
Dossier

Quelles perspectives pour la démographie médicale ?

Muriel Barlet, Laurent Fauvet, François Guillaumat-Tailliet, Lucile Olier*

En 2009, la France compte 214 000 médecins en activité ; cet effectif résulte d'une croissance ininterrompue depuis des décennies, il est le plus élevé de son histoire. Pour la première fois cependant, il serait appelé à diminuer de 10 % jusqu'en 2019 avant de revenir à son niveau actuel en 2030. Dans le même temps, la population française devrait croître d'environ 10 % entre 2006 et 2030. Ainsi, la densité médicale, qui rapporte l'effectif de médecins à la population, serait durablement inférieure à son niveau actuel. Ce résultat moyen est le fruit d'évolutions contrastées entre régions : la répartition des médecins sur le territoire serait fortement modifiée entre 2006 et 2030. Certaines régions actuellement bien dotées en médecins connaîtraient une forte baisse de leur densité médicale. Les écarts régionaux, poursuivant leur tendance des vingt dernières années, se réduiraient jusqu'en 2019, en faveur notamment des régions moins bien dotées actuellement. Ces résultats, issus du modèle de projection des médecins, trouvent leur origine dans la démographie actuelle et dans le pilotage réglementaire des effectifs d'étudiants en médecine et des postes ouverts à l'internat par spécialités et par régions.

Au 1^{er} janvier 2009, la France métropolitaine et les Dom comptent 214 000 médecins en activité. Ce chiffre est le plus élevé de son histoire ; il résulte d'une progression continue des effectifs (+ 22 % depuis 1990, tandis que la population augmentait d'un peu moins de 10 %), qui s'est ralentie progressivement suite aux mesures de régulation mises en oeuvre dans les dernières décennies (instauration puis resserrement du *numerus clausus*). La population des médecins a vieilli. Combinée dans les prochaines années aux départs en retraite de générations plus nombreuses, les inquiétudes sur la manière dont la relève va s'opérer peuvent créer un sentiment de pénurie, plus marqué dans certaines spécialités et dans certaines régions.

S'il n'y a jamais eu autant de médecins en France, ils ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. La répartition régionale des médecins ne reflète pas celle de la population. Certaines régions, en particulier l'Île-de-France et les régions du sud, sont mieux dotées en médecins. En 2006, la densité médicale de la France est de 327 médecins pour 100 000 habitants mais elle varie d'une région à l'autre : de 255 en Picardie à 402 en Île-de-France (*figure 1*). Ces densités devraient se modifier profondément dans les années à venir.

L'inertie des évolutions est renforcée par la durée des études de médecine

Les études médicales durent de 9 à 11 ans selon les spécialités. Elles sont organisées en trois cycles de durée inégale : le premier dure 2 ans, le deuxième 4 ans et le troisième de 3 à 5 ans. Elles sont rythmées par plusieurs temps forts. Le passage de la 1^{re} à la 2^e année du premier cycle s'effectue par un concours pour lequel le nombre de places (le *numerus clausus*) est fixé par arrêté ministériel depuis 1972, ce au niveau national et par faculté de médecine. À l'issue de la 4^e année du deuxième cycle, les étudiants passent les épreuves classantes nationales (ECN). Cet examen a remplacé le concours

* Muriel Barlet, Laurent Fauvet, François Guillaumat-Tailliet, Lucile Olier, Drees.

de l'internat en 2004. Chaque étudiant passant les ECN est classé et il peut choisir en fonction de son rang de classement une discipline (une spécialité – dont médecine générale¹ – ou un groupe de spécialités) et une subdivision d'affectation (là où se trouve le centre hospitalier universitaire de la région). Le nombre de postes offerts par discipline et lieu d'affectation est fixé annuellement au *Journal officiel*. Les ECN constituent par conséquent un puissant outil de régulation de la répartition territoriale des effectifs médicaux, d'une part en fixant les effectifs formés en un lieu donné et d'autre part en agissant sur les choix des lieux d'exercice des médecins, puisqu'en moyenne 79,5 % d'entre eux débutent leur vie active là où ils ont été formés. Le troisième cycle, appelé aussi internat, dure de 3 à 5 ans, il est effectué en milieu professionnel (majoritairement en centre hospitalier universitaire). Le diplôme de médecine est obtenu par la soutenance d'une thèse et la validation de semestres de spécialisation.

1. Nombre et densité de médecins en activité par région

	Médecins (effectifs)			Population (milliers)			Densité (médecins/100 000 habitants)		
	Projections selon le scénario tendanciel			Projections ¹			Projections selon le scénario tendanciel		
	2006	2019	2030	2006	2019	2030	2006	2019	2030
Alsace	6 101	5 504	5 802	1 831	1 976	2 073	333	279	280
Antilles-Guyane	2 337	2 324	2 782	1 066	1 240	1 416	219	187	196
Aquitaine	10 694	10 439	12 139	3 117	3 382	3 580	343	309	339
Auvergne	3 921	3 642	4 320	1 335	1 343	1 328	294	271	325
Basse-Normandie	4 000	3 872	4 569	1 453	1 481	1 479	275	261	309
Bourgogne	4 565	3 832	4 070	1 631	1 637	1 616	280	234	252
Bretagne	9 258	9 543	11 586	3 087	3 321	3 484	300	287	333
Centre	6 627	5 663	6 160	2 511	2 609	2 657	264	217	232
Champagne-Ardenne	3 750	3 320	3 737	1 333	1 304	1 257	281	255	297
Corse	910	708	668	279	300	315	326	236	212
Franche-Comté	3 356	3 345	3 971	1 151	1 183	1 189	292	283	334
Haute-Normandie	4 857	4 363	4 916	1 815	1 853	1 851	268	235	266
Île-de-France	46 144	37 085	37 132	11 474	12 043	12 437	402	308	299
Languedoc-Roussillon	9 040	7 934	8 274	2 557	2 966	3 336	354	267	248
Limousin	2 415	2 172	2 415	727	736	738	332	295	327
Lorraine	6 834	6 439	7 303	2 337	2 324	2 266	292	277	322
Midi-pyrénées	9 668	8 439	9 132	2 780	3 086	3 353	348	273	272
Nord - Pas-de-Calais	11 770	10 959	11 651	4 046	4 090	4 058	291	268	287
Pays de la Loire	9 392	9 615	11 408	3 441	3 753	3 969	273	256	287
Picardie	4 814	4 342	4 778	1 887	1 926	1 929	255	225	248
Poitou-Charentes	4 998	5 111	6 296	1 720	1 815	1 872	291	282	336
Provence - Alpes - Côte d'Azur	19 286	16 296	16 821	4 816	5 273	5 646	400	309	298
La Réunion	2 079	2 237	2 573	793	933	1 034	262	240	249
Rhône-Alpes	19 698	19 150	21 448	6 040	6 581	6 982	326	291	307
Tom ¹	1 244	1 347	1 640	...	...	...	...	...	...
France métropolitaine + Dom	206 514	186 331	203 953	63 225	67 158	69 866	327	277	292

1. Projections de l'Insee. Les projections de population ne sont pas disponibles pour les Tom, pour lesquels les densités ne peuvent donc pas être calculées. Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité.

Sources : fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement Drees), population Insee.

¹ Auparavant, devenaient généralistes les étudiants qui soit échouaient au concours de l'internat, soit ne le passaient pas.

Modéliser l'impact des variations du *numerus clausus* : une aide à la décision publique sur la démographie médicale

Les modèles de projections sont l'un des outils mobilisables pour éclairer les tendances et les enjeux de la démographie médicale. La Drees réalise à intervalles réguliers de tels exercices. Ceux-ci ne sont pas des prévisions, mais une tentative de modélisation et de quantification de différents scénarios permettant d'éclairer la décision publique.

L'un de ces scénarios, dit « tendanciel », sert de référence. Ce scénario repose sur l'hypothèse de comportements constants (*encadré*) : les pouvoirs publics sont supposés ne pas modifier leur politique actuelle et les étudiants et médecins effectuer les mêmes choix qu'au cours du passé récent jusqu'au terme de la période de projection. Cette hypothèse prolonge les tendances observées sans être évidemment la plus probable.

Par contraste avec ce scénario tendanciel, les variantes, qui consistent à modifier à chaque fois une hypothèse, permettent d'isoler et d'évaluer l'effet potentiel d'un changement de comportement ou d'une mesure d'ajustement. Deux variantes sont retenues : l'une avec un *numerus clausus* à 7 000 (variante « NC bas ») et l'autre avec un *numerus clausus* à 8 000 (variante « NC haut »). Nous présentons ici les principaux résultats régionaux du dernier exercice de projection de la Drees.

Encadré

Le modèle de projection et ses hypothèses

Le modèle employé pour réaliser le présent exercice de projections (2008) est une nouvelle version du modèle utilisé par la Drees jusqu'en 2004, dont la première version avait été élaborée conjointement par l'Ined et la Drees en 2000.

Le modèle produit des effectifs projetés de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, celle-ci allant de 2007 à 2030 pour l'exercice réalisé en 2008. Ces effectifs sont ventilés par spécialité, âge, sexe, région d'exercice, mode d'exercice et zone d'exercice.

Les médecins actifs au début de la période de projection sont ceux inscrits à l'Ordre des médecins au 31 décembre 2006. Les autres données utilisées par le modèle sont principalement les résultats des épreuves classantes nationales (ECN) produits par le centre national de gestion, les données du système SISE de la direction de l'Évaluation, de la prospective et de la performance (ministère de l'Éducation nationale) relatives aux étudiants en médecine, les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'Insee.

Le champ retenu est celui des médecins actifs y compris les médecins remplaçants. En revanche, les médecins ayant cessé temporairement leur activité ne sont pas comptabilisés.

Le modèle simule l'évolution des effectifs de médecins actifs année après année jusqu'en 2030, de façon agrégée jusqu'à l'entrée en troisième cycle des études médicales, puis individuellement (méthode de « microsimulation »).

Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements constants des médecins. Par exemple, les comportements des étudiants en médecine lors des ECN (redoublement, absence, abandon, etc.) ou encore les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active en ce qui concerne le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice sont supposés identiques à ceux observés des années précédant la projection. Il en est de même en ce qui concerne les décisions de régulation portant sur les répartitions des postes ouverts aux ECN par discipline ou par région.

Le *numerus clausus* passe progressivement dans le scénario tendanciel de 7 100 à un maximum de 8 000 de 2011 à 2020 avant de décroître pour atteindre 7 000 en 2030. Ce profil correspond à celui envisagé par les pouvoirs publics à l'été 2008 au moment de la construction du modèle.

Les flux internationaux de médecins actifs, entrants et sortants, sont supposés nuls ; par contre on comptabilise les flux d'étudiants en médecine entre la France et l'étranger, les départs vers l'étranger de jeunes médecins diplômés en France, avant leur entrée dans la vie active et les médecins diplômés à l'étranger et inscrits à l'Ordre au 31 décembre 2006.

Les effectifs médicaux nationaux devraient baisser de près de 10 % d'ici 2019, avant de revenir à leur niveau actuel en 2030

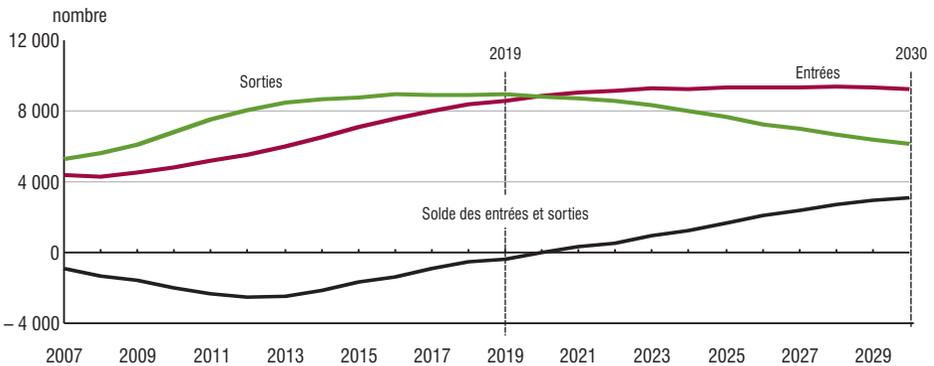
Sous les hypothèses du scénario tendanciel, le nombre de médecins actifs passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7 %. L'évolution des effectifs médicaux d'ici à 2019 est largement inéluctable : elle résulte presque entièrement de décisions déjà prises. La durée des études de médecine est telle que pratiquement tous les médecins qui exerceront à cette date sont actifs ou ont déjà commencé leurs études. Le nombre de futures installations est donc relativement facile à prévoir. En outre, les départs en retraite dans les dix prochaines années sont modélisés de façon fiable dans les projections dans la mesure où les comportements de cessation d'activité sont peu susceptibles de se modifier fortement à cet horizon (figure 2).

Au-delà de 2019, les évolutions de la démographie médicale sont sensibles aux hypothèses faites sur l'évolution du *numerus clausus*. Dans le scénario tendanciel, après 2019, les effectifs médicaux repartiraient à la hausse pour revenir à un niveau proche de leur niveau actuel en 2030 (206 000). Sur la période 2006-2030, ils diminueraient donc de 1 % seulement (figure 3). Cependant, si l'on poursuit la projection au-delà de 2030, les effectifs médicaux poursuivent leur progression et atteignent près de 260 000 en 2050.

Les effets d'une correction significative du *numerus clausus* ne sont nettement perceptibles qu'à partir d'un délai de l'ordre d'une quinzaine d'années. Ce n'est en effet que lorsque plusieurs promotions soumises successivement à des *numerus clausus* accrus (ou réduits) entrent dans la vie active que les effectifs de médecins en activité se trouvent sensiblement modifiés. Ainsi, un retour rapide du *numerus clausus* à 7 000 (variante « NC bas »), ne commencerait à avoir un effet visible et croissant avec le temps que 11 ans plus tard. De même, le maintien du *numerus clausus* à 8 000 ne serait pas perceptible avant 2030 (variante « NC haut »).

La baisse des effectifs médicaux en 2030 ne concernerait que les spécialistes (- 2,7 % par rapport à 2006) alors que les effectifs des diplômés de médecine générale seraient légèrement supérieurs à leur niveau de 2006 (+ 0,6 %).

2. Entrées et sorties définitives ou temporaires de la vie active d'après le scénario tendanciel



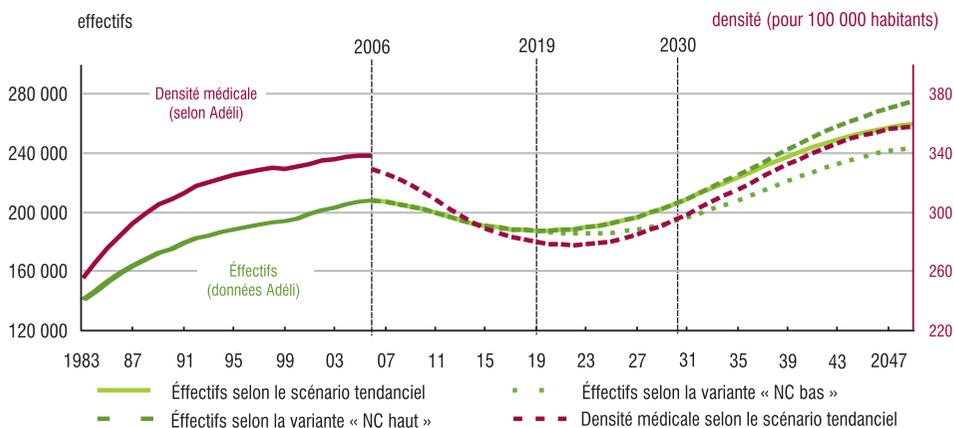
Champ : France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité.
Source : Drees, projections.

La densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel

La situation de la démographie médicale ne peut s'apprécier de façon pertinente à un moment donné qu'à l'aune des besoins de soins de la population. Modéliser l'évolution de la demande de soins est en dehors des objectifs des exercices de projections ; néanmoins l'évolution du nombre de médecins peut être mise en regard de celle de la population qui détermine, en première approximation, la demande de soins.

D'après les projections de l'Insee, la population française devrait croître d'environ 10 % entre 2006 et 2030, de façon continue. Par conséquent, la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, devrait chuter plus fortement que l'effectif de médecins dans les années à venir. D'après le scénario tendanciel, pour l'ensemble France métropolitaine et Dom, la densité médicale passerait de 327 à 279 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020 (figure 3), diminuant ainsi de 16 %, pour retrouver son niveau du milieu des années 1980 en 2020. Si les comportements des médecins restaient inchangés et si le *numerus clausus* augmentait jusqu'à 8 000 en 2011 puis après 2020 redescendait progressivement à 7 000 (scénario tendanciel), la densité médicale serait à nouveau croissante entre 2024 et 2030, année à laquelle elle serait de 295 médecins pour 100 000 habitants, c'est-à-dire inférieure d'environ 10,6 % à son niveau de 2006.

3. Médecins en activité d'après le scénario tendanciel et les variantes « NC Bas » et « NC Haut »



Champ : France métropolitaine, médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité (données Adéli) ; France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité (projections).

Lecture : en 2039, il y aurait 237 700 médecins en activité selon le scénario tendanciel, 221 000 selon l'hypothèse du *numerus clausus* à 7 000 ("NC Bas") et 242 400 selon l'hypothèse du *numerus clausus* à 8 000 ("NC Haut"). Cette même année, selon le scénario tendanciel, il y aurait 336 médecins pour 100 000 habitants.

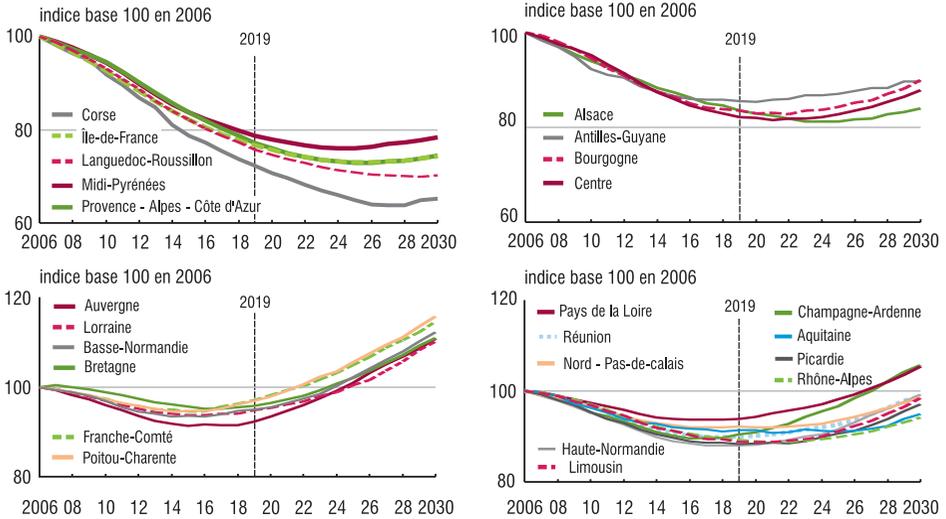
Source : Drees, répertoire Adéli, fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006, traitement et projections Drees.

La densité médicale serait en forte baisse dans certaines régions actuellement bien dotées

De même, les densités régionales devraient toutes diminuer sur la première partie de la période de projection. Il s'agirait donc là d'une rupture de tendance, puisqu'au cours des vingt dernières années, elles tendaient à croître. Leur hausse a été assez marquée jusqu'au début des années 1990, puis s'est un peu ralentie. En 2030, en revanche, les résultats sont relativement contrastés. Sous les hypothèses du scénario tendanciel, les évolutions des densités régionales seraient assez différenciées (figures 4 et 5).

Le modèle prévoit une baisse de la densité médicale pour 16 des 24 régions entre 2006 et 2030. Cette baisse serait particulièrement marquée pour 5 régions : Corse (-35 %), Languedoc-Roussillon (-30 %), Île-de-France (-26 %), Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA) (-26 %) et Midi-Pyrénées (-22 %). Pour ces régions, on observerait pratiquement une baisse continue de la densité médicale sur toute la période de projection. La baisse de la densité médicale de l'Alsace, de la

4. Évolution des densités médicales régionales de 2006 à 2030 d'après le scénario tendanciel



Champ : France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité.

Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

5. Évolution du nombre, de la densité de médecins en activité et de leurs facteurs, d'après le scénario tendanciel

	Évolutions 2006-2030		Pop. région/ ensemble de la pop. au 01/01/2007 ¹	Part de la région dans			Part de diplômés entrant dans la vie active dans la région		Médecins de plus de 50 ans en 2006	Solde migratoire annuel ³	
	Nombre de médecins	Popul- ation ¹		Densité médicale pour 100 000 hab.	le numerus clausus ²	les postes ouverts aux ECN ²	les postes pourvus aux ECN ²	diplômés de la région ³			diplômés dans une autre région ³
Alsace	-4,9	13,2	-16,0	2,9	3,4	3,6	3,9	74,7	10,9	48,4	-28
Antilles-Guyane	19,0	32,8	-10,3	1,7	1,1	1,7	1,3	...	...	50,3	18
Aquitaine	13,5	14,8	-1,2	4,9	5,0	4,0	4,3	77,9	15,5	50,7	14
Auvergne	10,2	-0,5	10,8	2,1	2,3	2,5	2,8	75,1	12,2	49,3	-16
Basse-Normandie	14,2	1,8	12,2	2,3	2,3	3,8	3,0	73,9	11,8	51,1	-13
Bourgogne	-10,9	-0,9	-10,0	2,6	2,5	3,7	2,5	62,8	14,9	51,2	-1
Bretagne	25,2	12,9	10,9	4,9	4,3	4,8	5,2	81,8	21,4	49,0	29
Centre	-7,0	5,8	-12,2	4,0	2,8	4,5	2,9	78,6	19,0	53,1	17
Champagne-Ardenne	-0,3	-5,7	5,7	2,1	2,4	3,7	2,7	73,8	7,2	50,3	-22
Corse	-26,6	12,7	-34,9	0,4	0,3	0,0	0,0	...	...	53,6	9
Franche-Comté	18,3	3,3	14,6	1,8	2,0	2,4	2,6	79,4	10,1	48,3	-17
Haute-Normandie	1,2	2,0	-0,7	2,9	2,6	3,9	3,5	68,2	12,4	50,8	-9
Île-de-France	-19,5	8,4	-25,8	18,3	22,8	14,7	16,1	87,0	24,7	53,1	-166
Languedoc-Roussillon	-8,5	30,5	-29,8	4,0	3,2	2,7	3,0	82,8	23,7	50,3	55
Limousin	0,0	1,6	-1,6	1,1	1,8	1,4	1,5	76,2	11,9	50,2	-5
Lorraine	6,9	-3,0	10,2	3,7	3,7	4,8	4,7	78,8	9,2	49,6	-30
Midi-Pyrénées	-5,5	20,6	-21,7	4,4	3,7	3,4	3,7	80,0	21,8	52,2	42
Nord - Pas-de-Calais	-1,0	0,3	-1,3	6,4	7,1	6,8	7,4	78,2	9,4	43,9	-75
Pays de la Loire	21,5	15,3	5,3	5,5	4,5	5,5	6,0	78,9	15,0	47,9	14
Picardie	-0,8	2,2	-2,9	3,0	2,4	3,9	3,2	70,0	14,2	49,1	-18
Poitou-Charentes	26,0	8,9	15,7	2,7	2,4	3,5	3,6	71,2	21,0	51,3	14
Provence - Alpes - Côte d'Azur	-12,8	17,2	-25,6	7,6	6,8	5,2	5,7	86,0	24,5	52,7	120
Réunion	23,8	30,5	-5,1	1,3	0,5	0,8	0,9	...	...	42,4	15
Rhône-Alpes	8,9	15,6	-5,8	9,6	10,0	8,6	9,4	83,9	20,4	47,6	32
Ensemble	-1,2	10,5	-10,6	...	...	...	...	79,5	20,5	50,4	...

1. Estimations de population, Insee.

2. Valeurs observées en 2007 et supposées constantes tout au long de la période de projection.

3. Valeurs moyennes au cours de la période de projection.

Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité.

Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

Bourgogne, du Centre et des Antilles-Guyane², un peu moins marquée, mais aussi moins durable, serait de l'ordre de - 10 à - 20 % en 2030, par rapport à 2006. Au contraire, entre 2006 et 2030, la densité régionale croîtrait relativement fortement (de 10 à 16 %) en Poitou-Charentes, en Franche-Comté, en Basse-Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine. Dans ces régions, elle serait décroissante jusqu'au milieu des années 2010, mais augmenterait assez nettement par la suite. En 2030, les densités des autres régions ne seraient pas très éloignées de leurs valeurs de 2006. Celles de la Champagne-Ardenne et des Pays de la Loire seraient supérieures et les autres inférieures aux densités actuelles. Cependant, elles seraient dans un premier temps décroissantes, jusqu'au début des années 2020 pour la plupart d'entre elles, donc plus faibles pendant une partie de la période de projection.

L'évolution à l'horizon 2030 du nombre de médecins actifs dans une région donnée est déterminée principalement par le niveau des flux d'entrées dans la vie active, la structure par âge actuelle de la population médicale, qui détermine le nombre de sorties de la vie active au cours de la période de projection, et enfin les flux migratoires au moment de l'entrée dans la vie active, mais aussi en cours de carrière. La répartition régionale des postes d'internes lors des ECN détermine en grande partie les flux régionaux d'entrées dans la vie active (voir *supra*). Le scénario tendanciel suppose que la répartition actuelle des postes aux ECN est maintenue constante sur toute la période de projection. Cette hypothèse, forte et peu réaliste, a néanmoins le mérite de mettre en évidence l'impact, pour chaque région, de la mobilité en cours de carrière et des départs en retraite des médecins, à flux d'installation donnés, figés aux niveaux relatifs actuels.

Si la plupart des régions devraient connaître une hausse de leur population sur la période 2006-2030 – les plus dynamiques connaîtraient une hausse de 13 % à 30 % de leur population – d'autres en revanche font exception et seraient moins peuplées en 2030 qu'en 2006. La population en Champagne-Ardenne diminuerait tout au long de la période de projection et celles de la Lorraine, de la Bourgogne et de l'Auvergne commenceraient à diminuer dans les années 2010 (*figure 5*).

Pour comprendre les changements qui marquent la densité médicale régionale, il faut donc prendre en compte l'évolution de chacun de ces facteurs, qui se combinent d'une façon particulière pour chaque région. La forte baisse du nombre de médecins actifs en Île-de-France au cours de la période 2006-2030 (- 19,5 %), par exemple, résulterait tout à la fois d'une répartition défavorable des postes ouverts aux ECN, d'un solde migratoire négatif pour les médecins en activité et d'un nombre conséquent de cessations d'activité car en 2006 la part des médecins de plus de 50 ans y est en moyenne plus élevée que dans le reste de la France.

La démographie médicale évoluerait de façon contrastée selon les régions

D'ici à 2030, dans les régions dont la densité médicale diminuerait d'au moins 10 % – à l'exception des Antilles-Guyane – (Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Île-de-France, PACA, Alsace, Bourgogne et Centre), la population régionale serait en hausse (sauf pour la Bourgogne) et le nombre de médecins actifs en baisse (*figure 5*). Ces régions seraient donc plutôt « défavorisées » pour ce qui concerne les entrées dans la vie active : les parts des postes offerts (ou pourvus) en première année d'internat y seraient généralement plutôt faibles au regard du poids de leurs populations régionales. Parmi ces régions, celles dont la densité médicale diminuerait le plus fortement seraient pourtant plutôt attractives et « retiendraient » bien leurs diplômés. Dans la plupart de ces régions, la population médicale est actuellement plus âgée qu'au niveau national. Les arrivées dans ces régions seraient en général plus fréquentes et dans certaines d'entre elles, les départs seraient également plus rares. Le solde migratoire résultant des changements de région d'exercice en cours de carrière serait positif

²Dans le cadre des projections d'effectifs de médecins, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane constituent un seul ensemble, du fait de leurs faibles effectifs de médecins.

chaque année (sauf pour l'Île-de-France, l'Alsace et la Bourgogne). Les Antilles-Guyane se caractériseraient par des flux migratoires entrants et sortants particulièrement importants.

En Auvergne, en Basse-Normandie, en Bretagne, en Franche-Comté, en Lorraine et en Poitou-Charentes, régions dont la densité médicale augmenterait nettement dès la fin des années 2010, les entrées dans la vie active seraient assez nombreuses au regard des effectifs régionaux de médecins actifs, notamment parce que ces régions bénéficieraient d'une part assez importante des postes d'internes ouverts et pourvus à l'issue des ECN. Leur attractivité et leur capacité à « retenir » leur diplômés seraient en revanche plutôt faibles, même si la Bretagne se distinguerait en la matière. Les médecins actifs dans ces régions seraient généralement un peu plus jeunes en moyenne que l'ensemble des médecins. Les cessations définitives d'activité ne seraient donc pas particulièrement fréquentes au cours de la période de projection. À l'exception de la Bretagne et du Poitou-Charentes, ces régions perdraient chaque année des médecins du fait des migrations en cours de carrière.

Les densités médicales des régions Aquitaine, Pays de la Loire, Réunion, Rhône-Alpes d'une part et de Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Limousin, Nord - Pas-de-Calais et Picardie d'autre part resteraient proches de leurs niveaux actuels. Les premières ont une population médicale plus jeune que la moyenne. Les sorties de la vie active seraient par conséquent moins nombreuses. En revanche, ces régions ne sont pas favorisées par la répartition géographique actuelle des postes ouverts en première année d'internat. Sauf pour La Réunion, caractérisée comme les Antilles - Guyane et les Dom par des flux entrants et sortants importants, les migrations en cours de carrière à destination ou en provenance de ces régions ne seraient pas particulièrement fréquentes, mais le solde migratoire serait chaque année positif. Les secondes bénéficieraient quant à elles d'un nombre d'entrées dans la vie professionnelle un peu plus important que la moyenne, en raison d'une répartition géographique des postes ouverts en première année d'internat un peu plus favorable, leur attractivité et leur capacité à « retenir » des jeunes diplômés étant assez faibles. Les médecins exerçant en 2006 dans ces régions ne sont pas particulièrement âgés, et ceux exerçant en Nord - Pas-de-Calais sont même plutôt jeunes. Les sorties de la vie active au cours de la période ne seraient donc pas particulièrement fréquentes. Sauf pour Nord - Pas-de-Calais, les arrivées de médecins dans ces régions seraient plus fréquentes que dans l'ensemble des régions, mais il en serait de même des départs. Le solde migratoire serait négatif chaque année.

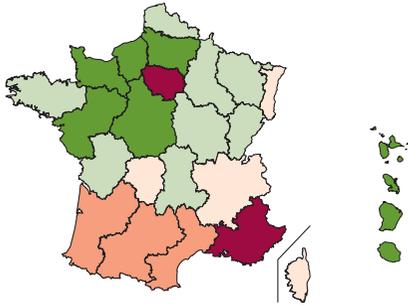
Les écarts régionaux continueraient à se réduire avant de se creuser à nouveau

La baisse ou la hausse de la densité médicale dans une région n'a cependant pas la même signification selon que la région était initialement bien ou peu dotée en médecins. Une hausse de la densité médicale dans les régions les moins dotées, éventuellement accompagnée d'une baisse de la densité médicale dans les régions bien dotées conduirait à une baisse des écarts régionaux. En 2006, les écarts entre les densités régionales sont en moyenne de 15 % de la densité nationale (France métropolitaine et Dom) (*figure 6*).

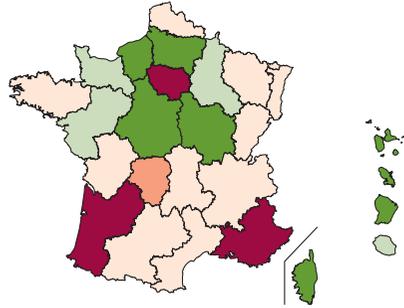
Les disparités régionales sont pourtant bien moindres aujourd'hui que par le passé et se sont réduites de façon continue au cours des vingt dernières années. Les écarts, exprimés en valeur absolue, entre les densités régionales et la densité métropolitaine représentaient en moyenne 21 % de la densité de la France métropolitaine en 1983 (*figure 7*). Ils n'en représentent plus que 14 % (et 15 % de la densité nationale) en 2006. La baisse des écarts a concerné presque toutes les régions, avec plus ou moins d'ampleur : l'écart à la densité métropolitaine s'est réduit fortement entre 1983 et 2006 en Île-de-France (région pour laquelle il est passé de + 40 % à + 22 %), en Languedoc-Roussillon (de + 20 % à + 8 %), en Nord - Pas-de-Calais (de - 24 % à - 11 %), en Bretagne (de - 18 % à - 9 %) et dans le Limousin (de - 10 % à 0 %), alors qu'il est resté quasiment stable (et négatif) en Auvergne (*figure 8*).

6. Densité de médecins par rapport à la moyenne nationale en 2006, 2019 et 2030

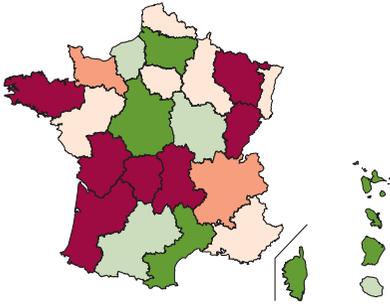
Densité ensemble des médecins en 2006



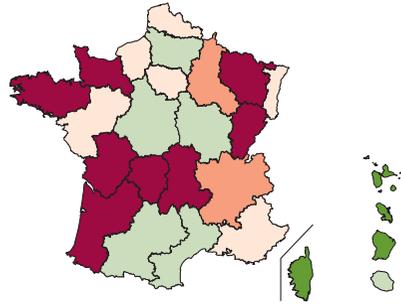
Densité ensemble des médecins en 2019
Scénario tendanciel



Densité ensemble des médecins en 2030
Scénario tendanciel

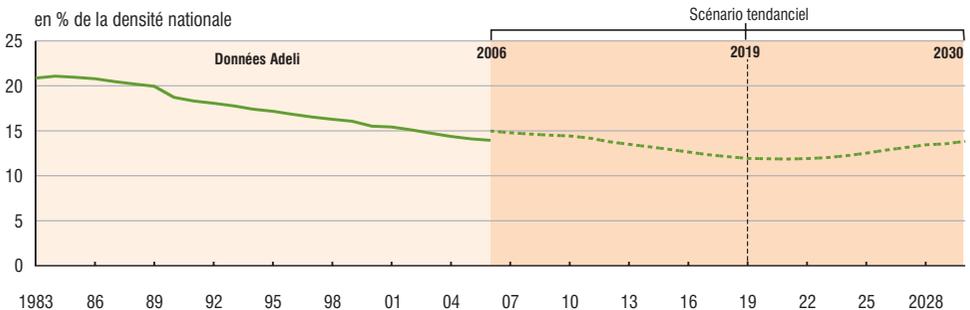


Densité ensemble des médecins en 2030
Variante rééquilibrage régional avec 3 ajustements



Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et Dom.
Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

7. Écart moyen à la densité nationale de médecins

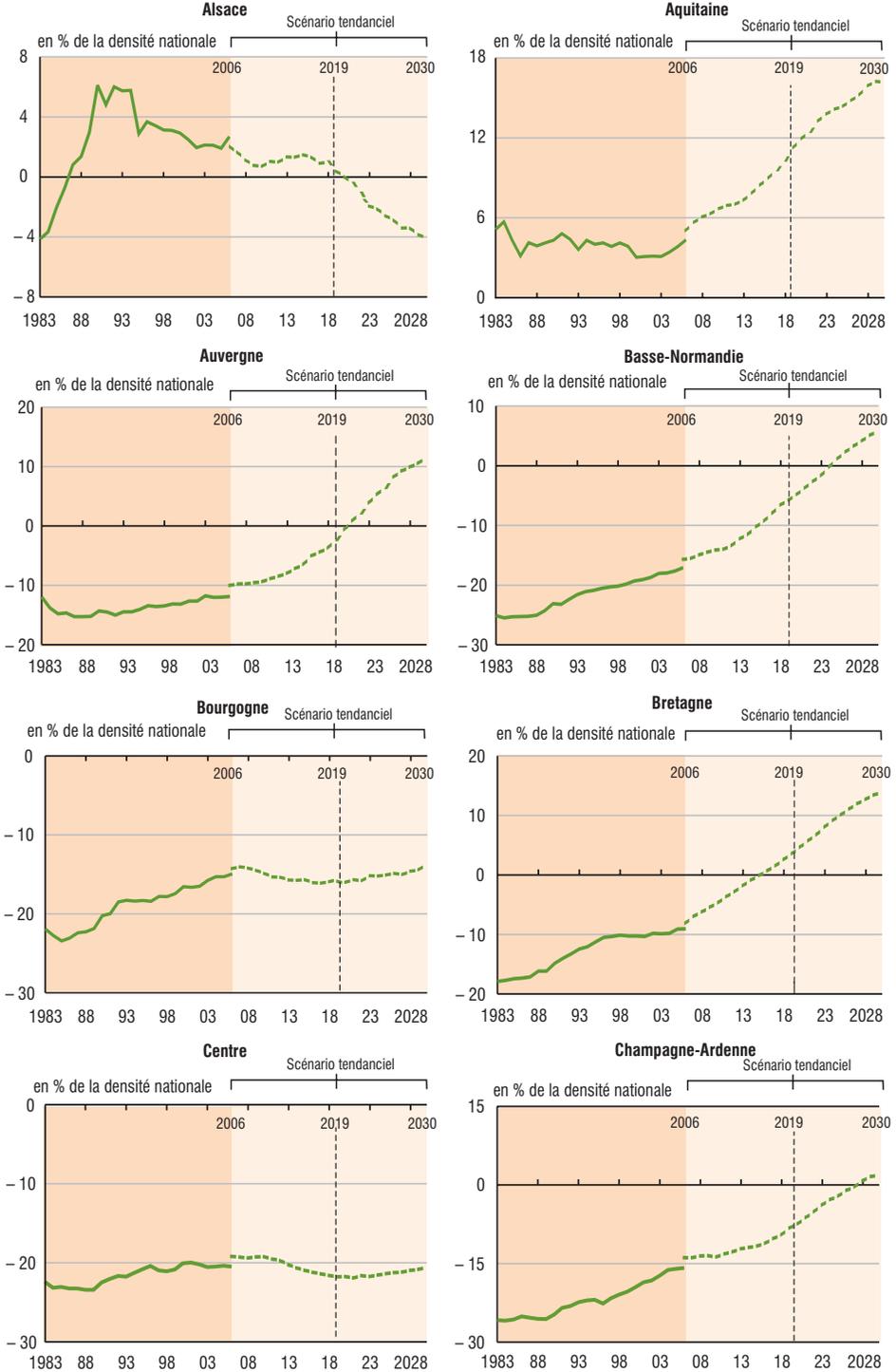


Champ : France métropolitaine, médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité (données Adeli) ; France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité (projections selon le scénario tendanciel).

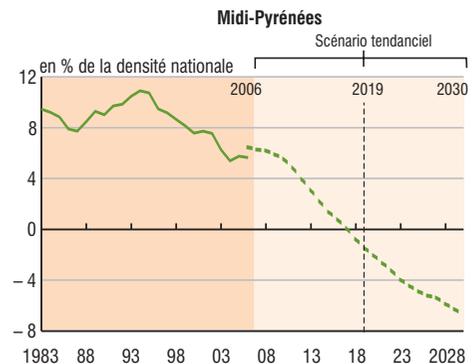
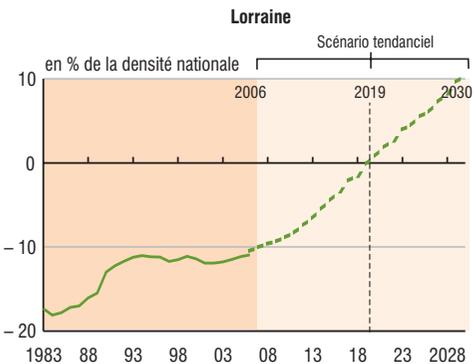
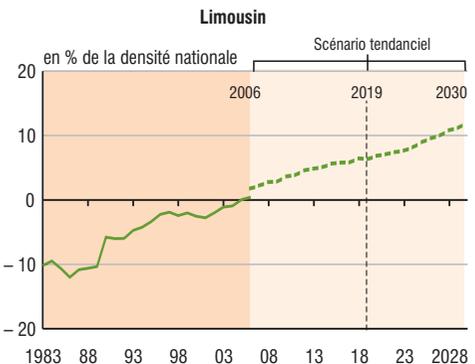
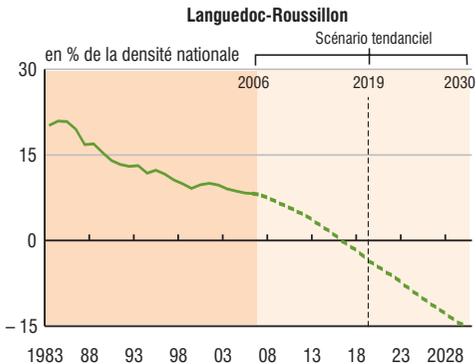
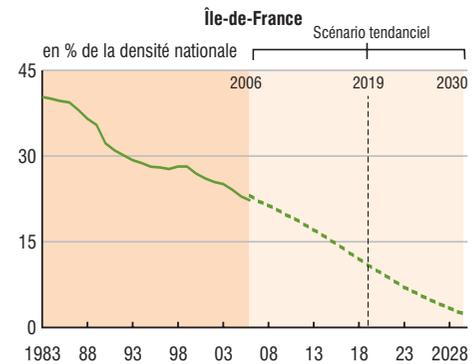
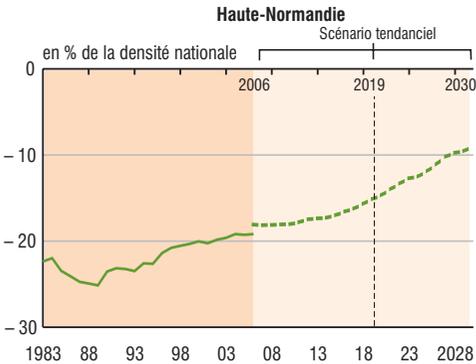
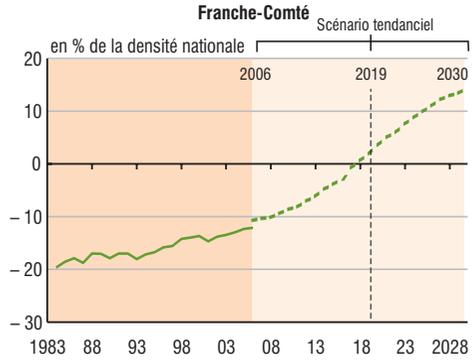
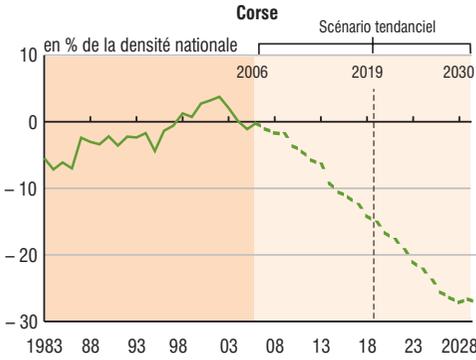
Note : la densité nationale est ici la densité calculée pour l'ensemble France. Il s'agit de l'écart quadratique moyen des densités régionales à la densité nationale, chaque région comptant pour 1.

Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

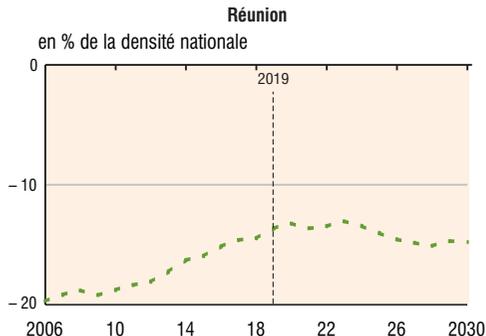
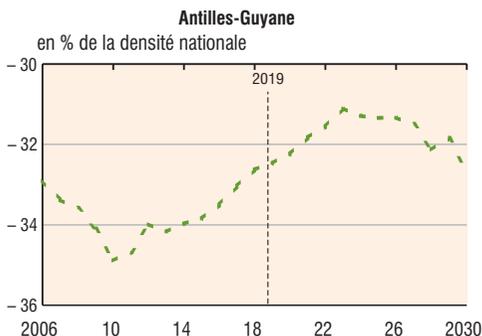
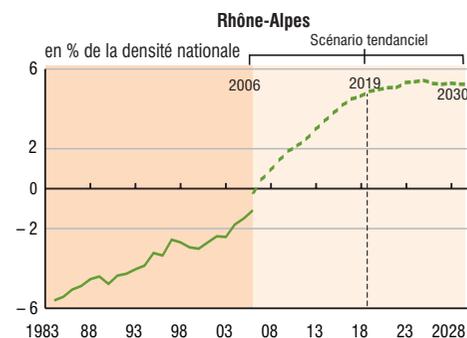
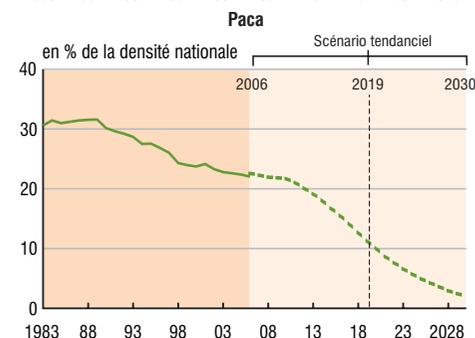
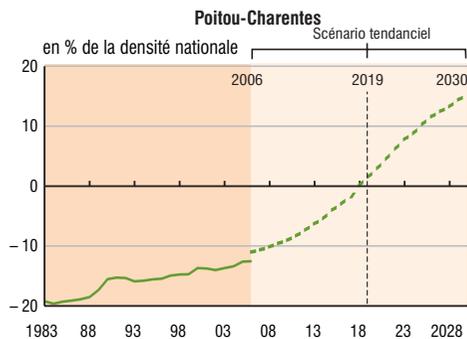
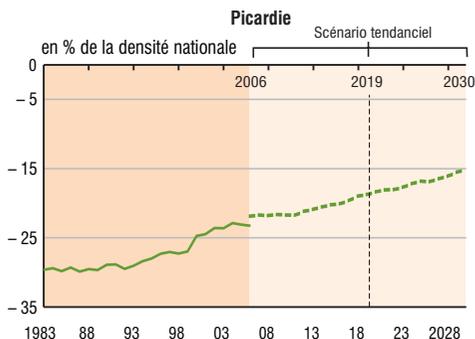
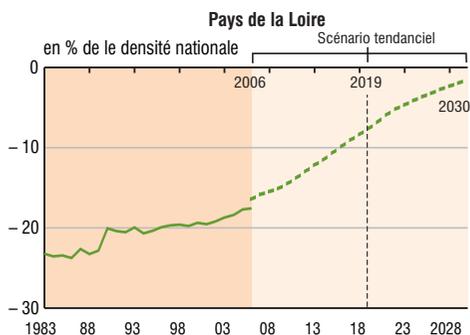
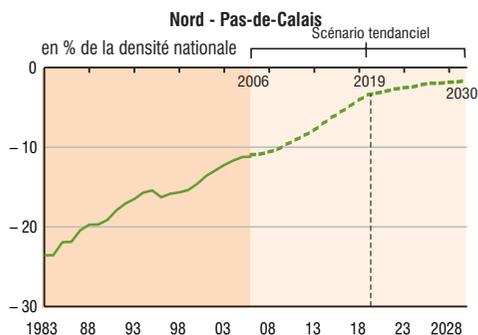
8. Écart entre la densité régionale de médecins et la densité nationale



8. Écart entre la densité régionale de médecins et la densité nationale (suite)



8. Écart entre la densité régionale de médecins et la densité nationale (suite)



Champ : France métropolitaine, médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité (données Adeli) ; France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité (projections selon le scénario tendanciel).

Note : la densité nationale est ici la densité calculée pour l'ensemble France.

Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

Sous les hypothèses du scénario tendanciel, les disparités régionales en matière de densité médicale seraient globalement peu atténuées en 2030 par rapport à 2006. Certaines régions seraient donc toujours bien mieux dotées en médecins que d'autres mais ce ne serait plus les mêmes. Ainsi, Île-de-France et PACA ne seraient plus les régions aux densités les plus élevées. Toutefois, ce renversement de situation n'interviendrait que dans la deuxième moitié de la période de projection : au cours des dix prochaines années, la tendance à la réduction des écarts observée depuis une vingtaine d'années se prolongerait. L'écart moyen des densités régionales à la densité nationale continuerait à décroître, pour atteindre un minimum de 12 % en 2019 (contre 15 % en 2006), avant d'augmenter à nouveau à partir de 2022, jusqu'à 14 % en 2030.

Réduire les disparités régionales en matière de densité médicale n'est pas un objectif en soi, puisque les besoins de soins peuvent différer selon les régions en fonction notamment de la structure par âge et de l'état de santé de leur population. Cependant, s'il paraît opportun de réduire ces écarts, modifier la répartition régionale des postes proposés en première année d'internat est un levier pour atteindre ce but. Certaines variantes examinent l'impact sur les disparités régionales d'un pilotage plus prospectif de la répartition des postes aux ECN tenant compte notamment de l'évolution des populations régionales, c'est-à-dire, indirectement, de la demande de soins adressée aux professionnels.

Un pilotage plus prospectif de la répartition des postes aux ECN permettrait de réduire davantage les disparités régionales

Des variantes permettent de rendre compte de l'impact potentiel d'une modification à intervalles réguliers de la répartition régionale des postes ouverts dans chaque discipline en première année d'internat, à l'issue des ECN. Pour chaque discipline, la proportion des postes ouverts dans la région est supposée inversement proportionnelle à l'écart entre la densité régionale et la densité nationale de médecins de la discipline.

Compte tenu de la durée du troisième cycle (de 3 à 5 ans selon les spécialités), un ajustement de la répartition des postes ouverts en première année de troisième cycle ne peut produire d'effet qu'à moyen terme. Pour être efficace, une modification de la répartition des postes ouverts aux ECN doit donc viser à atténuer non pas les disparités actuelles, mais celles qui pourraient être observées à l'avenir.

Ces variantes simulent l'effet d'une modification de la répartition des postes ouverts aux ECN déterminée en fonction des écarts entre les densités régionales et la densité nationale projetées pour les années à venir. En réalisant plusieurs ajustements successifs et itératifs (2007, 2012 et 2017) en fonction des densités réestimées à chaque itération, on limiterait un peu plus à chaque étape le creusement de ces écarts (*figure 6*). En 2030, les disparités seraient moins marquées avec cette variante que d'après le scénario tendanciel, et nettement moindres que celles observées en 2006 : l'écart moyen à la densité nationale représenterait 12 % de la densité nationale en 2030, contre 13,8 % d'après le scénario tendanciel, tandis qu'il représentait encore 15 % de la densité nationale en début de période. Ce gain, relativement faible, s'explique tant par le poids faible des entrées sur l'effectif total des médecins que par la durée longue des études de médecine impliquant que toute décision n'impacte qu'avec retard les effectifs. ■

Pour en savoir plus

Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossier Solidarité et Santé* n° 12, Drees, novembre 2009.

Vanderschelden M., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *Études et Résultats* n° 676, Drees, décembre 2009.
