

Les projections démographiques du corps médical et la planification des disponibilités en médecins

Bui DANG HA DOAN

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales

L'axe épistémologique de la science démographique est incontestablement le devenir quantitatif dans le temps des groupes humains, de leurs mouvements, de leurs comportements, de leurs structures. De ce fait, les projections occupent une place particulière dans toute étude de population. D'ailleurs, on n'a plus besoin de démontrer l'utilité pratique de ces projections. S'agissant des populations nationales ou régionales, elles permettent de prévoir les besoins de divers ordre, logements, écoles, emplois... qui vont apparaître dans 10, 20 ou 30 ans.

Cette utilité n'est pas moindre dès lors qu'il s'agit de corps professionnels. En mettant en œuvre différentes techniques, on peut aujourd'hui prévoir d'une part l'effectif futur d'une profession et de l'autre la quantité de services ou de biens qu'elle devra produire pour satisfaire la demande. La mise en parallèle de l'offre et de la demande futures conduit à pronostiquer à l'avance une situation de sureffectif ou de pénurie en personnel et à agir à temps pour en réduire les effets indésirables.

Toutefois, ce schéma s'applique seulement aux corps professionnels dont l'activité productive se retrouve dans le cadre d'un marché, c'est-à-dire d'une confrontation de l'offre et de la demande par le biais du prix. Dans le cas d'une « mise hors marché » - et tel est celui des médecins -, la donne devient autre.

1. Sureffectif et pénurie des médecins en France

1.1. Le « sureffectif » des années 80 et 90

Pendant la deuxième moitié des années 70 et les deux décennies suivantes, il y avait en France un consensus général à propos du sureffectif du corps médical. De fait, entre 1980 et 1993, le nombre total des médecins en activité en métropole et dans les DOM-TOM, de 117 900, s'est élevé à 181 700, soit une augmentation de 54% en 13 ans. Dans la seule médecine libérale, le nombre des omnipraticiens a augmenté de 36%, celui des spécialistes de 64%. Pendant ces treize années, la population française ne s'est accrue que de 7%. Les cris d'alarme fusaient de toute part. Pourtant, l'activité des médecins, *au lieu d'accuser une chute*, a connu une remarquable expansion. Durant la période, le nombre annuel de visites et consultations par omnipraticien libéral s'est accru de 6%, et de 21% par spécialiste libéral. Il n'y a rien de surprenant au phénomène puisque la masse totale des consultations et visites a augmenté entre 1980 et 1993 de 45% en omnipratique et a presque doublé dans les spécialités. Le nombre des offreurs de soins s'est fortement accru mais la demande a connu une croissance encore plus rapide. Les prédictions de pléthore de médecins ne se sont pas manifestées dans les indicateurs, ni ailleurs. Pourquoi cela ?

Dans le système de santé français, le poids du coût des soins médicaux est supporté pour l'essentiel par les prélèvements obligatoires, c'est-à-dire les impôts et les cotisations sociales. De plus, la part (en général faible) laissée à la charge du patient est payée par les mutuelles, théoriquement optionnelles, mais automatiques dans beaucoup de cas. Moyennant un certain délai de latence, la demande des soins, *libérée de la barrière de l'argent*, suit l'offre en son ascension, effaçant rapidement toute situation de sureffectif dont l'expression visible aurait été une baisse abrupte de l'activité des praticiens et même l'apparition du chômage médical.

1.2. La « pénurie » des années 60

Examinons maintenant l'autre éventualité, celle d'une forte et rapide augmentation de la demande de soins alors que l'offre demeure stable. Dans ce scénario, la main d'œuvre médicale *payée à l'acte*, accélère pour ainsi dire « naturellement » son rythme de production, permettant d'éviter toute crise de pénurie entraînant un allongement démesuré des files d'attente des malades.

La pénurie des années 60 offre précisément un exemple frappant du processus. En mai 1960, fut signée la première convention nationale entre les médecins libéraux et les organismes de sécurité sociale. Cette convention permettait une baisse considérable de la barrière de l'argent dans le recours aux soins pour la grande majorité des Français. Du coup, en quelques années, la demande a explosé. La carrière médicale apparaissait soudain comme un eldorado et attirait irrésistiblement les jeunes. Le nombre des étudiants inscrits dans la classe appelée maintenant PCEM1 (première année du premier cycle des études médicales, autrement dit l'année qui suit le baccalauréat), de 9 880 en octobre 1963, s'est élevé à 24 448 en octobre 1967, soit un accroissement de près de 150% en quatre ans. Cette hausse en dit long sur la course vers les soins médicaux. Pourtant, nulle part, on n'a signalé alors un allongement extraordinaire des files d'attente ou une multiplication des cas dramatiques, comme ce qui s'est passé au Royaume-Uni dans les années 90. Mais c'est un fait que les médecins français travaillaient bien plus chaque semaine à la veille de Mai 1968 qu'à la fin de la 4^{ème} République, dix ans avant.

1.3. Un fameux paradoxe

Dans ce contexte où pour ainsi dire il n'y a plus de rencontre entre l'offre en personnel et la demande des soins dispensés par ce même personnel, il peut paraître futile de chercher à planifier les ressources humaines. En d'autres termes, la prévision de l'effectif futur des médecins ne semble guère d'une forte nécessité.

Cette impression iconoclaste est d'ailleurs confortée par un autre paradoxe. On vient de voir ci-dessus qu'à partir de 1975 et pendant plus de deux décennies, tous les acteurs du système de santé ont unanimement admis que le pays comptait trop de médecins. Les doléances dans la presse professionnelle, tout comme les rapports officiels, ne tarissaient pas sur le sureffectif médical. Mais à partir de 2000, un consensus inverse est apparu : tout ce qui compte dans le système de santé n'a plus eu qu'un seul sujet de terreur : la pénurie de médecins. La presse professionnelle et les déclarations des responsables ne parlent plus que de surcharge des services à l'hôpital, de la désertification médicale des campagnes, du manque de spécialistes dans telle ou telle discipline.

Cependant, ces deux périodes de consensus national ne manquent pas de surprendre : en 1979, il y avait en France métropolitaine 206 médecins actifs inscrits à l'Ordre pour 100 000 habitants, alors que 24 ans plus tard, en 2003, cette densité s'élève à près de 340. En un quart de siècle, l'angoisse du vide a remplacé la peur du surnombre, *bien que la densité des médecins ait augmenté, elle, de deux tiers*. Comment expliquer un tel paradoxe ?

2. Un essai d'explication par la perception collective

Si la matérialité du sureffectif (ou de la pénurie) appartient au domaine du fugace, *la sensation de la pléthore (ou du manque, selon la période) existe bel et bien*.

2.1. D'où vient la sensation du sureffectif ?

Lorsque, sur plus d'une décennie, le nombre annuel de nouveaux diplômés ne cesse d'augmenter, le mouvement provoque inmanquablement un réflexe de peur, peur de l'apparition d'une concurrence sauvage dans la médecine de ville, peur du manque de postes

dans les services hospitaliers. Comme les deux concepts de surnombre et de dévalorisation sont fréquemment associés dans les esprits, un afflux fort et durable de *jeunes médecins* sur le marché induit une perception aiguë de pléthore. Certes, à la fin des années 70, le « boom » des diplômés nouveaux n'en était qu'à ses débuts mais *l'effet d'annonce* s'est chargé de jeter le trouble dans les esprits.

On connaît la suite de l'histoire. Le nombre d'étudiants admis à poursuivre les études en médecine, de 8 661 en octobre 1977 a été réduit à 4 460 en octobre 1987 et à 3 576 en octobre 1997. Les avertissements des études de démographie médicale (1) (2) (3) (4) ont été reçus dans un silence fracassant. Mais que montraient ces études ? Elles montraient qu'une baisse continue de l'effectif des étudiants comporterait d'importants inconvénients. Au moment de la parution de ces études, ces inconvénients apparaissaient fort lointains. Dans un certain sens, on peut dire (avec tristesse) qu'il ne pouvait pas en être autrement car, par essence, l'impact de tout ce qui relève des phénomènes démographiques ne devient visible à tout le monde qu'au terme de 15 ou 25 ans.

2.2. D'où vient la sensation de la pénurie

La diminution des étudiants admis à poursuivre les études médicales a conduit évidemment, à 10 ans d'intervalle, à la chute du nombre des *jeunes diplômés* qui sortaient chaque année des facultés. Dès la fin des années 90, tout le système en ressentait les effets. Dans la médecine ambulatoire (ou médecine de ville) les praticiens trouvent de plus en plus difficilement de jeunes confrères pour les remplacer pendant les week-ends ou pour racheter leur clientèle à leur départ en retraite. Dans les hôpitaux, les internes et les « faisant fonction d'interne » se font rares et l'activité des services en souffre.

En moins de 5 ans, l'opinion des acteurs du système fit volte-face : la sensation de la pénurie remplaça la peur de l'encombrement. Des groupes de lobbying se mirent en place pour faire relever le *numerus clausus* (ou nombre d'étudiants admis à poursuivre les études médicales). Ils y ont réussi : de 3 576 en octobre 1997, le *numerus clausus* a été porté à 5 100 en octobre 2003 et à 6 200 en octobre 2005. L'adoption d'un *numerus clausus* à 7 000 pour octobre 2007 semble fort probable au moment où ces lignes sont écrites.

2.3. La force de la jeunesse

C'est donc l'ampleur du flot des jeunes qui fait surgir le spectre de l'inondation ou de la sécheresse. Dans les deux cas, ni le nombre des médecins, ni leur densité, ni la confrontation de l'offre et de la demande des soins n'ont guère d'impact, sauf en certaines zones géographiques bien délimitées et pendant de courtes durées, le temps pour que s'opère l'ajustement entre l'offre et la demande.

3. Les projections démographiques du corps médical

Les décennies qui viennent de s'écouler montrent ainsi que dans le système de santé français la planification du personnel médical est une entreprise pleine d'incertitude, l'effectif futur ne jouant qu'un rôle secondaire pour susciter surnombre ou pénurie. Est-ce à dire que les projections démographiques du corps médical ne sont plus guère de mise ? Ce serait aller vite en besogne.

L'un des mérites des techniques de projection démographique est de prévoir, non seulement l'effectif futur des habitants du pays, *mais aussi la répartition de cet effectif selon l'âge et le sexe*. Appliquées à la profession médicale (ou tout autre corps professionnel), elles donnent un aperçu du nombre total des médecins et de leur structure d'âge et de sexe dans 10, 20, 30 ans... Dans un pays où le nombre des nouveaux diplômés est régulé par un système de *numerus clausus*, elles permettent d'appréhender à l'avance *l'ampleur du flux futur des jeunes*

médecins selon tel ou tel niveau du *numerus clausus* adopté maintenant. Vu ce qui précède, ce point est capital.

3.1. Le corps médical français en 2025

En 2003, nous avons effectué une projection démographique du corps médical (5) en partant d'hypothèses de recrutement universitaire (c'est-à-dire du *numerus clausus*).

Nous nous sommes basés sur 2 hypothèses. La première présumait que le *numerus clausus* serait progressivement relevé jusqu'à 6 000 en octobre 2007 puis plafonnerait à ce niveau. La deuxième hypothèse supposait que ce plafond serait plus élevé, de l'ordre de 8 000. Le point de départ de la projection était le 31-12-2000, date où l'on comptait 200 800 médecins en activité en Métropole et dans les DOM-TOM.

Dans l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 6 000, le nombre de médecins continuerait à s'élever jusqu'à 209 300 en 2010 puis déclinerait pour atteindre 183 200 à la fin de l'an 2025. Si le *numerus clausus* est fixé à 8 000, le nombre de médecins ne changerait pas en 2010 mais après cette date, la réduction serait moins importante : le corps médical compterait 205 700 membres en 2025, soit un effectif légèrement plus élevé qu'en 2000.

Mais, bien plus que le nombre total des médecins, c'est *l'effectif des jeunes médecins* de moins de 40 ans qui devrait retenir l'attention. Ils sont plus de 46 600 en 2000 mais dix ans plus tard en 2010 ne seraient plus que 17 000. La chute brutale procède évidemment du maigre recrutement universitaire des années 90. Elle explique le revirement de l'opinion en 2000-2001, qui vit la peur de la pénurie remplacer la hantise du surnombre, comme décrit ci-dessus.

En 2025, le nombre de jeunes praticiens de moins de 40 ans s'élèverait à 25 400 dans l'hypothèse d'un *numerus clausus* plafonné à 6 000, mais atteindrait 33 700 si le *numerus clausus* est porté à 8 000. En d'autres termes, en 15 ans, de 2010 à 2025, les jeunes médecins verraient dans le premier cas leur nombre augmenter de moitié ; *dans le second cas, ce nombre doublerait.*

3.2. Un apport non prévu

Un doublement de l'effectif des jeunes médecins en l'espace de 15 ans serait sans doute suffisant pour jouer le rôle de détonateur faisant resurgir la perception collective de la pléthore. À son tour, cette perception va conduire le pouvoir politique à réduire drastiquement le *numerus clausus*. Il y a donc toute chance pour que le scénario des années 1975-1985 se répète un demi-siècle plus tard, vers 2025-2035 si l'hypothèse de 8 000 se réalise. Cette réduction brutale du *numerus clausus* ferait émerger vers 2050 un profond sentiment de pénurie et le jeu de yo-yo recommencerait, avec des implications négatives faciles à deviner (6) (7).

Voilà un pronostic pour ainsi dire inattendu mais plausible que permettent, dans le contexte français, les projections démographiques de la profession médicale.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) CENTRE DE SOCIOLOGIE ET DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALES – *Politique universitaire et évolution numérique de la profession médicales* (Étude réalisée pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale), Paris, Décembre 1985, 77 pages.

- (2) Bui DANG HA DOAN – « Scénarios d'évolution du corps médical français (1985-2040) », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 29^{ème} année, n° 3, p. 307-338 (Juillet-Septembre 1989).
- (3) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS – *Les médecins actifs et retraités – Projection 1990-2030*, Paris, Septembre 1992, 62 pages (Étude n° 24 réalisée par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales).
- (4) Bui DANG HA DOAN – « Médecins et soins des prochaines décennies » *in* : INSEE – *Données Sociales 1996*, Paris, 535 pages (cf. p. 253-258).
- (5) Bui DANG HA DOAN, Danièle LÉVY, Jeanne PAVOT – « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 44^{ème} année, n° 1, p. 101-148 (Janvier-Mars 2004).
- (6) Bui DANG HA DOAN – « Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques », *Courrier des Statistiques* (Publication de l'INSEE), n° 116, Décembre 2005, p. 3-6.
- (7) Bui DANG HA DOAN, Danièle LÉVY – “Oversupply, shortage and the demographic forecasts of health workforce : the medical profession in France from 1970 to 2020” *in* Arie Rotem, Galina Perfilieva, Mario Roberto Dal Poz, Bui Dang Ha Doan (eds) *National Health Workforce : Assessment of the Past and Agenda for the Future*, Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, Paris, 2006, VII + 445 pages (cf. p. 259-275).