicale avec une répartition des médecins par tranche d'âge qui n'est pas plus favorable que ce qui est communément décrits au niveau national. D'autre part, l'enquête menée localement auprès des résidents issus de la faculté de médecine de Nantes stigmatise les attentes des résidents en termes de souhaits d'exercice et de vie personnelle.

On conçoit aisément, alors, la difficulté de faire coïncider ces souhaits avec les attentes des professionnels sur le terrain qui croule sous la charge de travail et avec les attentes de la population en terme de leur prise en charge médicale.

A défaut de trouver un type d'activité leur permettant de conjuguer vie privée et vie professionnelle, ils cherchent alors à s'associer, formule qui leur permet en n'étant pas seuls au sein d'un cabinet de pouvoir prendre du temps pour leur vie de famille, et dans un bon nombre de cas ils occupent des postes salariés qui, à défaut de rémunération conséquente, leur assure des horaires. Là encore le statut de collaborateur salarié pourrait être une bonne formule d'entrée sur le marché du travail.

Le risque principal réside dans le fait que si les jeunes généralistes n'exercent pas à l'issue de leur formation initiale, alors que bien souvent il n'ont pas une confiance absolue en eux-mêmes et en leurs connaissances, au terme d'un certain laps de temps, se jugeant alors incompetents, il renoncent définitivement à exercer et changeront d'activité ou n'en auront pas du tout.

Au vu des propositions qui ont été formulées, il semble que les pouvoirs publics comme à leur habitude ont considéré le problème de leur point de vue en formulant des propositions qui vont dans le sens du contentement de la population en visant à améliorer la répartition des médecins sur le territoire. La seule dimension prise en compte, et la seule qui ait amené des propositions réside sur le plan financier et l'amélioration de l'efficacité du corps médical : aides financières à l'installation, aides au fonctionnement, amélioration des conditions d'exercice, avantages fiscaux en zones « prioritaires », aides aux regroupement des professionnels, et récemment dans un rapport d'étape de la mission menée par le Professeur Yvon BERLAND sur le sujet de la « coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences » on peut voir comment on envisage de recentrer le médecin sur ce pourquoi il a été formé. Ces propositions, certes, constituent une avancée sur les aides envisagées initialement qui se résumait à un « prime » en contrepartie de l'abnégation du professionnel pour « servir et aider » l'état dans sa mission de santé publique.

Mais il manque toute la dimension « humaine » sollicitée par les plus jeunes. Ce ne sont pas des prêcheurs qui ont pour mission d'aller « coloniser » des territoires d'où les commerces et les services de proximité se retirent avec pour seule « arme » le savoir dont ils sont dépositaire et qui sera vraisemblablement fréquemment remis en question par une population de plus en plus revendicatrice, et parfois agressive, qui se dit, parfois à juste titre, informé en matière médicale. Comment est-ce possible pour un praticien de s'installer dans un endroit où il ne pourra pas, sans faire parfois de long trajet, faire garder ses enfants ni les scolariser, ou il ne pourra faire ses courses du fait de ses amplitudes horaires hors normes qui lui interdisent les commerces de proximité et ne parlons pas des loisirs ?

Le moment le plus critique sera celui des vacances du praticien qui une fois pris dans ce milieu est tenu par l'obligation de continuité des soins et comment séduire un remplaçant dans ces conditions ? Est-ce aux collectivités locales seules que revient de repenser le problème dans sa globalité si elles souhaitent accueillir un médecin, ou faut-il repenser l'aménagement du territoire de façon plus globale ? Bien que des efforts aient été réalisés, il faut encore perfectionner ces dispositifs pour les rendre attractifs

Il y a fort à parier qu'en l'absence de décisions et de mesures rapides en la matière toute la panoplie des mesures financières ne soit mis à mal. Alors se dirigerait-on de façon inéluctable vers l'apparition de mesures coercitives de la part de l'état qui est en charge de cette mission de santé publique et qu'il se doit d'assumer en offrant des possibilités de soins équivalentes à tous nos concitoyens.

Mais au regard des attentes des jeunes généralistes et des propositions qui leurs sont faites en terme d'activité professionnelle, de telles mesures risquent fortement de se heurter à un contre-effet en favorisant la professionnalisation du remplacement qui laisserait la liberté du choix du lieu d'exercice et du temps de travail, ou l'exercice en structures privées tel les possibilités de plus en plus nombreuses d'exercer dans des secteurs sans soins (recherches, agro-alimentaire, intelligence artificielle, logiciels informatiques médicaux...) qui détournerait les professionnels de ce pourquoi ils ont été formé.

Enfin pour finir, le nombre de médecins sur le territoire est-il vraiment le problème le plus urgent à régler, d'autres systèmes de soins semblent tout aussi performant avec des densités différentes. Est-il possible de définir un nombre optimum de praticiens ? Ne faut-il pas plutôt se pencher sur le problème sur un versant organisationnel, il y a encore peu de temps il y avait moins de médecins et était-on plus mal soigné pour autant ? La densité qui nous est annoncé pour 2012 serait équivalente à celle observé en 1984, à l'époque le discours de pléthore se faisait jour.

La conjugaison du vieillissement de la population tant générale que médicale, la féminisation, la tendance observé à la diminution du temps de travail nous conduit à une baisse de 40% de la capacité d'activité médicale pour 2020 selon le Centre de Recherche des Etudes et de Documentation en Economie de la Santé.

La densité médicale ne doit donc pas une finalité et ne représente finalement qu'un des paramètres d'un dispositif de soins. Ce que Monsieur Jean CHOSSAT traduisait dans son rapport en indiquant : *« Il faut une prise de conscience plus nette de relations réciproques étroites qui existent entre les choix démographiques et l'organisation du système de santé [...] Tous les choix organisationnels ont leur pendant démographique et tous les choix démographiques ont leur traduction organisationnelle. »* Planifier les effectifs nécessite donc, au préalable, de définir la tâche qui leur incombe, aux médecins et aux autres professionnels, dans un système organisé.

ANNEXES

ANNEXE n°1 : Questionnaire « anciens »résidents

Enquête concernant les médecins généralistes
Installés ou remplaçant issus de la faculté de Nantes
Ayant débuté leur troisième cycle en 1997 et après

Pour la réalisation d'un travail de thèse sur le thème :

« Démographie et comportement à l'installation »**1) Quel âge avez-vous ?**

- _____ans

2) Vous êtes ?

un homme	
une femme	
célibataire	
marié	
vous vivez maritalement	

3) Avez-vous des enfants ?

oui		combien ?	
non			

4) Depuis combien de temps avez-vous terminé votre résidanat ?

- _____mois

5) Avez-vous soutenue votre thèse ?

oui	
non	

6) Etes-vous installé ?

oui	
non	

Si non, seriez vous d'accord pour travailler en zone rurale de manière ponctuelle et salariée (horaires fixes et salaire fixe)

oui	
non	
occasionnellement	

7) Envisagez-vous de vous installer dans les cinq ans à venir ?

oui	
non	
ne sais pas	

Si oui seriez vous prêt à accepter certaines contraintes sur le lieu et les conditions d'exercice

oui	
non	
envisageable si conditions avantageuses	

8) Quelle est votre activité médicale à ce jour ? (plusieurs réponses possibles)

remplacement en ville		
remplacement en milieu rural		
médecine hospitalière		
SOS médecins		
Installé en cabinet individuel		
Installé en cabinet de groupe		
aucune		
autre		précisez

9) Vous travaillez ?

à temps plein			
à temps partiel			
autres		précisez	

Si vous remplacez, combien de jours de remplacement faites-vous par mois ?

- _____ jours

10) Exercez-vous une autre profession que la médecine générale ?

oui		précisez	
non			

Pour quelles raisons ?

horaires			
rémunération			
autres		précisez	

11) Comment souhaitez-vous exercer plus tard ?

continuer les remplacements			
souhaitez-vous vous associer			
souhaitez-vous vous installer seul	1) création		
	2) rachat de clientèle		
souhaitez-vous trouver un poste salarié (hospitalier ou autre)			
souhaitez-vous arrêter d'exercer rapidement			
souhaitez-vous changer de profession			
autres		précisez	

12) Appréciez-vous votre profession de médecin généraliste ?

oui	
non	

Si non pour quelles raisons ?

13) Quelle est la part d'administratif (feuilles de soins, divers imprimés, gestion du cabinet et les déclarations attenantes au fonctionnement...) dans votre exercice quotidien ?

nulle											écrasante
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

Bénéficiez-vous d'aide ou de référents dans ce domaine ?

oui	
non	

14) Pensez-vous que votre formation à la faculté en troisième cycle vous a correctement préparé à votre exercice actuel ?

Sur le plan médical

pas du tout	
insuffisamment	
partiellement	
correctement	
bien	
très bien	

Sur le plan de la gestion d'un cabinet

pas du tout	
insuffisamment	
partiellement	
correctement	
bien	
très bien	

Si non, sur quel(s) sujet(s) pensez vous avoir eu des manques de formation préjudiciables à votre exercice actuel ?

ANNEXE n°2 : Questionnaire « nouveaux » résidents

Enquête concernant les médecins généralistes
Installés ou remplaçant issus de la faculté de Nantes
Ayant débuté leur troisième cycle en 1997 et après

Pour la réalisation d'un travail de thèse sur le thème :

« Démographie et comportement à l'installation »

1) Quel âge avez-vous ?

- _____ans

2) Vous êtes ?

un homme	
une femme	
célibataire	
marié	
vous vivez maritalement	

3) Avez-vous des enfants ?

oui		combien ?	
non			

4) Depuis combien de temps avez-vous terminé votre résidanat ?

- _____mois

5) Avez-vous soutenue votre thèse ?

oui	
non	

6) Etes-vous installé ?

oui	
non	

Si non, seriez vous d'accord pour travailler en zone rurale de manière ponctuelle et salariée (horaires fixes et salaire fixe)

oui	
non	
occasionnellement	

7) Envisagez-vous de vous installer dans les cinq ans à venir ?

oui	
non	
ne sais pas	

Si oui seriez vous prêt à accepter certaines contraintes sur le lieu et les conditions d'exercice

oui	
non	
envisageable si conditions avantageuses	

8) Quelle est votre activité médicale à ce jour ? (plusieurs réponses possibles)

remplacement en ville		
remplacement en milieu rural		
médecine hospitalière		
SOS médecins		
Installé en cabinet individuel		
Installé en cabinet de groupe		
aucune		
autre		précisez

9) Vous travaillez ?

à temps plein			
à temps partiel			
autres		précisez	

Si vous remplacez, combien de jours de remplacement faites-vous par mois ?

- _____ jours

10) Exercez-vous une autre profession que la médecine générale ?

oui		précisez	
non			

Pour quelles raisons ?

horaires			
rémunération			
autres		précisez	

11) Comment souhaitez-vous exercer plus tard ?

continuer les remplacements			
souhaitez-vous vous associer			
souhaitez-vous vous installer seul	1) création		
	2) rachat de clientèle		
souhaitez-vous trouver un poste salarié (hospitalier ou autre)			
souhaitez-vous arrêter d'exercer rapidement			
souhaitez-vous changer de profession			
autres		précisez	

12) Appréciez-vous votre profession de médecin généraliste ?

oui	
non	

Si non pour quelles raisons ?

- 13) Quelle est la part d'administratif (feuilles de soins, divers imprimés, gestion du cabinet et les déclarations attenantes au fonctionnement...) dans votre exercice quotidien ?**

nulle											écrasante
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

Bénéficiez-vous d'aide ou de référents dans ce domaine ?

oui	
non	

- 14) Pensez-vous que votre formation à la faculté en troisième cycle vous a correctement préparé à votre exercice actuel ?**

Sur le plan médical

pas du tout	
insuffisamment	
partiellement	
correctement	
bien	
très bien	

Sur le plan de la gestion d'un cabinet

pas du tout	
insuffisamment	
partiellement	
correctement	
bien	
très bien	

Si non, sur quel(s) sujet(s) pensez vous avoir eu des manques de formation préjudiciables à votre exercice actuel ?

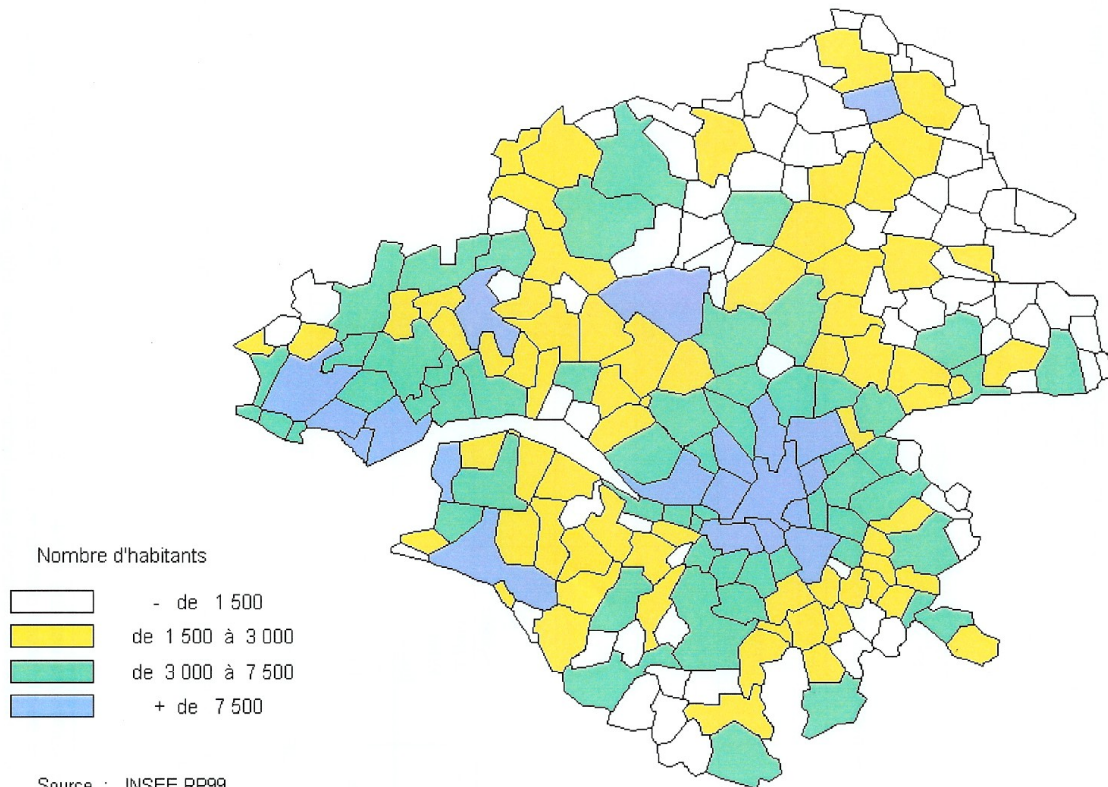
ANNEXE 3 :

Répartition de la population par canton dans chaque département de la région Pays de la Loire, et population médicale dans ces cantons au 1er janvier 2001.

- **Loire-Atlantique**
- **Maine et Loire**
- **Mayenne**
- **Sarthe**
- **Vendée**

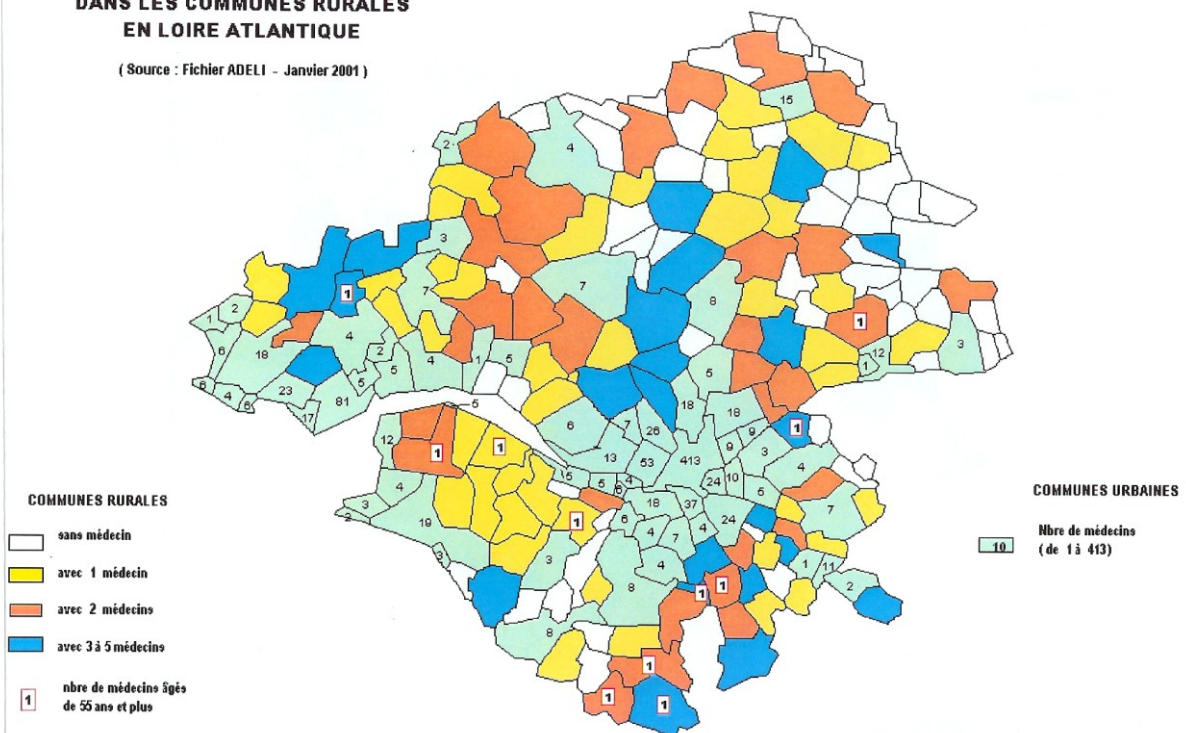
Loire Atlantique

POPULATION EN 1999 PAR COMMUNE DE LOIRE-ATLANTIQUE



LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LES COMMUNES RURALES EN LOIRE ATLANTIQUE

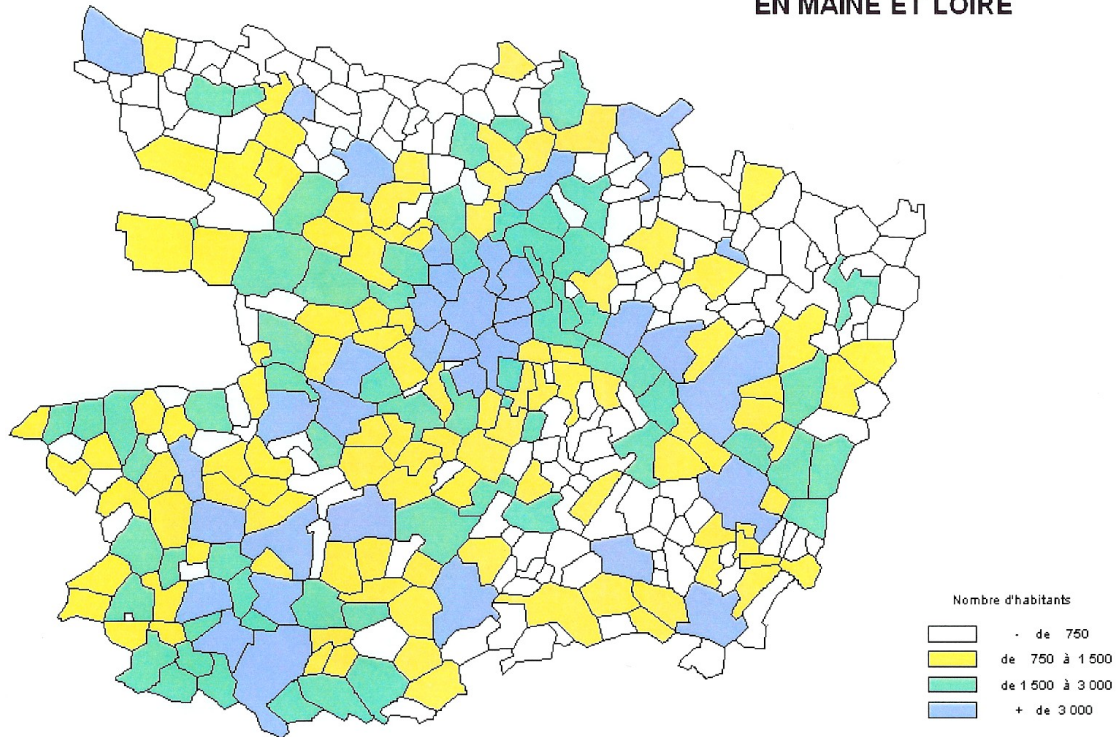
(Source : Fichier ADELI - Janvier 2001)



Statistiques DRASS Pays de la Loire

Maine et Loire

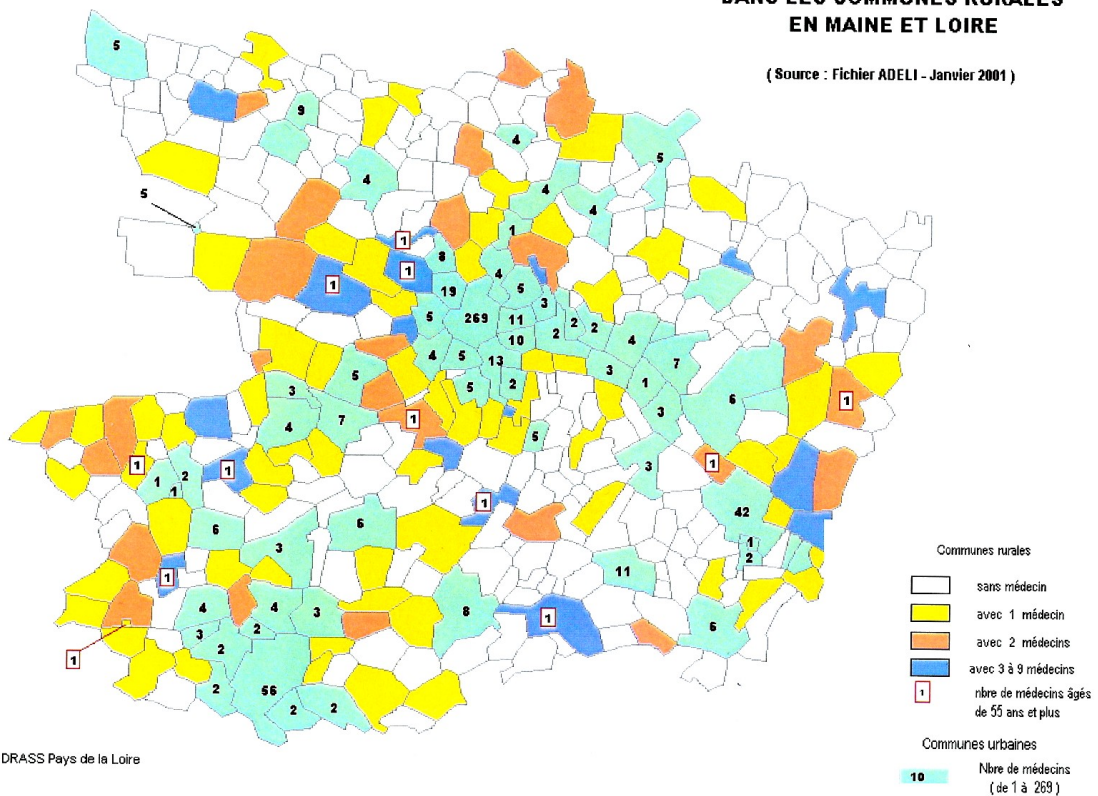
POPULATION EN 1999 PAR COMMUNE EN MAINE ET LOIRE



Source : INSEE RP99
STATISTIQUES DRASS PL

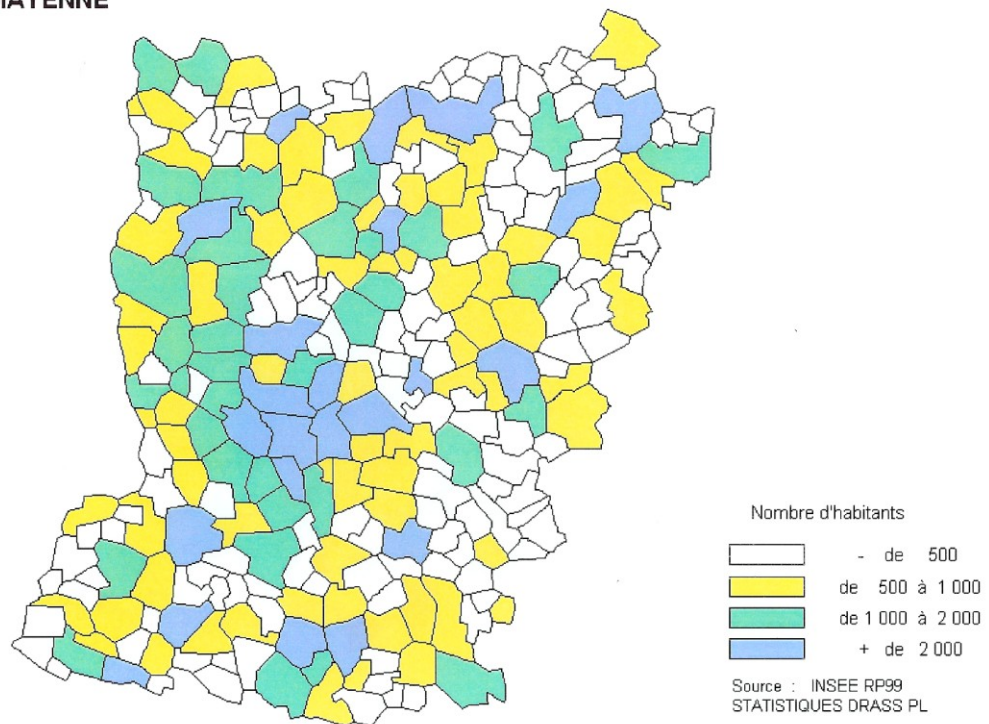
LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LES COMMUNES RURALES EN MAINE ET LOIRE

(Source : Fichier ADELI - Janvier 2001)



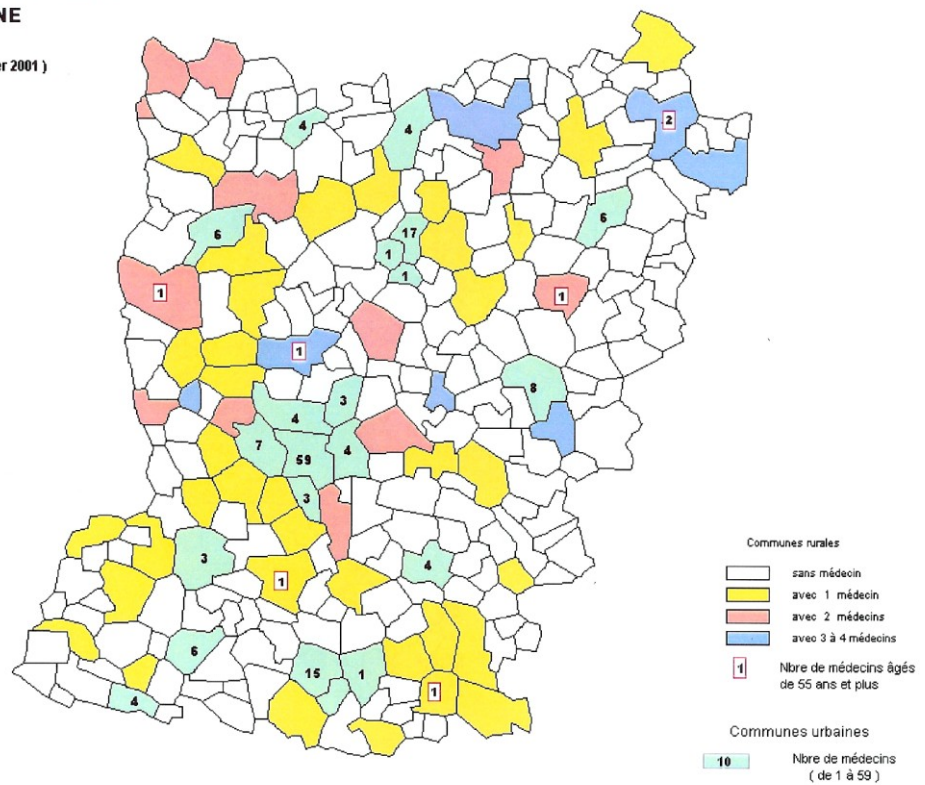
Mayenne

POPULATION EN 1999 PAR COMMUNE DE MAYENNE



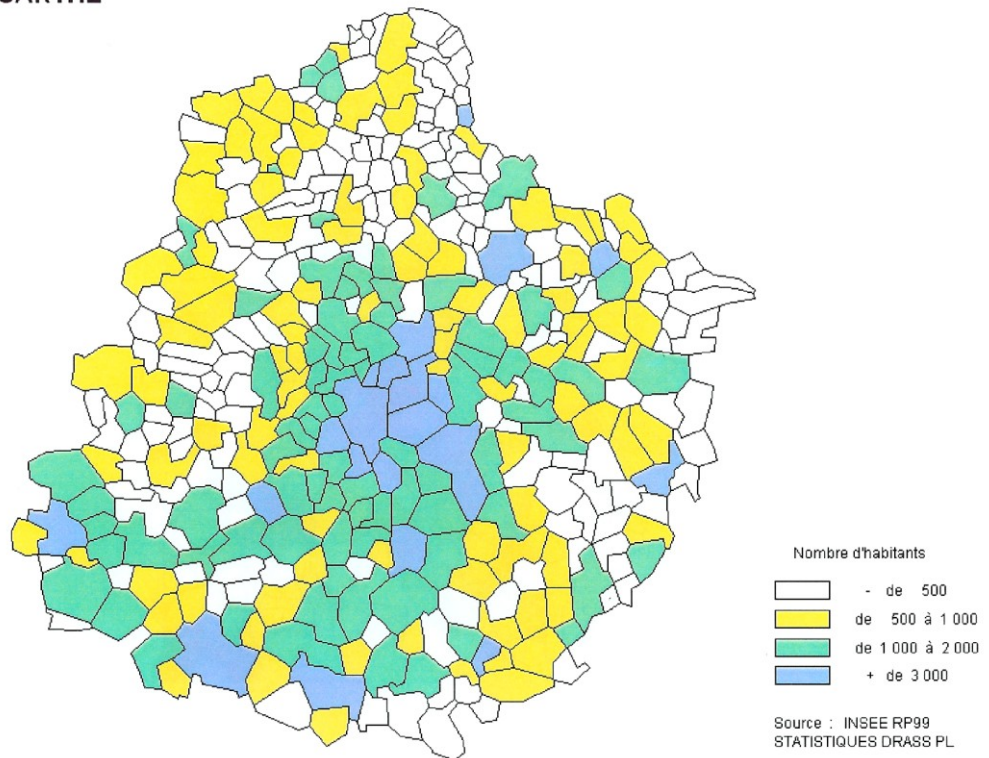
LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LES COMMUNES RURALES EN MAYENNE

(Source : Fichier ADELI - Janvier 2001)



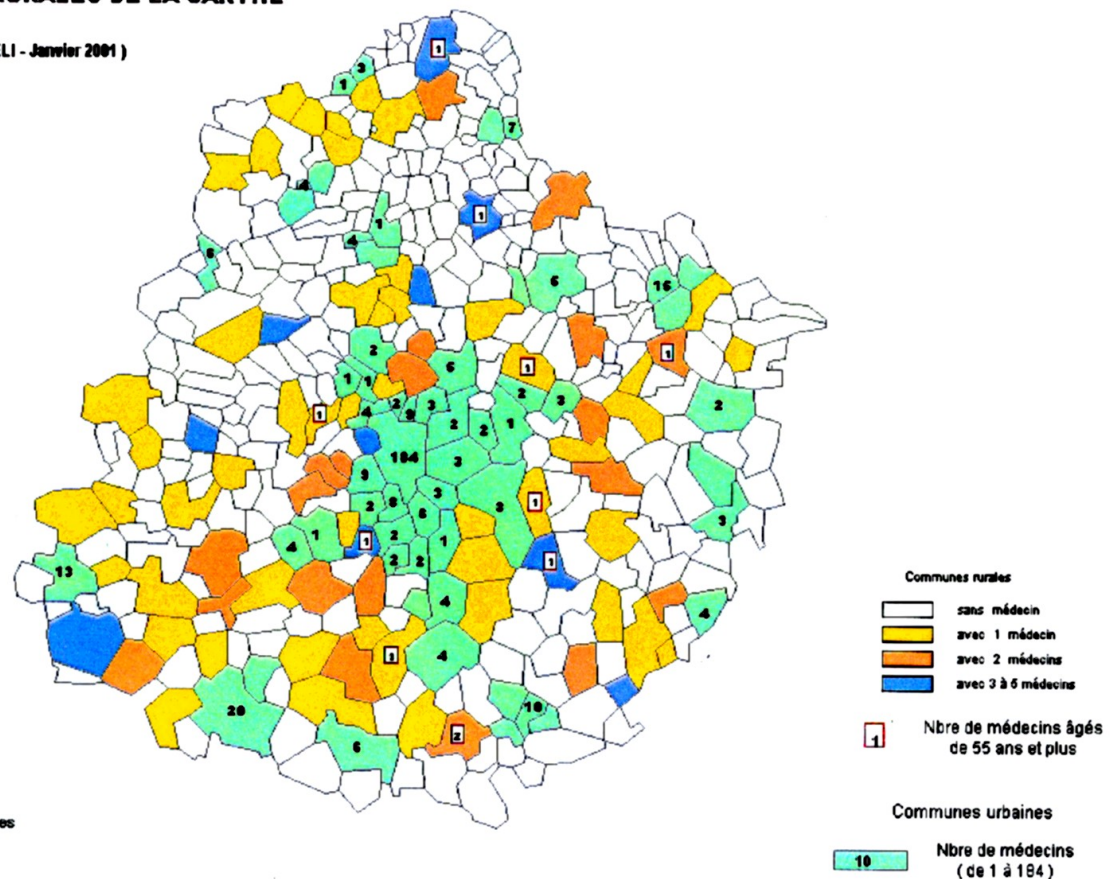
Sarthe

POPULATION EN 1999 PAR COMMUNE EN SARTHE



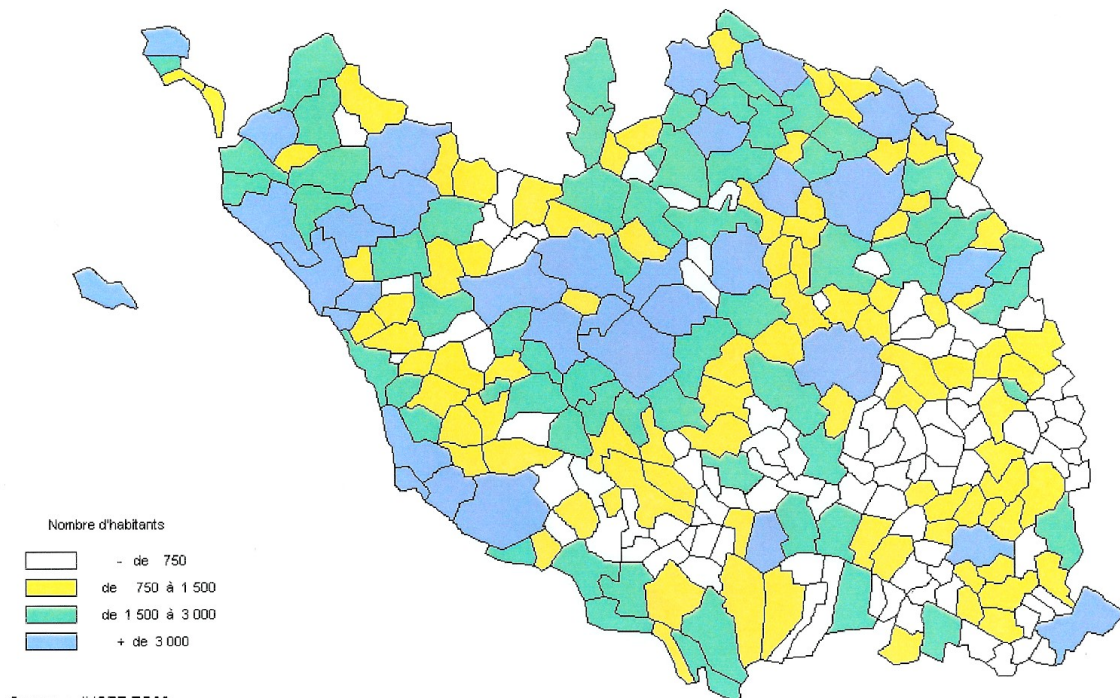
LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LES COMMUNES RURALES DE LA SARTHE

(Source : Fichier ADELI - Janvier 2001)



Vendée

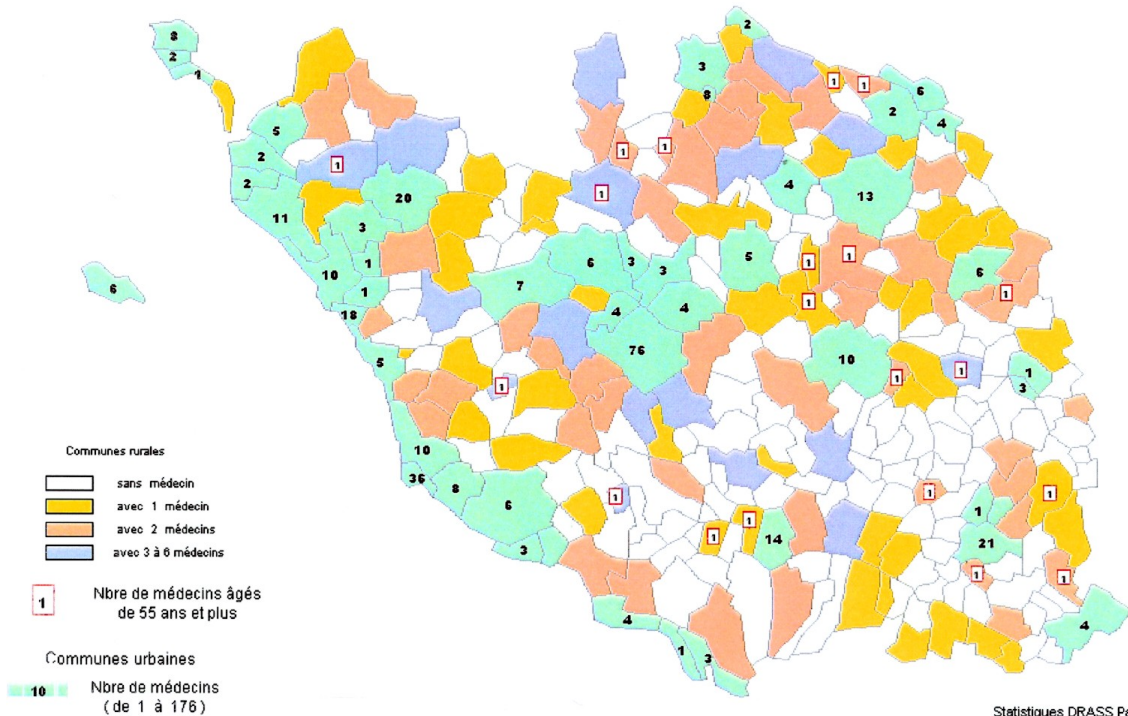
POPULATION EN 1999 PAR COMMUNE DE VENDEE



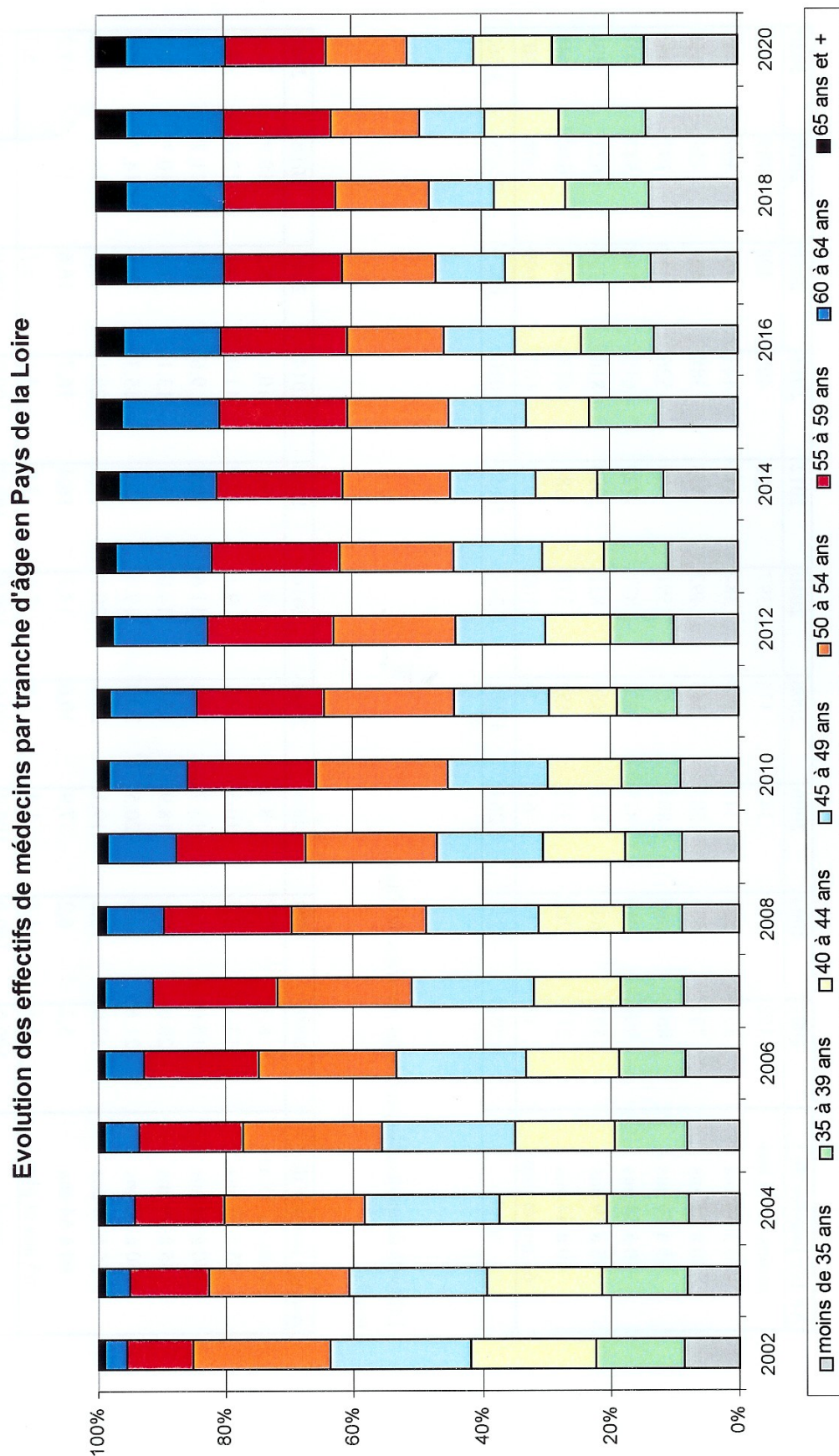
Source : INSEE RP99
STATISTIQUES DRASS PL

LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LES COMMUNES RURALES DE VENDEE

(Source : Fichier ADELI - Janvier 2001)

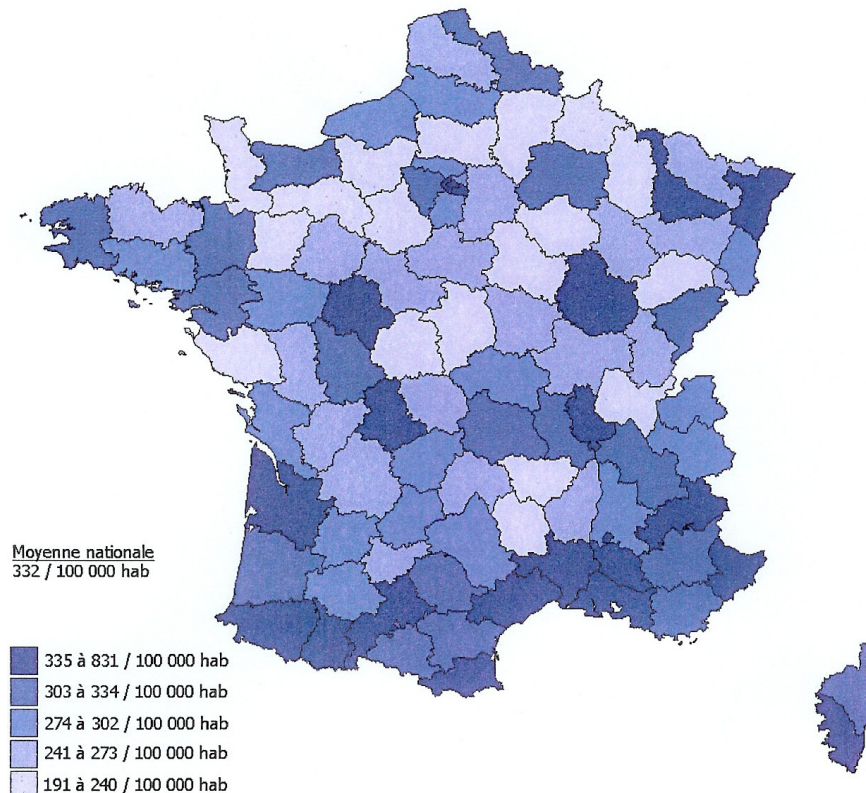


Statistiques DRASS Pays de la Loire

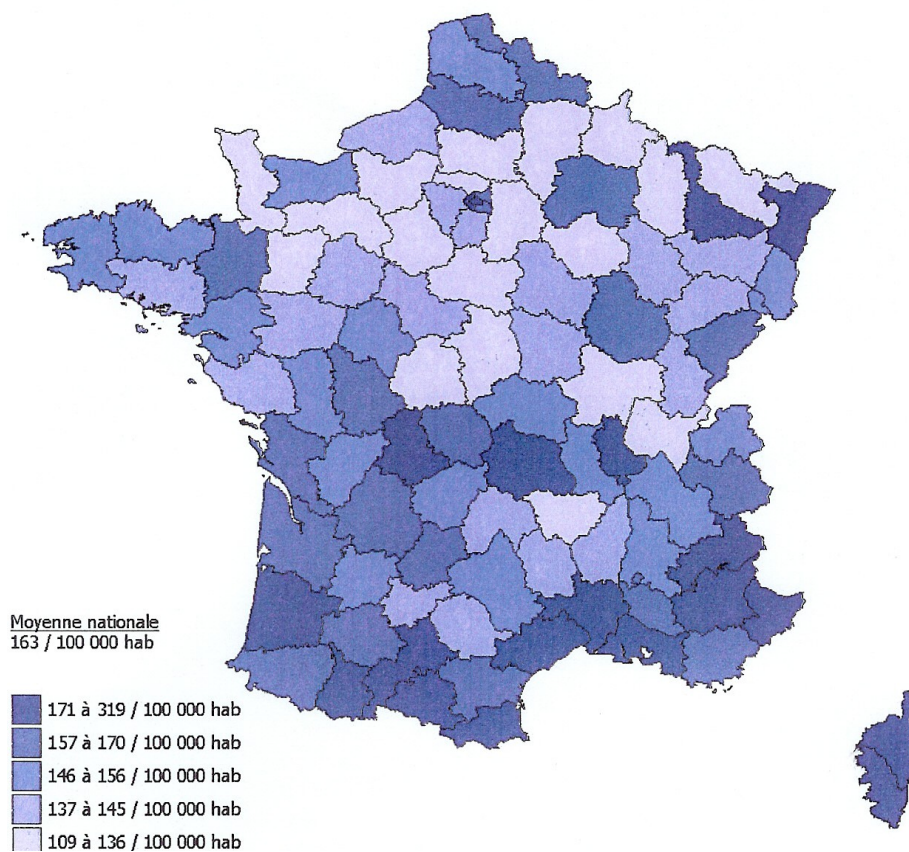


ANNEXE n°5 : Répartition et densité sur le territoire

Densité des médecins (omnipraticiens et spécialistes)



Densité des médecins omnipraticiens



ANNEXE n°6

Flux de première année de médecine et sélectivité du concours

année universitaire	nouveaux inscrits en PCEM1	taux d'attrance*	TCA nouveaux inscrits**	ensemble des inscrits PCEM1	% de redoublants	Numerus clausus	chances de réussite
1963-1964	8526	11,3		11692	27,1		
1964-1965	9573	11	12,3	14059	31,9		
1965-1966	10870	11,2	13,5	15237	28,7		
1966-1967	12817	12,1	17,9	17959	28,6		
1967-1968	17896	13,4	39,6	24448	26,8		
1968-1969	21028	12,4	17,5	26203	19,7		
1969-1970	17735	14,5	-15,7	26362	32,7		
1970-1971	17593	12,7	-0,8	24729	28,9		
1971-1972	19058	13,3	8,3	26020	26,8	12872	49,5
1972-1973	21793	14,8	14,4	30634	28,9	11335	37,0
1973-1974	23318	15,5	7,0	34841	33,1	11218	32,2
1974-1975	22833	14,4	-2,1	35761	36,2	10732	30,0
1975-1976	23878	15,2	4,6	38455	37,9	10680	27,8
1976-1977	25335	15,7	6,1	40217	37,0	10486	26,1
1977-1978	23339	14,1	-7,9	37803	38,3	8336	22,1
1978-1979	20909	13	-10,4	35032	40,3	7912	22,6
1979-1980	17130	11	-18,1	30014	42,9	7121	23,7
1980-1981	15939	10	-7,0	26732	40,4	6409	24,0
1981-1982	15431	9,5	-3,2	25410	39,3	6409	25,2
1982-1983	16892	9,9	9,5	26549	36,4	5900	22,2
1983-1984	15098	8,7	-10,6	25442	40,7	5000	19,7
1984-1985	14008		-7,2	24366		4750	19,5
1985-1986				22357		4754	21,3
1986-1987				21793		4460	20,5
1987-1988				21712		4100	18,9
1988-1989				21574		4100	19,0
1989-1990				21657		4000	18,5
1990-1991				20181		4000	19,8
1991-1992				18594		3750	20,2
1992-1993				19359		3500	18,1
1993-1994				23393		3570	15,3
1994-1995				30024		3576	11,9

Source : M.E.N. et M.A.S.S.N.¹

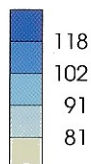
* : Proportion de bacheliers qui s'orientent vers la médecine sur l'ensemble des bacheliers d'une même promotion

** : Taux de croissance annuelle du nombre de nouveaux inscrits

ANNEXE n°7 • Projections de densité des omnipratéiciens

Densité en 2008

Pour 100 000 habitants
(population corrigée)

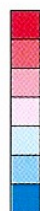


— Région
— Département

MOYENNE FRANCE :	101
Maximum : • Paris	142
• Creuse	135
Minimum : • Seine-et-Marne	65

**Variation de densité
1998-2008**

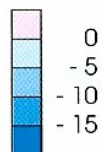
En %



FRANCE : - 1,9 %

2008-2013

En %

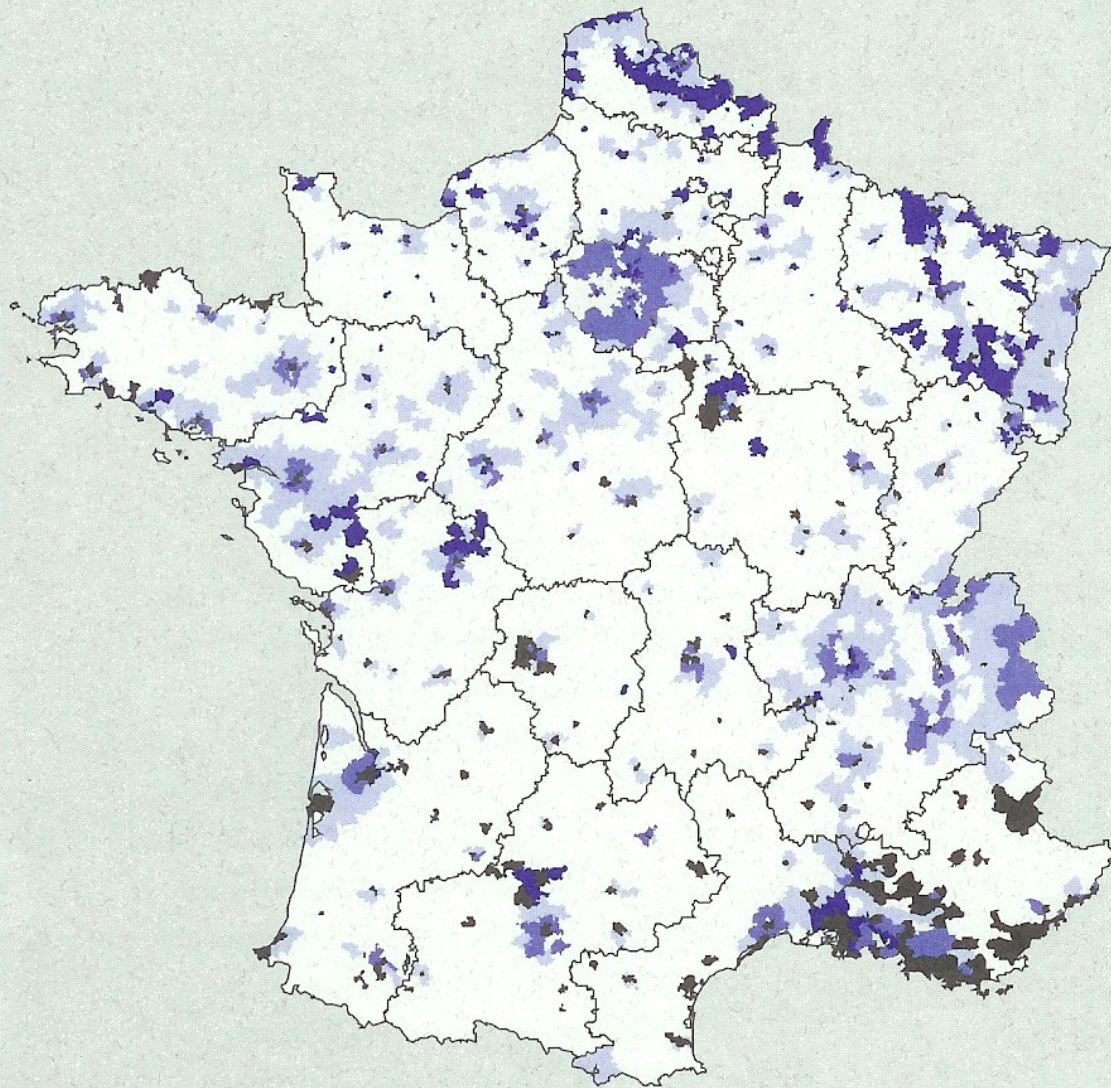


FRANCE : - 9,3 %

ANNEXE n°8 :

- **Implantation des nouveaux omnipraticiens dans les cantons urbains**
- **Installation de nouveaux omnipraticiens dans des cantons ruraux peu attractifs**

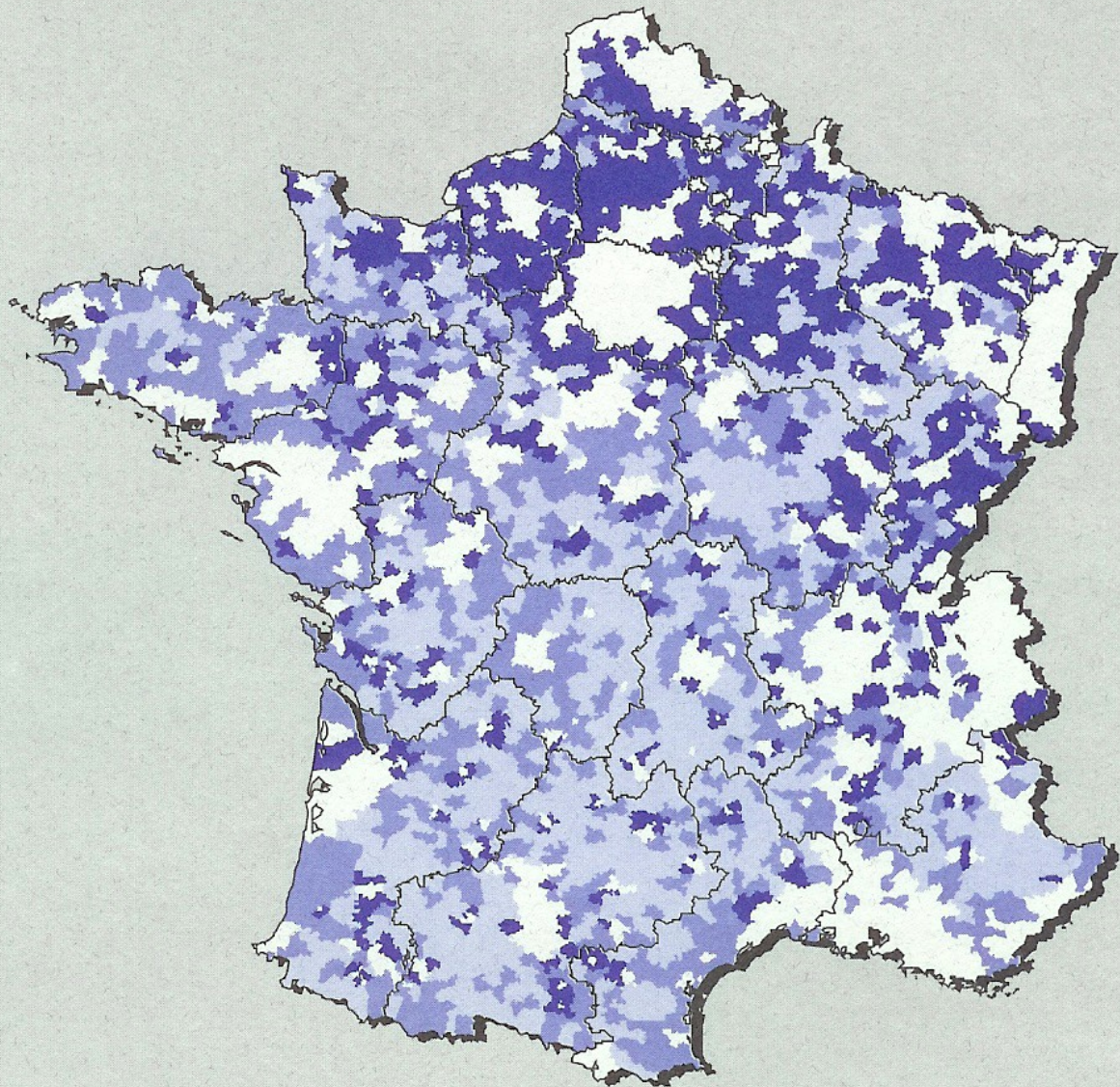
Installation des nouveaux omnipraticiens dans les cantons urbains : vers un rééquilibrage ?



	Métropoles régionales et villes importantes	Densités élevées, situation stable
	Urbain favorisé	Densités moyennes, situation stable
	Urbain défavorisé	Densités légèrement inférieures à la moyenne, situation stable
	Banlieues résidentielles	Densités inférieures à la moyenne, vers un rattrapage
	Villes moyennes ouvrières	Densités inférieures à la moyenne, vers un rattrapage

Sources : CNOM au 1^{er} janvier 1998-2001, Recensement INSEE 1999, Inventaire communal 1998, SNIR, CNAMTS 1998.

Installation des nouveaux omnipraticiens : des cantons ruraux peu attractifs



	Rural isolé	Densités légèrement inférieures à la moyenne, dégradation
	Rural artisanal	Densités moyennes, dégradation
	Rural ouvrier	Densités très inférieures à la moyenne, situation stable

Sources : CNOM au 1^{er} janvier 1998-2001, Recensement INSEE 1999, Inventaire communal 1998, SNIR, CNAMTS 1998.

ANNEXE n°9

- **Données générales sur l'organisation de différents systèmes de soins**
- **Niveaux de la régulation de la démographie médicale dans ces systèmes de soins**

Données générales sur l'organisation de différents systèmes de soins

Données générales	Allemagne	Belgique	Royaume-Uni	Québec	Etas-unis
Modèle de protection sociale	Modèle d'assurance sociale (bismackien)	Modèle d'assurance sociale (bismackien)	Modèle de financement public (beveridgien)	Modèle de financement public (beveridgien)	Modèle d'assurance concurrentielle
Niveau de régulation de					
L'assurance maladie	central	Central	Central	Central	Le marché
Formation des médecins	Décentralisé	Décentralisé	Central	Central	Le marché
Mécanisme de rémunération des médecins					
Secteur ambulatoire	A l'acte sous enveloppe	A l'acte	Capitation (généraliste)	A l'acte	Variable selon les contrats (à l'acte, à la capitation, salarié)
Secteur hospitalier public	Salarié	A l'acte	Salarié	A l'acte	
Secteur hospitalier privé	A l'acte		A l'acte ?	A l'acte	
Coordination des soins et attribution respectives des rôles entre généralistes et spécialistes	Clarification des champs professionnels respectifs	Pas de clarification des champs professionnels respectifs	Clarification des champs professionnels respectifs	Pas de planification des champs professionnels respectifs (une grande partie des spécialistes exercent en établissement public)	Variable selon les Managed Care Organisations
	Libre accès aux médecins spécialistes mais incitation à l'introduction du Gate-Keeper	Libre accès aux médecins spécialistes mais projet d'introduction du Gate-Keeper	Système du Gate-Keeper	Libre accès aux médecins spécialistes	
Répartition généralistes/spécialistes	36/64	43/57	40/60	50/50	33/66
Densité de médecins pour 10000hab. (1997)	464	378	175	208 (1994)	235
Nombre d'étudiants admis dans les six premières années de médecine pour 10000hab. (1998)	10,2	3,2	3,3	?	?

Source DREES juin 2001

Les niveaux de régulation démographique en place dans les autres systèmes de soins

Les niveaux de régulation de la démographie	Allemagne	Belgique	Québec	Royaume-Uni	Etats-Unis
Accès aux études de médecine	-NC peu limitatif en première année fixé en fonction des capacités d'accueil des Länd	-NC en première année en communauté flamande -NC sur les trois premières années en communauté française	-NC peu limitatif en première année	-NC limitatif en première année	En fonction de l'offre des universités qui visent à s'adapter au marché du travail
Accès aux spécialités	Libre concurrence entre les étudiants pour accéder aux stages de formations accrédités et qualifiants pour la spécialité	Définition des postes, des places et sélection des candidats par les universités. L'Etat agréé les lieux de stages et les formateurs	Planification centrale à 5 ans par quota des spécialistes et application par les universités	Planification précise par spécialité définie chaque année pour les quatre universités. Classification des spécialités variant en fonction des besoins estimés	Medicare intervient en valorisant les postes de formation par le biais des DRG. Tendence à la déspecialisation pour répondre à la demande des Managed Care Organisations
Accès au marché du travail					
Secteur ambulatoire	Limitation du droit au conventionnement depuis 2000	Limitation au conventionnement depuis 1997	Pas de limitation en secteur ambulatoire	Pas de limitation au conventionnement	Fonction de l'offre et de la demande
Secteur hospitalier	Limitation en fonction de l'offre	Limitation en fonction de l'offre	En secteur hospitalier par le NHS Trusts	Limitation en fonction de l'offre	
Répartition géographique	Limitation à l'installation par zone et spécialité	Pas de limitation à l'installation	Répartition en secteur ambulatoire par les MPC et les HA	Mécanismes incitatifs et désincitatifs à l'installation	Politiques publiques dans les zones sous-médicalisées
Importance de la substitution entre professionnels	Faible	Faible	Faible en évolution (réforme des GP Fundholders, rôle croissant des NP et des sages-femmes)	Faible en évolution (création de la profession de sage-femme, organisation particulière en zone éloignée)	Fort depuis les années 60, récemment intégré dans les modèles de planification
Mécanisme de sortie du travail	Age limite d'exercice : 68 ans avec incitation pour partir à la retraite à 62 ans en secteur ambulatoire Limite d'exercice à 65 en milieu hospitalier	Limite d'âge	Limite d'âge	Mesures d'incitation au départ à la retraite anticipée dans le secteur hospitalier ayant eu un succès inattendu : 8%	Limite d'âge

GLOSSAIRE

Quelques abréviations utiles

ADELI	Applications des listes informatisées (fichiers de tous les professionnels de santé répertoriés dans le code de la santé) géré par les DDASS
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CES	Certificat d'études spécialisées
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurances maladies des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DATAR	Direction de l'aménagement du territoire et de l'action régionale
DDASS	Direction départementales des affaires sanitaires et sociales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques
FAQSV	Fond d'amélioration de la qualité des soins de ville
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INED	Institut national de l'étude démographique
LEST	Laboratoire d'économie et de sociologie du travail
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Santé

-Rapport sur les propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

C.Descours.

Juin 2003.

Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002.

Etudes et Résultats N°244.

Juin 2003.

Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) d'Ile de France

-Auditions.

Mars 2003.

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM)

-L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974 - 1999).

Cahiers de sociologie et de démographie médicale.

Bui Dang Ha Doan.

Janvier - mars 2003

Ministère de la Santé

-Rapport sur la permanence des soins.

C.Descours.

Janvier 2003.

Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

-Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001.

Questions d'économie de la santé – N°61.

Décembre 2002.

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM)

-Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France.

Cahiers de sociologie et de démographie médicale.

Julien GALLI.

Octobre - décembre 2002.

Ministère de la Santé

-Mission sur la démographie des professions de santé.

Y.Berland, A Annereau, J.Berthet, G.Errieau, O.Leroy, Y.Ract, T.Gausseron.

Novembre 2002.

Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) d'Ile de France

-Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux.

Mars 2002.

Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-La démographie médicale à l'horizon 2020.

Etudes et Résultats N°161.

Mars 2002.

Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice.

Etudes et Résultats N°156.

Février 2002.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) des Pays de la Loire

-La démographie médicale en pays de la Loire.

2002.

Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

-La démographie médicale française : état des lieux.

Questions d'économie de la santé – N°44.

Décembre 2001.

Ministère de la Santé - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80.

Etudes et Résultats N°145.

Novembre 2001.

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST)

-La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins.

A.C.Hardy-Dubernet, M.Arliaud, C.Hollerou-Lafargue, F.Le Roy, M.A.Leblanc.

Novembre 2001.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

-Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé.

G.Costargent, M.Vernerey.

Octobre 2001.

Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni.

Etudes et Résultats N°120.

Juin 2001.

Ministère de la Santé, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

-Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques.

Etudes et Résultats N°114.

Mai 2001.

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

-De la démographie en 2000 à celle de 2020

Section santé publique

Avril 2001

Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

-Les besoins en médecins, état des connaissances et pistes de recherche.

Questions d'économie de la santé – N°35.

Mars 2001.

Ministère de l'intérieur, Direction Centrale de la Police Judiciaire

Ministère de la Défense, Direction Générale de la Gendarmerie Nationale

-Aspects de la délinquance et de la criminalité constatées en France en 2000 par les services de polices et les unités de gendarmerie.

2001

Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) de Basse Normandie.

-Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux.

2001.

Centre de Sociologie et de Démographie Médicale (CSDM)

-Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale (avril-juin 1999).

Cahiers de sociologie et de démographie médicales.

Bui Dang Ha Doan, D.Lévy.

Juillet-décembre 2000.

Unions Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM)

-La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé.

Septembre 2000

Groupe Image- Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP).

-La régulation des professions de santé.

Etudes monographiques.

Y.Bourgueil, U.Dürr, G. de Pouvouville, S.Rocamora-Houzard

2000

-Le Monde du travail.

Jacques Kergoat et Danièle Lienard (ouvrage collectif sous la direction de)

Editions La Découverte (Paris).

Septembre 1998.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

-Rapport d'ensemble sur la démographie médicale.

J. Choussat.

1997.

Ministère de la santé - Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS)
Notes.

**PAGINATION DES
FIGURES**

PAGINATION DES COURBES

Courbe n°1	Evolution du nombre de médecins par département en Pays de Loire	page 37
Courbe n°2	Evolution du nombre de médecins en Pays de Loire de 2002 à 2020	page 41
Courbe n°3	Evolution de l'effectif médical en Pays de Loire selon le sexe entre 2002 et 2020	page 41
Courbe n°4	Evolution du nombre de généralistes selon le statut entre 2002 et 2020	page 42
Courbe n°5	Evolution de la population médicale depuis 1984	page 52
Courbe n°6	Densités régionales de généralistes de 1985 à 2000	page 53
Courbe n°7	Evolution et projection de la densité médicale	page 54
Courbe n°8	Evolution et projections de la densité médicale selon le numerus clausus	page 55
Courbe n°9	Evolution de l'âge moyen des médecins entre 1985 et 2020	page 56
Courbe n°10	Evolution et projection des effectifs de médecins généralistes et spécialistes	page 56
Courbe n°11	Evolution des densités médicales par région entre 1985 et 2020	page 57
Courbe n°12	Evolution du temps de travail selon l'activité	page 105
Courbe n°13	Evolution du nombre moyen de consultations et de visites par généraliste libéral actif à part entière sur la période 1980-1999, base 100 en 1980	page 106
Courbe n°14	Evolution du nombre de médecins hospitaliers selon le statut	page 107
Courbe n°15	Evolution du nombre de médecins hospitaliers selon la formation initiale	page 108
Courbe n°16	Evolution du nombre de médecins exerçant à l'hôpital selon la durée de carrière hospitalière	page 111
Courbe n°17	Projection du nombre de médecins hospitalier selon la spécialité	page 112

PAGINATION DES HISTOGRAMMES

Histogramme n°1	Situation conjugale selon le temps écoulé depuis la fin du résidanat	page 17
Histogramme n°2	Proportion de résidents thésés selon le temps écoulé depuis la fin du résidanat	page 19
Histogramme n°3	Proportion (%) des généralistes satisfaits de leur profession, en de leur ancienneté	page 25
Histogramme n°4	Taux de généraliste selon la promotion et le sexe	page 83
Histogramme n°5	Taux de généraliste selon la rapidité de leur cursus universitaire et la promotion	page 85
Histogramme n°6	Taux de généralistes selon le niveau de notes obtenus du DCEM2 au DCEM4 et la promotion	page 86
Histogramme n°7	Part des étudiants selon la profession du père selon les années du cursus au 1^{er} janvier 2002	page 100
Histogramme n°8	Proportion (%) des résidents qui accepteraient des contraintes lors de leur installation	page 139

PAGINATION DES GRAPHIQUES

Graphique n°1	Effectifs des résidents répondants selon le temps écoulé depuis la fin du résidanat	page 17
Graphique n°2	Types d'activités déclarées par les résidents des anciennes promotions	page 21
Graphique n°3	Activité médicale envisagée	page 23
Graphique n°4	Appréciation de la charge administrative par les résidents	page 26
Graphique n°5	Appréciation de la formation à la gestion d'un cabinet	page 27
Graphique n°6	Appréciation de la formation médicale au cours du troisième cycle	page 29
Graphique n°7	Pyramide des âges des médecins actifs	page 49
Graphique n°8	Proportion de femmes selon l'âge, répartition généraliste/spécialiste (Métropole)	page 50
Graphique n°9	Répartition des « moins bons » et des « très bons » étudiants selon le sexe et la spécialité	page 87

PAGINATION DES TABLEAUX

Tableau n°1	Age des résidents nantais selon leur ancienneté par rapport à la fin du résidanat	page 18
Tableau n°2	Sexe des résidents nantais en fonction de leur ancienneté par rapport à la fin du résidanat	page 18
Tableau n°3	Nombre de résidents nantais thésés selon le sexe	page 18
Tableau n°4	Moyenne d'âge des résidents nantais thésés selon le sexe	page 19
Tableau n°5	Moyenne d'âge des résidents nantais thésés (n=67) en fonction de leur statut familial et le fait d'avoir des enfants à charge	page 20
Tableau n°6	Proportion de résidents nantais installés, selon l'ancienneté	page 20
Tableau n°7	Proportion des résidents nantais non installés des anciennes promotions favorables pour travailler en zone rurale	page 21
Tableau n°8	Moyenne de jours de remplacement pour les résidents nantais des anciennes promotions	page 22
Tableau n°9	Proportion des résidents nantais des anciennes promotions travaillant à temps plein ou à temps partiel	page 22
Tableau n°10	Proportion de résidents nantais souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale classique en cabinet, selon l'ancienneté	page 23
Tableau n°11	Proportion de résidents nantais des anciennes promotions et de la dernière promotion souhaitant s'installer dans les 5 ans à venir	page 24
Tableau n°12	Résidents nantais satisfaits de leur profession selon le sexe	page 24
Tableau n°13	Moyenne du ressenti de la charge administrative par les résidents nantais selon l'ancienneté	page 26
Tableau n°14	Moyenne de la charge administrative ressentie en comparant le groupe de résidents nantais ayant eu de l'aide et celui n'en ayant pas eu	page 27
Tableau n°15	Ressenti de la charge administrative par les résidents nantais selon le sexe	page 28
Tableau n°16	Population par tranche d'âge et par département en Pays de Loire	page 32

Tableau n°17	Population par catégorie socio-professionnelle et par département en Pays de Loire	page 33
Tableau n°18	Indices démographiques en Pays de Loire	page 33
Tableau n°19	Nombres de lits par type d'activité en Pays de Loire	page 34
Tableau n°20	Nombre de médecins par année et département en Pays de Loire	page 37
Tableau n°21	Indice de progression de l'effectif médical et taux de progression de la population par département (%) en Pays de Loire	page 37
Tableau n°22	Nombre de médecins généralistes par année et par département en Pays de Loire	page 38
Tableau n°23	Densité pour 1000 habitants de généralistes libéraux entre 1991 et 2000 par département en Pays de Loire	page 38
Tableau n°24	Effectifs et taux de croissance de généralistes libéraux par département en Pays de Loire	page 39
Tableau n°25	Evolution de la population ligérienne	page 40
Tableau n°26	Pourcentage de médecins (spécialistes et généralistes) selon l'activité en 2002 et 2020	page 42
Tableau n°27	Pourcentage de généralistes selon l'activité en 2002 et 2020 en Pays de Loire	page 43
Tableau n°28	Effectifs et densités régionales des médecins	page 47
Tableau n°29	Effectifs et densités régionales des omnipraticiens	page 48
Tableau n°30	Evolution du nombre de médecins depuis 1984	page 51
Tableau n°31	Densités d'omnipraticiens nouveaux ou installés selon le type de cantons	page 61
Tableau n°32	Principales caractéristiques des 8 types de cantons	page 62
Tableau n°33	Série du baccalauréat, selon le sexe	page 77
Tableau n°34	CSP du père de étudiants nantais selon la série du baccalauréat	page 78
Tableau n°35	Evolution du taux de généralistes parmi les étudiants des différentes promotions selon la Faculté	page 82

Tableau n°36	Pourcentage d'actifs occupés ayant un conjoint et répartition des conjoints par catégories socio-professionnelle	page 128
Tableau n°37	La criminalité et la délinquance constatées, en France de 1950 à 2000	page 132
Tableau n°38	Comparaisons des accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail (1999) entre l'ensemble du régime général et les professions de santé	page 134
Tableau n°39	Comparaison entre accidents du travail avec arrêts et accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail (1999) et en pourcentage	page 134
Tableau n°40	Critères d'installation a priori et a posteriori	page 137
Tableau n°41	Cotisations sociales à la charge des praticiens selon l'activité	page 140
Tableau n°42	Proportion de résidents nantais souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale classique selon l'ancienneté	page 143
Tableau n°43	Proportion de résidents nantais des anciennes promotions exerçant une autre profession que la médecine générale libérale classique	page 143
Tableau n°44	Proportion de résidents nantais de la dernière promotion souhaitant exercer une autre profession que la médecine générale libérale classique	page 143

NOM : **ANNEREAU**

PRENOM : **Anthony**

TITRE DE THESE :

**Installation des jeunes médecins
Souhaits des résidents
Quelles concordances avec les propositions
Ministérielles récentes**

RESUME

Une crise de la démographie médicale nous est annoncée après un discours de pléthore et des prises de décisions en ce sens.

Des propositions ont été élaborées et proposées au Ministère de la Santé, ces propositions sont actuellement à l'étude et certaines d'entre elles ont déjà été mises en application.

Nous étudierons les mécanismes politiques, sociologiques et psychologiques de cette crise annoncée.

Enfin, par une étude portant sur les résidents issus de la faculté de médecine de Nantes depuis 1997, nous nous attacherons à voir si ces directives nationales sont en adéquation avec les attentes des jeunes médecins sur le terrain en matière d'installation.

MOTS CLES

- Démographie médicale
- Médecins généralistes
- Résidents
- Troisième cycle
- Installation
- Effectif médical