

# Dynamique de population : quelle influence sur la démographie médicale ?<sup>1</sup>

OSWALT Noémie\*  
REGNARD Corinne\*

■ Cette communication se propose d'examiner les relations entre les dynamiques de population et la régulation de la démographie médicale appliquées au cas français. Plus particulièrement, nous examinerons comment l'État a instauré un *numerus clausus* et pourquoi le fondement de cette régulation est passé de considérations essentiellement économiques (impact du nombre de médecins sur les consommations de soins et sur les dépenses de l'assurance maladie) et numériques (limite des moyens pédagogiques mobilisables) à des considérations de dynamique de population.

En matière de santé, et plus particulièrement en matière de démographie médicale, comment et pourquoi l'État français s'est emparé de la régulation du nombre de médecins sur son territoire ?

Nous verrons comment le nombre de médecins a été tantôt perçu comme excédentaire, tantôt comme déficitaire, et jamais simplement correct et comment cette représentation a déterminé pendant 40 ans la régulation de la démographie médicale française. En effet, de part sont coût humain et financier, la démographie médicale constitue un sujet politique, terrain de convictions profondes quant au nombre idéal de médecins à former, de prescripteurs, de médecins de campagne, etc.

## Pléthore et baby-boom : la genèse du *numerus clausus* ?

### La Libération et le baby-boom

Les années d'après-guerre sont marquées par un essor sans précédent de la population française sous l'effet, en tout premier lieu d'une forte reprise de la natalité. Les premières générations de « baby-boomers » sont nées juste avant la fin de la guerre : le nombre d'enfants par femme est estimé à 2,31 en

---

<sup>1</sup> Cette étude s'appuie sur les données de l'INSEE et de l'INED en ce qui concerne la démographie française, l'Assurance Maladie en ce qui concerne la consommation de soins. Le répertoire ADEL, système d'information national sur les professionnels de santé a été créé en 1984 ; il a été remplacé en 2011, pour les professions de chirurgien-dentiste, médecin, pharmacien et sage-femme, par le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Les données historiques sur le corps médical sont issues de publications du centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM), qui a régulièrement collecté des statistiques issues des registres professionnels ou ministériels.

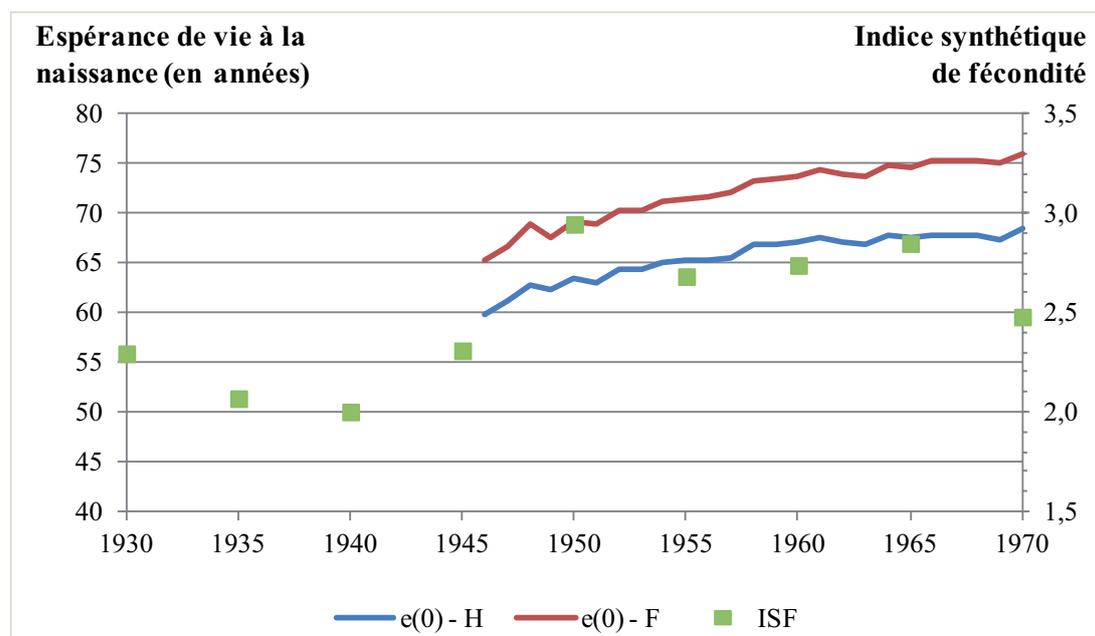
\* Démographe, Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Ministère de la santé, France.

1945<sup>2</sup>, contre 2 en 1940 (cf. Graphique 1). Il atteindra 2,95 en 1950 et restera soutenu jusqu'à la fin des années 60 (2,85 en 1965). Ces années sont également marquées par d'importants gains d'espérance de vie (l'espérance de vie à la naissance a gagné 9,1 ans pour les hommes et 9,9 ans pour les femmes entre 1930 et 1950) en lien direct avec un meilleur environnement de vie, les progrès de la médecine et un recours généralisé par l'ensemble de la population à la protection sociale.

La Libération est par ailleurs une période de solidarité nationale dans la population générale et la constitution de la IV<sup>e</sup> République affirme dans son préambule que « *la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». C'est dans ce contexte que les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945 organisent la Sécurité Sociale. Ces ordonnances fusionnent alors toutes les anciennes assurances (dont la maladie et la retraite, assurances qui ne couvraient qu'une partie de la population) et mettent en place, en France, d'un État-providence. Fondée sur les principes fondateurs de solidarité entre générations, d'universalité et de mutualisation des risques, la sécurité sociale est obligatoire et repose sur des mécanismes de transfert du type cotisation/redistribution.

Le baby-boom, probablement conforté par l'organisation de la protection sociale française et les politiques natalistes associées, est un événement vécu de façon positive mais qui posera des difficultés de gestion de ces générations nombreuses : arrivée de ces générations à l'université dès 1964 et sur le marché du logement et de l'emploi dès 1970, et, plus récemment, arrivée à l'âge de la retraite dès 2006.

**Graphique 1.** Évolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'indice synthétique de fécondité



Champ : France métropolitaine, territoire au 31 décembre 2010

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

<sup>2</sup> L'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés (définition INSEE).

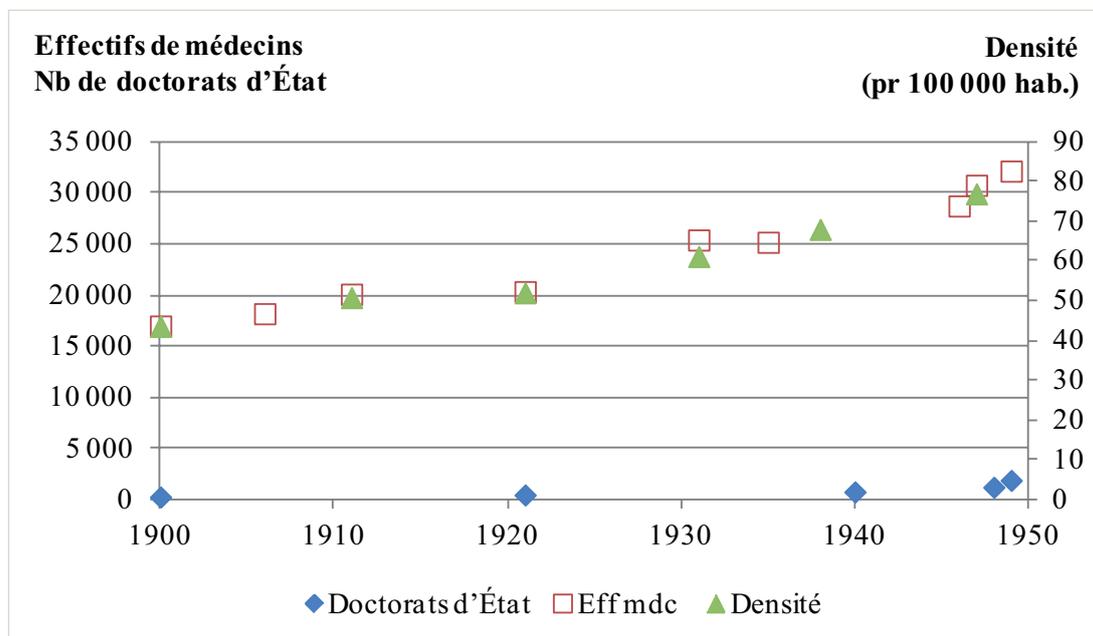
## L'organisation des études médicales : un impact immuable sur la démographie de la profession

Le XIX<sup>e</sup> siècle a marqué le pas dans l'organisation des études médicales<sup>3</sup>. Avec la loi du 10 mars 1803, le Consulat met en place le système des grades nécessaires pour exercer les professions de santé. Cette loi, entre autres, abolit la distinction entre médecins et chirurgiens mais en instaure une entre :

- les docteurs issus des écoles de médecine (devenues facultés en 1808) et dont le titre confère le droit d'exercer la médecine et la chirurgie sur tout le territoire,
- et les officiers de santé, autorisés à pratiquer une médecine « restreinte » après des études plus brèves et dans les limites du département où ils ont été reçus par des jurys médicaux ; plus connu sous le nom d'officiat de santé, il sera aboli en 1892.

L'internat des hôpitaux est quant à lui prévu dès la loi du 10 février 1802 : le concours de l'internat est alors réservé aux seuls externes des hospices pour une durée qui ne pouvait excéder 4 ans et l'hôpital devient alors un lieu de formation. Cette organisation ne connaîtra des modifications uniquement à la marge jusqu'à la réforme hospitalière du 30 décembre 1958 qui fusionne alors la fonction d'enseignement universitaire et hospitalière. Dans ce contexte, le nombre de médecins augmente régulièrement pour atteindre en 1950 environ 33 500 (contre 17 000 en 1900 et 25 000 au milieu des années 1930) et plus rapidement que la population résidente. De ce fait, la densité (nombre de médecins pour 100 000 habitants) croît au fil des ans à un rythme proche de celui des effectifs de médecins (cf. Graphique 2).

**Graphique 2.** Évolution du nombre de médecins et de la densité médicale pour 100 000 habitants



Source : données citées par M. BUNGENER, Sciences sociales et santé, février 1984

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, on observe un phénomène de concentration des populations, le nombre de français résidant dans une commune rurale est passé de 59 % en 1901 à 37 % en 1954. La population médicale n'échappe pas à la concentration dans les bourgs, où exercent déjà des confrères (Laugier, 1960) :

<sup>3</sup> Voir notamment à ce sujet HCERNI (1998) et <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/pdf/sm/F17%206084-6570.pdf>

la part relative des médecins « isolés »<sup>4</sup> évolue de 36 % en 1927 à 21 % en 1961. L'opposition entre le « médecin des villes » et le « médecin des champs », définie par la loi de 1803, tend ainsi à disparaître.

## Genèse de la démographie médicale

La notion de sureffectif médical est une préoccupation ancienne et synthétise un grand nombre d'opinions émises par les médecins (Bungener, 1984). Ainsi, des écrits<sup>5</sup> retracent l'inquiétude, dès le XIX<sup>e</sup> siècle, de médecins en activité quant à leur nombre trop important et donc à leur capacité de vivre de leur profession (peu de gens étaient en capacité de dégager les sommes nécessaires pour les soins). Leurs craintes n'étaient alors, non pas associées à une densité médicale débordante, mais à une concurrence de plus en plus prégnante. En effet, si à l'heure actuelle on ne sait toujours pas évaluer ce que devrait être la densité optimale sur un territoire donné pour garantir un accès aux soins à tous les concitoyens, il n'en demeure pas moins que la densité de médecins, alors d'environ 130 médecins pour 100 000 habitants, pouvait être qualifiée de faible.

Dès sa création en 1940, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) se préoccupe de la démographie médicale et suggère la fixation d'un *numerus clausus* ; il réalise en 1947 une enquête portant sur les besoins en médecins et intitulée « La pléthore médicale ». En 1948, la ministre de la santé Germaine POINSON-CHAPUIS crée une commission temporaire de démographie médicale, dont les conclusions rejoignent les recommandations du CNOM et concluent sur le fait qu'il n'y a pas de zone non couverte en médecins et qu'il existe des « régions surpeuplées ». Les experts sont alors les professionnels eux-mêmes, un doyen de faculté de médecine résume la situation ainsi : « *il faut laisser aux médecins leur destinée matérielle, mais n'oublions pas que notre profession est avant tout le dévouement et le sacrifice aux malades* ».

La démographie médicale intéresse les chercheurs en sciences sociales dès les années 1950. Le centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM) est créé en 1960 (Laugier, 1960), suivie en 1965 par la société de démographie médicale (Pr. R., 1965). Cette dernière est composée de médecins mais aussi d'experts, de sociologues, de démographes et d'administrateurs. Le CSDM et la société de démographie médicale s'intéressent dès le départ à des sujets divers tels que la structure par âge de la population médicale, la démographie de l'internat et de l'externat, la féminisation de la profession, les annuaires de la profession et autres sources d'information.

## Massification de l'enseignement supérieur et mise en place du *numerus clausus*

Vingt ans après les ordonnances de 1945, les baby-boomers sont devenus bacheliers dans un contexte de généralisation d'accès aux études supérieures. En particulier, on assiste à d'importants flux d'étudiants au sein des facultés de médecine avec la crainte, in fine, d'une surpopulation médicale. Ainsi, le nombre d'étudiants a doublé entre 1900 et 1935 (passant de 4 500 à 9 000) puis entre 1935 et 1950 pour atteindre environ 19 000. Si tous ces étudiants en médecine ne deviennent pas des Docteurs en

<sup>4</sup> Les médecins groupés à moins de 6 dans une commune sont définis comme isolés.

<sup>5</sup> *L'histoire des passions françaises* (T. ZELDIN) et *La vie quotidienne du médecin de province au XIX<sup>e</sup> siècle* (J. LEONARD) cités par Martine BUNGENER (1984).

médecine, leur nombre annuel évolue à un rythme encore plus soutenu sur cette même période passant de 300 en 1900 à 800 en 1940 pour atteindre un peu moins de 2 000 en 1950. Les études de médecine se déroulant sur plusieurs années (au minimum 8 ans), le flux annuel croissant d'étudiants en médecine augure un nombre également de plus en plus élevé de Docteurs en médecine.

**Tableau 1.** Évolution du corps médical (étudiants, diplômés, médecins en exercice) 1900-1970

Années	Étudiants en 1 <sup>re</sup> année de médecine	Doctorats d'État ou Diplômés de médecine	Effectifs de médecins	Densité*
1900	4 500	300	17 000	44
1921		500	20 364	52
1929	8 182			
1931			25 410	61
1935	9 000		25 188	
1938	10 480			68
1940		800		
1947	17 244		30 754	77
1949	18 743	1 925	32 138	
1951	19 373	2 282	34 558	
1954		2 195		
1959		2 180		
1965	45 000			113
1966	50 600			116
1968		3 027	59 065	119
1970		3 504	62 400	

(\*) : Nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Source : données citées par M. BUNGENER, Sciences sociales et santé, février 1984

C'est dans ce contexte que la loi du 13 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur<sup>6</sup> prévoit la mise en place d'un *numerus clausus* de en médecine et en dentaire « en vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière ». Ce *numerus clausus* régule l'accès aux études de médecine, sous couverts de trois grands arguments.

En tout premier lieu, un argument économique, avec le questionnement de l'État providence. Au fil des besoins et des ans, la protection sociale a été complétée par des dimensions d'assistance et d'assurance sociale garantissant contre les risques vieillesse, maladie, chômage et famille (Fenina, 2007).

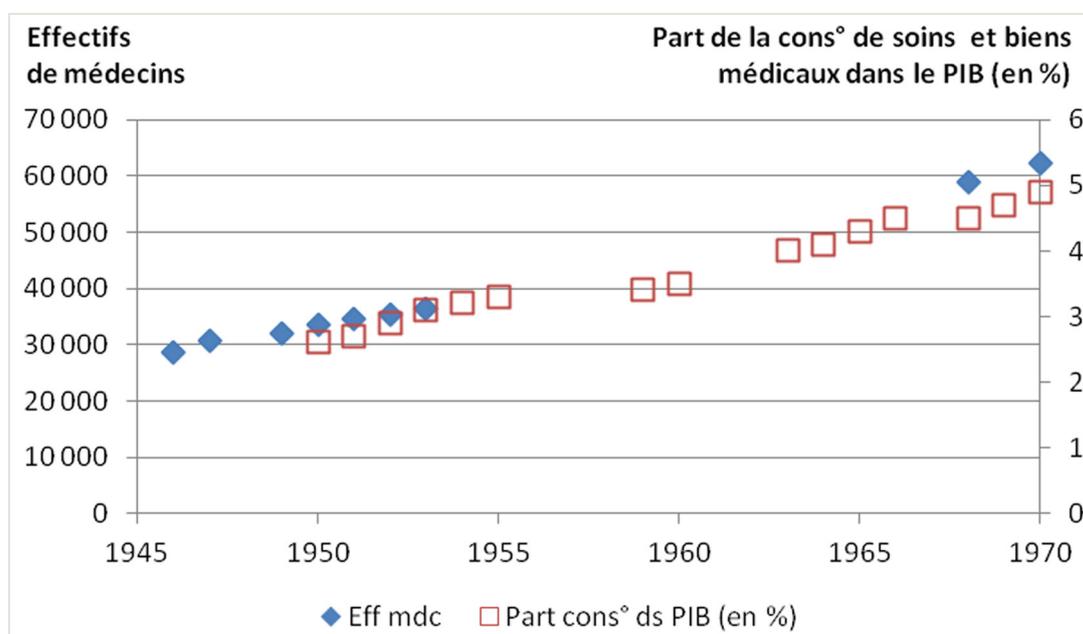
<sup>6</sup> La Loi du 12 novembre 1968, dite loi Faure, a porté au lendemain des événements de 1968 une importante réforme de l'université française (voir MORDER, R. [http://www.univ-reims.fr/gallery\\_files/site/1/1697/3184/5292/11061/15338.pdf](http://www.univ-reims.fr/gallery_files/site/1/1697/3184/5292/11061/15338.pdf)).

C'est à l'aune des années 1970 que l'on commence à parler de « crise de l'État providence » : ralentissement de la croissance, montée du chômage et premières difficultés de financement de la protection sociale remettent en cause son efficacité alors même qu'entre 1950 et 1970, la part de la consommation de soins dans le PIB a doublé (Wallach, 2011).

L'assurance maladie défend alors l'hypothèse que l'offre de soins génère la demande. En effet, les médecins en exercice, voyant le nombre de leurs confrères augmenter, auraient tendance à multiplier leurs actes ou à augmenter leurs honoraires<sup>7</sup> pour maintenir leurs revenus face à cette nouvelle concurrence.

Ceci serait possible dans la mesure où le médecin disposerait d'un avantage informationnel qui le conduit à recommander à un patient un niveau de traitement de celui que ce dernier aurait choisi s'il avait eu la même information. C'est donc sous couvert de cette « demande induite » que l'assurance maladie défend l'idée au début des années 1970 qu'il faut limiter le nombre de médecins (Cal, 2007).

**Graphique 3.** Progression du nombre de médecins et de la part de la consommation de soins 1945-1970



Source : Eco-Santé France 2012 – mise à jour : juillet 2012

Si à l'heure actuelle le débat autour de l'hypothèse de demande induite, largement étudié par les économistes (Béjean, 1997, Rochaix et Jacobzone, 1997) n'est toujours pas clos, il n'en demeure pas moins que la profession médicale est préoccupée par l'idée très répandue depuis des décennies d'une « pléthore médicale ». De plus, les médecins, bien organisés depuis la création de l'ordre des médecins en 1940 et la « renaissance » des syndicats médicaux dès 1944, n'ont eu aucun mal à faire entendre leur soutien à l'instauration d'un *numerus clausus* pour la poursuite des études médicales.

Ces arguments économiques (assurance maladie) et financiers (médecins) sont renforcés par le fait que les capacités de formation commencent à être en peine face à l'augmentation rapide des étudiants en médecine or le nombre de places de stages disponibles dans les hôpitaux est limité.

<sup>7</sup> En 1980, le « secteur 2 » est créé : les médecins y sont autorisés à pratiquer des tarifs libres, mais avec « tact et mesure ».

Le premier arrêté fixant un *numerus clausus* pour les études médicales est publié au Journal Officiel le 23 octobre 1971<sup>8</sup>. Il fixe alors, pour l'année universitaire 1974-1975, à 8 588 le « nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers [...] ». Le gouvernement de l'époque fixe alors, non pas le nombre d'étudiants pouvant s'engager durablement dans des études de médecine tel que cela est fait actuellement, mais le nombre d'étudiants pouvant poursuivre un internat hospitalier menant au titre de Docteur en médecine. Le nombre de places en stages hospitaliers étant alors estimé à 25 774 et l'internat se déroulant sur 3 années, le *numerus clausus* est fixé au tiers du nombre de stages disponible et s'applique aux étudiants de la rentrée 1971 qui, en négligeant les redoublements très peu nombreux, commenceront leur internat à la rentrée de 1974.

Quel est le poids des arguments démographiques dans la fixation de ce premier *numerus clausus* ? La démographie permet une analyse des dynamiques de populations dans une perspective globale. Or nous venons de le voir, les éléments pris en compte dans la fixation du *numerus clausus* ne se fondent en rien ni sur une réflexion de la dynamique de la population des médecins en activité, ni sur celle de la population générale (notamment aucune réflexion sur les besoins de santé). L'ultime critère retenu a été le nombre de places de stages disponibles dans les hôpitaux avec en filigrane le nombre futur supposé de médecins en exercice. En effet, s'il existe déjà quelques analyses prospectives (INSEE, CREDOC...), elles n'ont pas été utilisées dans la réflexion menée autour de la fixation de ce *numerus clausus*.

## Le paradoxe de la régulation du nombre de médecins

### Une politique de « stop and go » depuis 1971

La planification des effectifs médicaux est un exercice de prospective qui va au-delà des outils statistiques. Le nombre idéal de médecins dépend de nombreux facteurs (Bui Dang Ha Doan, 1973) : le volume de soins envisagés, soit pour satisfaire les besoins de santé de la population, soit pour maîtriser les dépenses de santé, le partage des missions entre les professionnels de santé, la productivité des personnels et la qualité des soins attendue, entre autres. Une fois ce nombre idéal déterminé, les mesures quantitatives permettant d'atteindre cet objectif peuvent porter sur les entrées professionnelles, les sorties du corps, la répartition géographique ou par spécialité de cet effectif, la productivité, etc.

Or, jusqu'en 2003 avec les premières mesures d'incitation à l'installation, les politiques publiques relatives à la démographie médicale n'ont porté que sur les effectifs (Cal, 2007).

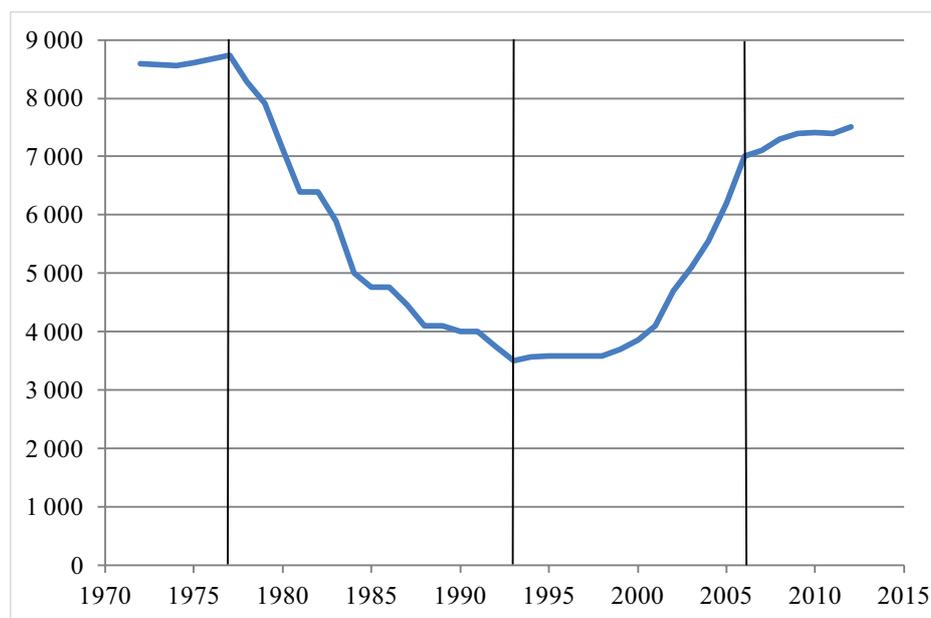
La régulation du nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine a connu quatre phases (cf. Graphique 4) :

- une fixation à un niveau élevé, autour de 8 600 entre 1972 et 1977, ce nombre étant principalement déterminé par les capacités de formation hospitalière ;
- une diminution drastique de 1978 à 1993 pour atteindre 3 500 places en 1993, soit un taux de croissance annuel moyen de – 6 % ;

<sup>8</sup> [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19711023&numTexte=&pageDebut=10449&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19711023&numTexte=&pageDebut=10449&pageFin=)

- un relèvement soutenu entre 1994 et 2006 pour atteindre 7 100, soit un taux de croissance annuel moyen de 5 %, et plus particulièrement à partir de 1998 avec un taux de croissance annuel moyen de 9 % ;
- une phase de stabilité relative entre 2007 et 2012, le *numerus clausus* dit principal<sup>9</sup> étant fixé à 7 500 à la rentrée universitaire 2012.

Graphique 4. *Numerus clausus* principal d'entrée en études de médecine 1972-2012



Source : Eco-Santé France 2012 - mise à jour : juillet 2012, DGOS

Les entrées dans la profession médicale sont formées par l'arrivée de nouveaux diplômés, les migrations, les reprises d'activité et les passerelles ou changements de carrière. Agir sur ces entrées constitue un levier lent mais pérenne de régulation de la démographie médicale.

Ainsi, cette politique par à-coups a des conséquences durables sur les effectifs de médecins : les dernières projections indiquent que, à comportements et organisation du système de santé constants, le nombre de médecins ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2020 et la densité médicale ne devrait retrouver son niveau actuel qu'en 2040 (Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009).

Dans les années 1980, simultanément à la phase B de diminution drastique du nombre d'étudiants, tout un chacun s'alarmait de « l'explosion de la démographie médicale française » (Bui Dang Ha Doan, 1987). Ainsi, un exercice de projection réalisé en 1985 pour le ministère de la santé prévoit un effectif de 220 000 médecins non retraités en 2010 et une densité de 375 médecins pour 100 000 habitants (Bui Dang Ha Doan, 1987). Ce travail précisait que toute action restrictive sur les entrées en formation ne serait perceptible qu'à partir de 2010, date à laquelle les effectifs devraient commencer à diminuer.

<sup>9</sup> Depuis 1993, le *numerus clausus* principal est complété par un accès réservé mais en nombre limité aux professionnels de santé déjà en exercice (il s'agit du *numerus clausus* complémentaire) ou à des diplômés de grandes écoles ou de MASTER (il s'agit de passerelles). En 2012-2013, le *numerus clausus* principal a été complété par 500 places supplémentaires (dont 80 places pour le *numerus clausus* complémentaire).

Partant de ce constat, les pouvoirs publics ont décidé d'agir sur les sorties du corps professionnel en prenant deux mesures incitant à la cessation d'activité. C'est ainsi que le MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation Anticipée d'Activité), est mis en place en 1988 ; il s'agit d'une allocation de remplacement de revenus destinée aux médecins libéraux âgés de 57 à 65 ans. Cette mesure est complétée en 1996 par une allocation de départ à la retraite aux mêmes âges ; elle est abrogée en 2003 et appliquée jusqu'en décembre 2004.

## Un contrôle drastique du nombre de médecins

Le *numerus clausus* pour la rentrée universitaire 1993-1994 a été fixé à 3 500, son niveau le plus bas. Il accuse alors une baisse de plus de 60 % depuis sa mise en place. Eu égard à la durée des études et à la structure de la population médicale, cette diminution drastique n'a pas empêché le nombre de médecins d'être multiplié par 2,6, passant d'un peu plus de 65 000 en 1971 à un peu plus de 182 500 en 1993. Cependant, la structure de la population médicale évolue : âgée de 41,6 ans en moyenne en 1984, cette population vieillit rapidement pour atteindre un âge moyen de 43,3 ans en 1993.

Par ailleurs, malgré une sélection sévère en raison d'un *numerus clausus* bas, les études de médecine restent attractives en raison d'un très faible taux de chômage. En effet, malgré les craintes de « saturation du marché », on estime, en 1991, que deux ans après l'obtention de leur diplôme, seuls 1,2 % des médecins sont au chômage (Martinelli, 1993).

De son côté, entre 1971 et 1993, la population française<sup>10</sup> a elle aussi augmenté, de 12 %, et même de 27 % parmi les 65 ans et plus sous l'effet d'une amélioration de l'espérance de vie de 5 années pour les hommes et de 5,6 années pour les femmes.

Le contrôle du *numerus clausus* pendant plus de 20 ans n'aura donc pas eu les effets escomptés :

- la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le produit intérieur brut n'a cessé d'augmenter (de + 3,1 points entre 1971 et 1993), ce qui d'ailleurs a conforté l'assurance maladie dans son hypothèse de demande induite qui au début des années 1990 défend l'idée de fixer le *numerus clausus* à 2 000 (réflexion menée dans le cadre de la signature de la 5<sup>e</sup> convention médicale en 1990),
- les baby-boomers, devenus médecins ont commencé à prendre leur retraite et les volumes des cohortes de jeunes médecins ne permettent plus de remplacer ces nombreux départs : si la part des 60 ans et plus n'a pas évolué entre 1984 et 1993 (8 %), celle des actifs les plus jeunes (moins de 35 ans) a été divisée par deux entre les deux mêmes dates (de 32 % à 16 %)<sup>11</sup>.

## 40 ans de confrontation entre les sentiments de pléthore et de pénurie

Le principe de la demande induite est résumé par les Pouvoirs publics sous forme d'une équation simple et compréhensible : pour réduire les dépenses, réduisons l'offre. Bien que ce raisonnement soit fait

<sup>10</sup> Résidents en France métropolitaine.

<sup>11</sup> L'âge moyen de départ à la retraite estimé à partir des enquêtes emplois de l'INSEE 1978-1981 était de 63,5 ans et les sorties par la retraite étaient quasi bimodales : 30 % des actifs sortent à 60 ans, 53 % à 65 ans. Dans les enquêtes emplois plus récentes (avant le début des années 2000), les sorties à 60 ans sont plus nombreuses et concernent la moitié des actifs (CREDES, 2001).

dans un objectif de maîtrise des dépenses de santé, il a longtemps trouvé écho auprès des professionnels, représentants syndicaux ou ordinaires, dans une logique protectionniste. Ce raisonnement est lié au constat de pléthore médicale.

Depuis le début des années 1990, la dette de la sécurité sociale, due initialement à la branche maladie, inquiète l'opinion publique. De nombreuses mesures de redressement sont prises et la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est créée en 1996<sup>12</sup>. Dans ce contexte, un rapport public indiquait en 1997 : « *l'évolution de l'offre de soins constitue le premier facteur explicatif sur l'évolution des dépenses* ». Cette logique considère également que l'augmentation de la demande de soins est « *créée et entretenue par des décennies d'offre excédentaire* ». Le *numerus clausus* est alors à son niveau le plus bas et les notions de besoins de soins ne sont pas abordés.

En parallèle, les économistes et démographes élaborent des travaux de prévision et de prospective sur les associations entre la structure de la population et la dépense sociale et sur les éléments quantitatifs et qualitatifs conduisant à une planification du nombre de professionnels de santé (Picheral, 2003).

Le début de la décennie 2000 marque la fin du constat de pléthore médicale. Le modèle de projection des densités médicales régionales élaboré par la DREES et l'INED conclue à une décroissance de la densité de 331 médecins pour 100 000 habitants en 2000 à 250 en 2020 (Vilain *et al.*, 2000). Pour la première fois, les Pouvoirs publics prennent en considération le fait que les flux de nouveaux diplômés, peu nombreux, ne compenseront pas les départs à la retraite annoncés pour les générations nombreuses du « papy-boom » ainsi que le temps de latence entre l'entrée en formation et l'exercice médical, soit environ 10 ans. Cette étude met aussi l'accent sur les inégalités géographiques de répartition des médecins. Ce raisonnement a pour conséquence un constat de pénurie médicale.

Ainsi, pendant 30 ans le *numerus clausus* est utilisé pour résoudre les problèmes de pléthore médicale, avec une réflexion orientée uniquement sur le nombre. Depuis 2000, il est devenu un outil de réduction de la pénurie et des inégalités géographiques, avec une réflexion associant le nombre et sa répartition géographique, puis entre spécialités. Le paradoxe de la démographie médicale française réside dans un aller-retour incessant entre la pléthore et la pénurie, sentiments inévitablement subjectifs.

## L'âge de raison ?

La prise de conscience simultanée de ce déséquilibre de la démographie médicale et du vieillissement de la population a impulsé une nécessité de réguler les effectifs de médecins en tenant compte de la dynamique de la population française et des besoins de soins.

Dès le début de la décennie 90, la réflexion se tourne vers ce que pourrait être un optimum de densité médicale tout en actant le fait que si le nombre de médecins ne cessera de croître encore quelques années, il devrait baisser rapidement au-delà de 2010 (Bui Dang Ha Doan, 1992). Et même le quotidien

<sup>12</sup> La CADES est un organisme gouvernemental français dépendant de cinq ministères de tutelles (Économie, Comptes publics, Santé, Travail, Vieillesse). Elle s'est vu transférer le montant de la dette sociale avec pour mission de la rembourser d'ici à 2025.

du médecin de titrer le 25 mai 1992 : « *La France va-t-elle manquer de médecins ?* ». La perspective d'une « pénurie de médecins » à l'aune des années 2010 commence à inquiéter.

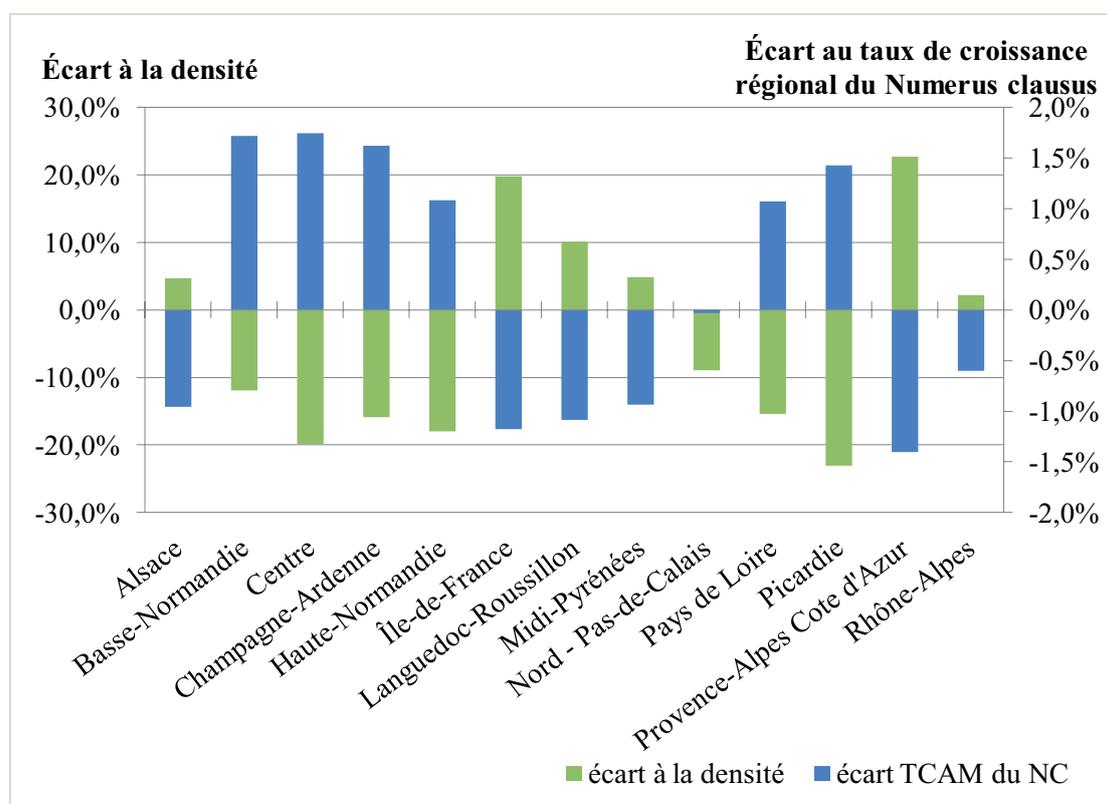
Malgré le déficit croissant de l'assurance maladie et l'absence d'une définition claire de ce que pourrait être cet « optimum de densité médicale », les décideurs publics s'engagent alors à relever le *numerus clausus*, à un rythme de 2 % par an en moyenne entre 1993 et 2001 puis à un rythme plus soutenu les années suivantes (+ 7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2010) pour atteindre un seuil de 7 500 pour la rentrée en 2<sup>e</sup> année d'étude de médecine de 2012-2013.

Très vite, le débat sur le nombre de médecins à former s'élargit à la répartition de ces professionnels de santé sur le territoire national. En effet, certaines régions connaissent des densités de médecins largement inférieures à la moyenne nationale métropolitaine (jusqu'à plus de 20 points dans les départements d'Outre mer ou encore dans des régions comme la Picardie, la Haute et Basse-Normandie, la Champagne-Ardenne, le Centre, les Pays de la Loire en 1993) pour des besoins de soins souvent croissant eu égard au vieillissement de la population médicale et générale. Aussi, la hausse du *numerus clausus* a, dans un premier temps, surtout concerné les régions dans lesquelles les besoins étaient les plus prégnants, dans la limite de ce que les capacités de formation pouvaient permettre. À titre d'exemple, il a été relevé de plus de 4 % en moyenne annuelle entre 1993 et 2001 puis d'au moins 8 % entre 2001 et 2010 en Picardie (dont la densité était en dessous de la moyenne métropolitaine de 29 point en 1993 et de 25 points en 2001), en Champagne-Ardenne (dont la densité était en dessous de la moyenne métropolitaine de 23 point en 1993 et de 19 points en 2001) et en Basse-Normandie (dont la densité était en dessous de la moyenne métropolitaine de 22 point en 1993 et de 19 points en 2001).

Ainsi, dans les années 2000, la régulation de la démographie médicale porte systématiquement sur le nombre et sa répartition géographique (cf. Graphique 5). En effet, la majeure partie des diplômés exercent par la suite dans leur région de formation (de l'ordre de 80 % selon les promotions), même si cela est moins prégnant dans la suite de la carrière d'un médecin<sup>13</sup>. Puis, progressivement, la régulation porte sur une troisième dimension : la répartition par spécialité. Le choix de la spécialité future d'exercice a lieu lors de l'entrée dans l'internat, au bout de six ans d'études ; ce passage se matérialise par un examen classant national, qui fait l'objet d'un arrêté annuel de répartition des postes par subdivision territoriale et par spécialité.

En 2010, la réforme des études médicales a permis d'introduire une vision pluriannuelle et prospective de l'adéquation entre les flux de formation et la gestion des besoins médicaux futurs. Cette réforme a introduit le principe d'un arrêté quinquennal fixant le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. En effet, avec le rapide relèvement du *numerus clausus*, le nombre d'internes à former a de fait augmenté sensiblement. De nouvelles capacités de formation, en particulier la création de nouvelles places de stages au sein d'établissements privés ou auprès de professionnels de ville, ont dû être développées. Chaque année, cet arrêté quinquennal est ajusté en fonction de l'évolution de la démographie de la population générale, des besoins médicaux en région et des capacités de formation et est égal au nombre exact de candidats éligibles.

<sup>13</sup> En 2011, sur 100 médecins exerçant dans une région, 67 ont été diplômés dans cette région.

Graphique 5. Écarts à la densité en 2012 et au taux de croissance du *numerus clausus* 1993-2012

Source : RPPS 2012, DGOS

Depuis 2003, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé, remet un rapport annuel au ministre chargé de la santé. À partir de 2010, l'ONDPS formule chaque année des propositions de professionnels de santé à former. La démographie est donc revenue au cœur des réflexions menées dans le cadre de la fixation du *numerus clausus* :

- au niveau national, l'utilisation d'outils et d'indicateurs démographiques dans l'aide à la décision (structure de la population des médecins et de la population générale, densité médicale régionale, sorties estimées d'internes en fonction de leur spécialité de formation, taux de remplacement des médecins...) et prise en compte des projections réalisées régulièrement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- au niveau régional, en complément, un processus de recueil des besoins de soins régionaux avec des contributions des représentants de l'État en région en fonction de leur organisation des soins (chaque région est chargée d'établir son schéma régional d'organisation des soins – SROS) et des indicateurs locaux des besoins de santé, actuels et futurs.

Après plusieurs années d'augmentation soutenue du *numerus clausus*, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a organisé en 2010 une large concertation des acteurs concernés<sup>14</sup> par l'évolution du

<sup>14</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle (DGESIP), l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), la conférence des doyens, les universités, les étudiants, les internes, les représentants des usagers, l'INSEE, le centre d'analyse stratégique.

nombre de médecins à former. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estimait alors, qu'en tenant compte des dernières projections de population de l'INSEE :

- la densité médicale de long terme s'établirait durablement bien au-dessus de son niveau connu en 2010 dans l'hypothèse d'un *numerus clausus* maintenu à 7 400 dans les prochaines décennies ;
- en revanche, elle retrouverait son niveau actuel vers 2050 avec un *numerus clausus* ramené progressivement à 7 000 en 2015 et maintenu à ce niveau par la suite ;
- et d'ajouter que ni l'effet probable des réformes de la retraite, ni l'impact des flux de médecins à diplôme étrangers ne sauraient modifier ces tendances.

La conclusion de ces travaux était alors qu'« en l'état actuel des choses, les pouvoirs publics ne prendraient pas de risque à infléchir légèrement à la baisse le *numerus clausus*, dans l'attente des résultats produits par les nouveaux modes d'organisation des soins mis en place ».

## Discussion et conclusion

Ainsi, nous venons de voir la régulation de la démographie médicale par le *numerus clausus* revêt un certain nombre de limites.

En tout premier lieu, il n'existe pas de méthode prospective d'identification des besoins de soins qui fait actuellement consensus et partagée par l'ensemble des acteurs (économistes de la santé, démographes, décideurs publics, ...). Par extension et parallélisme, nous ne savons pas non plus définir un optimum de soins, qui constituerait un objectif à atteindre.

D'autre part, l'organisation des soins en France connaît actuellement encore de profondes mutations qu'il est difficile de modéliser à ce jour : nouvelle gouvernance régionale depuis 2010<sup>15</sup>, généralisation des coopérations entre professionnels de santé<sup>16</sup>, développement de la prise en charge à domicile, sorties précoces de maternité notamment.

Enfin, à ce jour, le *numerus clausus* a fait systématiquement l'objet d'arbitrages politiques. En effet, la fixation du *numerus clausus* revêt depuis toujours un caractère hautement politique, tout particulièrement ces dernières années alors qu'on ne peut que constater les conséquences de la baisse drastique du nombre de médecins formés conjuguée au départ à la retraite massif des aînés. Modifier le *numerus clausus* endosse ainsi une réaction politique à ce que certains appellent « la désertification médicale » alors qu'eu égard à l'inertie de la démographie médicale et à la longueur des études cela n'a aucun effet immédiat sur le nombre de médecins en activité.

Pour autant la diminution drastique du *numerus clausus* n'a pas eu des effets néfastes jusqu'à présent sur ni sur le nombre de médecins en activité ni sur leur répartition géographique. Ainsi, on observe sur les 20 dernières années une diminution des inégalités interrégionales et infrarégionales de leur implantation (Fauvet, 2012).

<sup>15</sup> Création des agences régionales de santé (ARS) par la loi HPST de juillet 2009.

<sup>16</sup> Cf. HENART L. *et al.* (2011).

En outre, au cours des années les plus récentes, la dimension prospective est devenue plus centrale dans les décisions prises par les pouvoirs publics. Cela se manifeste par une volonté de prendre en compte d'une part, l'évolution prévisible des besoins de prise en charge en relation avec le vieillissement de la population générale et d'autre part la dynamique de la population des médecins.

Enfin, la régulation de la démographie médicale opérée en France s'inscrit dans une réflexion internationale. Un des exemples réside en la signature par la France en 2010 de la résolution WHA63.16 de l'OMS sur le code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. En réponse aux enjeux de la migration des personnels de santé, les États membres se sont engagés à mettre en œuvre des stratégies pérennes de planification et à prendre en compte des besoins de chaque pays.

## Références bibliographiques

- Attal-Toubert K. Vanderschelden M., 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées*. Paris : DREES, Dossiers solidarité et santé n° 12, 66 p.
- Barday D., 2002, *Demande induite et réglementation de médecins altruistes*, Paris : Revue économique. Volume 53, n° 3, pp. 581-588.
- Béjean S., 1997, *L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français*, Paris : CSDM, XXXVII<sup>e</sup> année, n° 3-4, pp. 311-339.
- Bui Dang Ha Doan J., 1965, *Les besoins en médecins pour 1970, 1975 et 1980*, Paris : CSDM, V<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 5-14.
- Bui Dang Ha Doan J., 1972, *Projection démographiques des professions de santé et prospective du système de soins (1962-1992)*, Paris : CSDM, XXXII<sup>e</sup> année, n° 2-3, pp. 159-176.
- Bui Dang Ha Doan J., 1973, *Esquisse d'une planification des personnels de santé*, Paris : CSDM, XIII<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 22-25.
- Bui Dang Ha Doan J., 1987, *Le contexte de l'explosion de la démographie médicale française*, Paris : CSDM, XXVII<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 62-77.
- Bui Dang Ha Doan, J., 1989, *Scenarios d'évolution du corps médical français (1985-2040)*, Paris : CSDM, XXIX<sup>e</sup> année, n° 3, pp. 307-338.
- Bui Dang Ha Doan, J., 2009, *Le numerus clausus des études médicales en France (1976-2009)*, Paris : CSDM, XXXIX<sup>e</sup> année, n° 3, pp. 341-370.
- Bungener M., 1984, *Une éternelle pléthore médicale ?*, Paris : Sciences sociales et santé, volume 2, n° 1, 1984, pp. 77-110.
- Cal M-L., 2007, *La politique de régulation de la démographie médicale en France : une mise en perspective*. dans Dumont, G-F. et al. (sous la direction de), *Démographie et santé*. Actes du XIV<sup>e</sup> colloque national de démographie, pp. 53-65.
- CREDES, 2001, *Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ?*, CREDES : Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES, Biblio n° 1341, 126 p.
- Daguet F., 1996, *La parenthèse de baby-boom*, Paris : INSEE, INSEE Première, n° 479, août 1996, 4 p.
- Fauvet L., 2012, *Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012*. Paris : DREES, Études et Résultats n° 796, 8 p.

- Fenina A., 2007, *Cinquante-cinq années de dépenses de santé - Une rétopolation de 1950 à 2005*. Paris : DREES, Études et Résultats n° 572, 8 p.
- Henart L., Berland Y., Cadet D., 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Ministère en charge de la santé, 57 p.  
([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_relatif\\_aux\\_metiers\\_en\\_sante\\_de\\_niveau\\_intermediaire\\_-\\_Professionnels\\_d\\_aujourd\\_hui\\_et\\_nouveaux\\_metiers\\_-\\_des\\_pistes\\_pour\\_avancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf))
- Hœrni, B., 1998, *La loi du 30 novembre 1892*, Histoire des sciences médicales – Tome XXXII – n° 1, pp. 63-67.
- Krief P.M., 1979, *Opinion des Instances professionnelles sur les effectifs du corps médical de 1947 à 1977*. Paris : CSDM, XIX<sup>e</sup> année, n° 3, pp. 72-73.
- Laugier A., 1960, *L'évolution du corps médical français depuis le début du siècle*, Paris : CSDM, I<sup>ère</sup> année, n° 1, pp. 7-14.
- Lévy M.L., 1996, *Les cinquante ans du baby-boom*, Paris : INED, Population & Sociétés, n° 311, mars 1996, 4 p.
- Martinelli D., Mansuy M., Arliaud M., Huard P., 1993, *Docteurs en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire : des conditions d'insertion encore favorables*, CEREQ : Bulletin de recherche sur l'emploi n° 89, 4 p.
- Meslé F., 2006, *Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes comblent une partie de leur retard*, Paris : INED, Population-F, 61(4), pp. 437-462.
- Monnier A., 2007, *Le baby-boom : suite et fin*, Paris : INED, Population et Sociétés, n° 431, février 2007, 4 p.
- Picheral, H., 2003, *La démographie médicale en question*, Paris : CSDM, XXXXIII<sup>e</sup> année, n° 2, pp. 313-329.
- Pr. R., 1965, *Une nouvelle société savante : la Société de démographie médicale*. Paris : Population, 20<sup>e</sup> année, n° 2, 1965 pp. 301-302.
- Rochaix L., Jacobzone S., 1997, *L'hypothèse de la demande induite : un bilan économique*, Économie et prévision, n° 129-130, pp. 25-36.
- Vilain A. Niel X. Pennec S., 2000, *Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020*. Paris : DREES, Études et Résultats n° 57, 8 p.
- Wallach D., 2011, *Numerus clausus – Pourquoi la France va manquer de médecins*, Paris : SPRINGER-VERLAG, 289 p.