

RAPPORT D'ENSEMBLE **Sur la démographie médicale**

Depuis des lustres, en France comme dans tous les autres pays développés, la maîtrise des dépenses de santé est une figure imposée de tous les programmes gouvernementaux. Mais jamais autant qu'aujourd'hui ce débat n'a été davantage au coeur d'un enchevêtrement de contradictions et de malentendus.

Le souci quasi-universel de stabilisation, voire de diminution, du taux des prélèvements obligatoires, conduit tout naturellement à s'interroger sur la justification et l'avenir des systèmes de protection sociale. Le poids et la dynamique des dépenses de santé placent très logiquement celles-ci en première ligne : elles représentaient 7,6% du PIB en 1980, elles en constituent aujourd'hui 9,8 %. Avec un total de plus de 700 Mds en 1995, elles dépassent très largement les plus gros budgets de la Nation (Education Nationale : 317 Mds , Défense : 242 Mds). Seules les retraites pèsent d'un poids plus lourd (950 Mds environ en 1995).

Dans le même ordre d'idées, la montée en puissance du libéralisme, nourri par la mondialisation de l'économie et les contraintes de la construction européenne, impose une stratégie de dérèglementation et de privatisation qui place progressivement les systèmes publics de santé dans une position singulière. Le doute s'installe sur leur efficacité. L'échec des plans successifs de redressement contribue à le renforcer.

Pourtant, la panoplie des instruments de régulation et de contrôle des dépenses de santé est impressionnante : les tableaux statistiques d'activité des praticiens (TSAP), les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les références médicales opposables (RMO), les conférences de consensus, devraient en principe permettre à la médecine de contrôle de jouer pleinement son rôle au plan médical ; les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS), les procédures très strictes d'extension de capacités ou de fusion d'établissements, les règles d'installation des équipements, devraient logiquement permettre d'éviter toute inflation de la consistance technique du système de soins ; la nomenclature des actes, les tarifs des prestations, les mécanismes de fixation des prix des médicaments, le budget global, les objectifs quantifiés nationaux (OQN), sont autant d'instruments censés concourir à la maîtrise financière du dispositifs ; enfin, l'introduction, il y a plus de vingt ans déjà, du numerus clausus dans les études

de médecine a permis au Gouvernement de contrôler très strictement le nombre des médecins, c'est-à-dire d'agir au niveau des ordonnateurs exclusifs de la dépense de santé.

L'objet du présent rapport est précisément d'étudier les problèmes de la démographie sous tous leurs aspects. L'objectif poursuivi est moins d'apporter des réponses toutes faites que de rassembler et de mettre en perspective les différents éléments du dossier, bref d'élaborer une problématique susceptible de recueillir l'adhésion de tous les acteurs du système de santé. Dans un domaine aussi personnel et passionnel que celui de la santé, tous les instruments sont inefficaces, tous les plans sont voués à l'échec s'ils ne s'appuient pas sur un large consensus. Le présent rapport a l'ambition d'y contribuer, en éclairant à la fois le Gouvernement et le Parlement sur les dimensions multiples de la démographie médicale.

Nous examinerons successivement :

- les éléments de base de la problématique
- la notion de besoins de santé
- l'équilibre démographique global
- la répartition entre généralistes et spécialistes
- la place respective de la médecine libérale et de la médecine salariée
- les déséquilibres entre spécialités
- les disparités géographiques.

I - LES ELEMENTS DE BASE DE LA PROBLEMATIQUE

Toutes les analyses convergent pour considérer que l'évolution de l'offre de soins constitue le principal facteur explicatif de l'évolution des dépenses. Cette constatation conduit à faire de la démographie médicale l'instrument privilégié de toute politique de maîtrise des dépenses de santé. Il convient toutefois de ne pas verser dans une simplification excessive.

L'action sur la démographie n'a, par construction, d'effets qu'à long terme. Les médecins aujourd'hui en activité ont, schématiquement, commencé leurs études entre 1945 et 1985. L'inflexion sensible du numerus clausus à la baisse depuis une vingtaine d'années commence à peine à faire sentir ses effets, qui ne prendront toute leur dimension qu'aux alentours de 2005. Autrement dit, l'instrument démographique n'a pas sa place dans des plans de redressement à court ou moyen terme, sauf éventuellement -et ce n'est pas négligeable- sous la forme d'opérations ponctuelles visant à encourager le départ anticipé de

médecins à la retraite ou leur reconversion vers d'autres activités moins coûteuses pour la collectivité.

La dimension de long terme de la démographie médicale n'est pas seulement mécanique. Elle est aussi politique, en ce sens qu'elle exige une constance qui dépasse les clivages partisans. De ce point de vue, la politique de resserrement progressif du *numerus clausus* depuis une vingtaine d'années est un assez bel exemple de consensus, facilité il est vrai par la prise de conscience aiguë des risques attachés à l'explosion continue des effectifs médicaux. Ce consensus sera probablement plus difficile à maintenir dans les années à venir, car il ne s'agit plus, désormais, de freiner l'augmentation du nombre des médecins, qui atteindra son apogée autour de 2008, mais de prendre position sur le rythme de la décrue des effectifs à compter de cette date : pour la première fois dans l'Histoire, les Pouvoirs Publics vont être confrontés à une baisse tendancielle de la démographie médicale. Il n'est pas certain que le consensus constaté depuis plus de vingt ans résiste à cette situation radicalement nouvelle.

Ce consensus risque d'être d'autant plus difficile à établir que, compte tenu de la durée des études médicales, un délai de 10 à 15 ans s'écoule entre la prise des décisions et leur effet concret. C'est ainsi, à titre d'exemple, que la stabilisation du nombre des médecins au niveau maximum atteint en 2008 exigerait une augmentation immédiate du *numerus clausus*, au moment même où le Gouvernement s'apprête à mettre en oeuvre des mesures incitant les médecins à anticiper leur départ en retraite... Convenons que cette contradiction, même si elle n'est qu'apparente, aurait de quoi troubler les acteurs les moins bien informés du système de santé. Les propositions qui seront formulées plus loin permettent d'éviter de se trouver dans cette situation inconfortable.

L'accent mis de façon légitime sur la démographie médicale ne doit pas masquer les postulats implicites qui sous-tendent cette approche.

Le premier postulat, c'est qu'il est relativement plus facile et plus efficace de jouer sur le nombre de médecins que de plafonner le nombre d'actes par médecin. Pour illustrer cette idée de façon caricaturale, il suffira d'observer que la réduction drastique du *numerus clausus*, passé de 8.698 en 1976 à 3.576 en 1996, a été incontestablement plus indolore que ne l'aurait été la mise en oeuvre d'une politique visant à réduire autoritairement l'activité moyenne des médecins à due concurrence.

Le second postulat, c'est que les tarifs d'honoraires sont très largement indépendants à la fois de la démographie médicale globale et du niveau de l'activité individuelle. Cette indépendance ne va pas de soi. Elle est au demeurant remise en cause par une série de décisions récentes, qu'il s'agisse de la contribution imposée aux médecins au titre des dépassements constatés en 1995, de la perspective de non-revalorisation des honoraires en 1997 ou, de façon plus structurelle, du mécanisme de régulation prévu par l'ordonnance du 24 avril 1996. Sans mettre en doute la pertinence de ces mesures, il est permis de penser qu'elles sont mieux adaptées à la correction de dérapages relativement modestes et non répétitifs qu'à l'endiguement de la poussée forte et constante exercée par la démographie médicale.

Même si la dépense de santé est le produit de plusieurs paramètres - nombre de médecins, nombre d'actes par médecin, tarif des honoraires, taux de remboursement-, le volet démographique est à coup sûr, à long terme, le facteur premier, car il est l'incarnation privilégiée d'un système fondé sur l'offre de soins.

Incarnation privilégiée, certes, mais non exclusive. La dynamique des dépenses de santé étend ses racines bien au-delà du seul champ démographique. L'offre de soins ne se réduit pas aux seuls praticiens, elle s'appuie largement sur la mise à disposition incessante de nouveaux équipements, de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques, de nouveaux médicaments. L'explosion des dépenses de santé résulte de la combinaison effectivement explosive de médecins toujours plus nombreux disposant de moyens toujours plus coûteux. L'offre hospitalière symbolise assez bien cette évolution, à la fois banale et surprenante : banale, car le coût du progrès technique a été identifié de longue date comme l'une des causes majeures de l'accroissement des dépenses de santé ; surprenante, car dans la plupart des autres activités humaines le progrès technique est généralement considéré comme un facteur de réduction des coûts. Mais l'offre de soins, c'est aussi toute l'infrastructure du système, c'est-à-dire les fonctions logistiques exercées au niveau des structures lourdes que sont les établissements hospitaliers et les caisses d'assurance-maladie : certaines études américaines laissent penser que près de 25 % des médecins seront, à l'avenir, affectés à des tâches dites d' « infrastructures » (gestion, contrôle, accréditation, évaluation, recueil d'informations...etc...).

Ce bref coup de projecteur ne suffit pas à déloger la démographie médicale du premier rang qui est le sien parmi les facteurs explicatifs de la dépense. Une étude récente de la CNAM confirme cette analyse. Cherchant à déterminer la responsabilité respective de la densité médicale et des caractéristiques sanitaires de la population (âge, tiers payant... etc...) dans les disparités géographiques constatées au niveau des dépenses, l'étude démontre

que la densité médicale explique 67 % de l'écart à la moyenne en région PACA, 68 % dans la région Midi-Pyrénées, 70 % en Aquitaine, 83 % en Languedoc-Roussillon.

Le rôle de l'offre et -au sein de l'offre- celui de la démographie médicale paraissent donc bien établis. Cette « loi » a prévalu jusqu'ici mais il n'est pas trop tôt, à la veille du renversement historique de la courbe démographique vers 2008, pour se demander si la proposition est réversible : la diminution du nombre de médecins entraînera-t-elle un net ralentissement des dépenses de santé ? De manière encore plus actuelle, le départ en retraite anticipée d'un nombre relativement important de médecins peut-il avoir un effet de freinage important ? La réponse réside dans l'appréciation portée sur le rôle de la demande, largement éclipsée jusqu'ici par l'accent mis sur l'offre. A défaut de pouvoir faire état d'études approfondies, nous nous bornerons à formuler quelques observations.

La première, évidente, est que l'existence d'une offre toujours plus abondante, à la recherche systématique d'une contrepartie, a probablement créé des habitudes de consommation qui résisteront, au moins en partie, à la diminution de l'offre. S'il est déjà difficile de retourner une courbe démographique, il l'est sans doute plus encore de modifier des comportements façonnés par plusieurs décennies. Le renversement de la démographie médicale dans une dizaine d'années allègera à coup sûr la pression qui s'exerce sur les dépenses de santé, mais dans des proportions qui pourraient bien se révéler inférieures au résultat escompté.

La question mérite d'autant plus d'attention que la demande spontanée des individus est fortement encouragée par l'environnement institutionnel et médiatique : le formidable développement, aujourd'hui, des mutuelles, la montée en puissance, demain, des assurances complémentaires privées, ne peuvent qu'encourager le maintien d'une forte demande. Le projet avorté de « ticket modérateur d'ordre public » (TMOP), c'est-à-dire non susceptible de remboursement, montre que la prise de conscience du rôle de la demande était déjà en germe il y a vingt ans, alors même que le rôle des médias n'avait pas atteint l'importance qui est la sienne aujourd'hui. L'affaire du sang contaminé ou de l'amiante, sans même parler de la vache folle, illustre abondamment l'exacerbation continue du besoin de sécurité. Il va sans dire que ce besoin s'applique au premier chef à l'acte médical lui-même : les primes d'assurances versées par les médecins américains au titre de leur responsabilité professionnelle atteignent déjà 40.000 F par an pour un généraliste, 100.000 F pour un chirurgien, 170.000 F pour un obstétricien... Tout laisse penser que, dans dix ou quinze ans, les dépenses « sécuritaires » constitueront une part notable des dépenses de santé. A long terme, les exigences de sécurité deviendront peut-être le principal moteur de la croissance des dépenses.

La médiatisation extrême des questions de santé et l'aspiration sécuritaire tendront à faire perdre au médecin son privilège d'ordonnateur principal des dépenses, pour le ravalier au rang d'ordonnateur secondaire. Raison de plus, semble-t-il, pour attacher la plus grande importance aux évolutions démographiques, ne serait-ce que pour éviter la conjugaison explosive des tensions inflationnistes.

En définitive, il faut situer la démographie médicale à la place qui est la sienne dans la problématique des dépenses de santé. Ce n'est pas la panacée: rien ne serait plus grave que de fonder toute la politique de santé sur la seule réduction du nombre des médecins, ce qui reviendrait à faire porter par le corps médical une responsabilité qui est loin d'être exclusivement la sienne. La politique démographique ne doit pas être un simple alibi à l'inaction, mais elle n'en demeure pas moins un des leviers majeurs de toute stratégie à long terme. L'« entreprise santé » (qui emploie près de 1.700.000 personnes, dont 58 % dans un hôpital, 19 % dans un cabinet libéral, 12 % dans la production et la vente de médicaments) est manifestement en état de sureffectif (et les médecins ne sont pas les seuls concernés...) : de ce point de vue, la maîtrise accrue des effectifs médicaux ne doit pas se fixer pour seul objectif de réduire le nombre des prescripteurs, mais aussi d'inciter l'ensemble du système à améliorer ses performances. C'est vrai de la médecine libérale. C'est vrai aussi, et peut-être surtout, de la médecine hospitalière (entre 1982 et 1992, 124.000 emplois ont été créés dans le secteur hospitalier, 29.000 dans les cabinets médicaux libéraux).

Autrement dit, la contrainte démographique doit être l'un des principaux leviers de la modernisation de notre système de santé. Comment s'étonner au demeurant, après tant d'exemples de laxisme dans la gestion des effectifs des entreprises publiques (sans parler des administrations), que la gestion publique du système de santé pêche elle aussi par le même travers ? Si, de 1970 à 1985, le *numerus clausus* avait été fixé à un chiffre inférieur de 1.000 chaque année, nous aurions 15.000 médecins de moins aujourd'hui et un déficit de l'assurance-maladie sensiblement inférieur.

II - LA NOTION DE BESOINS DE SANTE

Le levier de la démographie médicale est un instrument orphelin s'il ne prend pas appui sur une définition claire des besoins en médecins, Tenter de cerner ces besoins, c'est mettre à jour toute la complexité qui caractérise les systèmes de santé. Dans un article publié le 10 novembre 1900, le Concours médical écrivait : « ... Docteurs ou officiers de santé, il existe dans notre pays

près de 18.000 médecins ; ce nombre est évidemment bien au-dessus des besoins »...Nous en avons aujourd'hui dix fois plus...

Il n'existe aucune norme internationale. Des pays très voisins par leur niveau de développement ont des densités médicales très variables : 164 médecins pour 100.000 habitants en Grande-Bretagne, 280 à 320 pour la France, l'Allemagne et les Etats-Unis, 535 pour l'Italie. Cette diversité est d'autant plus surprenante que la médecine ne connaît pas les frontières : les techniques diagnostiques et thérapeutiques sont très largement banalisées, la diffusion du progrès médical est quasi-instantanée. D'où vient donc l'extrême difficulté à définir objectivement les besoins ? Les raisons en sont multiples.

La première difficulté, pour définir les besoins de santé, réside dans l'incertitude qui s'attache à la notion de santé. La définition de l'OMS -la santé, c'est « l'état de complet bien-être, physique, mental et social, sans maladies ni infirmités » va très au-delà du geste strictement médical, en situant la santé au coeur des comportements sociaux. Placée au sommet de la hiérarchie des préoccupations, voire des angoisses individuelles, la santé ne cesse de secréter des besoins qui épousent et souvent devancent les progrès de la société. Besoins de proximité : chacun veut la santé à sa porte, comme en témoigne l'extrême difficulté à fermer des établissements ou à regrouper les services d'urgence. Besoins de disponibilité : tous les médecins de garde savent que des durées d'attente naguère jugées supportables sont aujourd'hui considérées comme intolérables ; les hôpitaux sont progressivement conduits à créer des consultations le soir ou le samedi. Besoins de sécurité : l'aspiration « sécuritaire » des patients trouve un terrain doublement favorable dans la pléthore médicale et la crainte croissante des médecins de voir leur responsabilité mise en cause, cette complicité objective débouchant sur le nomadisme médical, les examens redondants, les prescriptions superflues. Besoins de confort : la médecine de confort ne cesse de repousser toujours plus loin les frontières de la santé, qu'il s'agisse des médicaments, des soins dentaires, de la chirurgie esthétique, des régimes alimentaires, voire de l'assistance psychologique (les équipes de psychiatres sont en passe de devenir des personnels de premier secours en cas d'attentat, de catastrophe ou d'accident) ; mais le confort de la médecine n'est pas en reste : la hausse continue des dépenses d'hospitalisation depuis plusieurs décennies s'explique au moins autant par la modernisation de la fonction hôtelière que par le développement du progrès médical. Besoins de performances : la forte médiatisation des exploits médicaux trouve un terrain favorable dans les attentes de la société, qu'il s'agisse des greffes, des prouesses en matière de procréation assistée ou, demain probablement, de l'essor de la médecine prédictive. Besoins, enfin, et peut-être surtout, d'écoute : la frontière entre la demande sociale et la demande médicale est de plus en plus floue ; sans insister sur l'image traditionnelle du médecin faisant office de curé, on observera simplement le développement des maladies psychosomatiques, la

fréquence des urgences « ressenties », la forte demande médicale des chômeurs, l'importante consommation -trois fois supérieure à la moyenne- des patients atteints de dépression. Comment trier, parmi tous ces besoins, ceux qui seraient « objectifs », dignes d'être pris en compte, et ceux qui ne le seraient pas ?

La seconde difficulté, c'est qu'à supposer même que le « besoin de médecine » puisse être correctement évalué, il ne permettrait pas d'en déduire automatiquement le besoin de médecins. Le passage de l'un à l'autre suppose la prise en compte de toute une série de facteurs.

Le premier, qui pourra paraître très théorique dans un pays aussi arcbouté sur ses traditions professionnelles que le nôtre, concerne la frontière établie, dans l'univers des soins, entre les activités médicales et les activités para-médicales. Cette frontière n'a pas le même tracé dans les différents pays. Ici ou là, des gestes réservés en France aux seuls médecins peuvent être effectués par des personnels para-médicaux, notamment des infirmières. Cette situation mériterait probablement de retenir davantage l'attention, dans la mesure où elle est de nature à faciliter, le cas échéant, la solution de problèmes ponctuels, par exemple dans le domaine de l'anesthésie. Il est clair, en tout cas, du point de vue démographique, que le partage des rôles entre les professions médicales et les professions para-médicales n'est pas sans conséquence sur le nombre souhaitable de médecins.

Le second facteur, plus important, réside dans l'équation incertaine qui relie le nombre d'actes médicaux et le nombre des médecins. La médecine de ville -mais c'est vrai aussi, dans une moindre mesure, de la médecine hospitalière- dispose, comme toutes les professions libérales ou indépendantes, d'une réelle capacité d'adaptation aux fluctuations de l'activité : le médecin peut abréger ou allonger sa durée de consultation, réduire ou accroître sa durée hebdomadaire de travail, inciter ses malades à consulter fréquemment ou au contraire les en dissuader, conserver une activité sensiblement au-delà de l'âge normal de la retraite...etc... Autrement dit, s'il est normal (et au demeurant indispensable) de raisonner en termes démographiques à partir d'un profil-type de médecin, il faut conserver à l'esprit que le médecin individuel ne peut être enserré dans des normes. C'est à bien des égards regrettable -notamment du point de vue du pilotage du système de santé- mais c'est aussi une chance ou en tout cas une caractéristique que toute réflexion prospective sur la démographie médicale doit prendre en considération.

Le troisième facteur nous transporte au coeur même de l'organisation du système de santé. Il est impossible de porter une appréciation sur l'état de la démographie médicale sans se prononcer au préalable sur l'efficacité globale du système de soins. Ce système est caractérisé, nul n'en doute, par de très graves dysfonctionnements, qui frappent aussi bien la médecine libérale que la médecine hospitalière, la médecine de contrôle que la médecine préventive : l'absence, aujourd'hui encore, d'un instrument aussi fondamental que le carnet médical, le maintien en activité d'établissements ou de services manifestement inadaptés, voire dangereux pour la sécurité des malades, la faible productivité des services logistiques hospitaliers, l'utilisation médiocre des dispositifs de surveillance tels que les TSAP (et, aujourd'hui, les RMO), l'inadaptation fréquente des services de médecine préventive, constituent, parmi bien d'autres, autant de facteurs qui pèsent sur les performances du système et mobilisent des ressources humaines qui excèdent sensiblement les besoins « objectifs ». Dans une optique à long terme, qui est nécessairement celle de toute politique démographique, la sous-productivité du système de santé ne peut être considérée comme définitivement acquise. L'amélioration globale des performances doit être affichée comme une hypothèse forte. Il ne s'agit pas de viser un objectif idéal, par définition technocratique et hors d'atteinte, mais de considérer comme plausible et accessible la correction progressive des principales défaillances du système, de telle sorte que le potentiel médical aujourd'hui accaparé par les maladies du système puisse être mobilisé sur les maladies des patients. Il est permis, dans ce contexte, d'imaginer que l'excédent de médecins, couramment évalué aujourd'hui autour de 20.000, serait en réalité plutôt de l'ordre du double. Cette estimation doit certes être prise avec précaution, mais est-il vraiment insensé d'imaginer qu'un système de santé mieux organisé, mieux géré, mieux contrôlé pourrait fonctionner avec 20% de médecins en moins ? Les développements qui suivent s'efforceront, chemin faisant, d'accréditer et d'illustrer ce pronostic volontariste, sinon optimiste. Après tout, le Canada a une densité médicale inférieure de 20 % à la nôtre, le Japon et la Grande-Bretagne de 40 % : il ne s'agit pas à proprement parler de pays sous-développés.

III - L'EQUILIBRE DEMOGRAPHIQUE GLOBAL

Le nombre de médecins est aujourd'hui de 170.000. Il était de 59.000 en 1967. Compte tenu des décisions déjà prises, il culminera à près de 185.000 dans les années 2005-2010.

Il existe un très large consensus, proche de l'unanimité, pour considérer que l'effectif actuel est nettement excédentaire. Ce consensus est un élément central de la problématique, même s'il repose davantage sur une approche intuitive que sur un raisonnement impeccable étayé par une évaluation

supposée rationnelle des besoins : du point de vue de la décision, c'est-à-dire du point de vue politique, mieux vaut s'appuyer sur un constat pragmatique largement partagé que sur une analyse apparemment rigoureuse dont les conclusions seraient contestées. Au demeurant, les indices d'un sureffectif ne manquent pas. L'un des plus significatifs est tiré d'une étude du CREDES, qui montre que le niveau moyen d'activité du généraliste après trois ans d'installation a sensiblement baissé et que le temps nécessaire pour atteindre une activité pleine est passé de six ans pour les généralistes installés entre 1977 et 1979 à dix ans pour ceux installés depuis 1981.

A/ L'évaluation de l'excédent

Si l'existence d'un excédent n'est pas contestée, les avis divergent sur son ampleur. Selon une étude de la CNAM, dont le détail est repris en annexe, le sureffectif de médecins par rapport au nombre « optimal » serait de l'ordre de 6.000 seulement en 1996. Mais une approche plus radicale est possible. Elle consiste à appliquer à chaque région, et pour chaque spécialité, la densité de la région la moins médicalisée, en partant du constat qu'aucun indicateur ne laisse penser que cette moindre médicalisation aurait des conséquences gravement préjudiciables du point de vue de la couverture des besoins sanitaires (il faut se souvenir, au demeurant, que les régions les moins médicalisées bénéficient aujourd'hui de densités médicales supérieures à celles dont disposaient les régions les plus médicalisées il y a quinze ou vingt ans à peine) : les calculs font alors apparaître un excédent de 30.000 médecins pour le seul secteur libéral (ce qui conforte au passage l'idée que l'excédent global, toutes catégories de médecins confondues, pourrait bien être de l'ordre de 40.000 dans le cadre d'un système de santé mieux structuré). A titre d'exemple, le nombre de cardiologues pourrait être ramené de 3 712 à 2 380, soit une chute de l'ordre de 35 %. Cette hypothèse, apparemment drastique, trouve quelque crédit dans le fait que des évolutions du même ordre sont envisagées dans d'autres pays, aux Etats-Unis par exemple : lors d'un récent colloque de cardiologie (pourtant largement financé par un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les anti-arythmiques), les projections d'avenir les plus optimistes pour la profession faisaient état d'une baisse inévitable des effectifs de 30 % à l'horizon 2005.

D'aucuns pourraient penser que le choix des régions les moins médicalisées comme référence est une approche minimaliste à l'excès : ce serait oublier que, dans un système de santé comme le nôtre, qui a gravement souffert depuis plus de vingt ans de graves erreurs de pilotage, la référence à des moyennes constatées ne saurait avoir de valeur normative, sauf à considérer comme parfaitement satisfaisante une situation qu'il s'agit précisément de corriger.

S'il en était besoin, des exemples tirés de pays étrangers suffiraient à démontrer que la prise de conscience de la nécessité d'une meilleure maîtrise de la démographie médicale est largement répandue. Dans un pays aussi viscéralement attaché aux principes libéraux que les Etats-Unis, les rapports se sont multipliés au cours des dernières années pour dénoncer les dangers d'une surproduction de médecins. La plupart des analystes s'accordent pour considérer que la démographie médicale américaine est largement excédentaire depuis environ quinze ans. Les différents scénarios établis par le « Council on Graduate Medical Education » et par le « Bureau of Health Professions » du « Department of Health and Human Service » (DHHS) estiment que l'excédent de médecins sera de l'ordre de 73.000 en l'an 2000 (soit plus de 10% de la population médicale actuelle : 653.000) et de 56.000 à 111.000 en 2020 selon le degré de fermeté de la politique mise en oeuvre. L'une des hypothèses fortes proposées est de ramener la densité médicale en 2020 au niveau constaté en 1990.

B/ Les facteurs d'évolution

L'approche démographique est par essence sommaire puisqu'elle revient à réduire l'extraordinaire complexité du système de santé au seul décompte de la profession médicale, dont les 170.000 membres ne représentent que la pointe extrême d'un édifice composé de plus d'un million et demi de personnels de santé et 58 millions d'assurés. S'il est établi que les médecins sont au coeur de la dynamique d'offre de soins, il n'en faut pas moins tenter de cerner les facteurs d'évolution de la demande, qui peuvent avoir un effet non négligeable à long terme sur les besoins en médecins. Les facteurs conduisant à un accroissement de ces besoins sont souvent mis en avant, les arguments contraires le sont moins, tant il est vrai que, dans le domaine de la démographie médicale comme ailleurs, la mécanique inflationniste impose plus aisément ses attraits que l'analyse plus exigeante des solutions alternatives.

Les facteurs tendant à accroître les besoins sont réels. Les principaux ont trait à l'augmentation et au vieillissement de la population, au vieillissement et à la féminisation du corps médical, au développement de nouvelles fonctions médicales, à la modification des modes de vie.

La population française augmente lentement mais de façon continue. Elle atteignait 45 millions d'habitants en 1960, 58 millions en 1995 : toutes choses égales par ailleurs, l'accroissement de 300 % du nombre de médecins pendant la même période a donc été affecté à concurrence de 29 % seulement à la couverture du développement démographique. D'après une étude de l'INSEE, la population devrait se situer dans la fourchette 60-61 millions en 2005, 61-66 millions en 2020 et 56-73 millions en 2050, selon le taux de fécondité retenu (1,5 dans l'estimation basse, 2,1 dans l'estimation haute). Cette évolution

prévisionnelle pourrait donc justifier une augmentation proportionnelle du nombre des médecins (4 % en 2005, 10 % en 2020, - 3 % à + 25 % en 2050...).

L'accroissement de la population s'accompagnera d'un vieillissement notable, entraînant une double conséquence. D'une part, l'arrivée dans le troisième âge de personnes qui, à l'inverse de leurs prédécesseurs, ont acquis des habitudes de consommation comparables à celles de l'ensemble de la population : cet « effet de génération » a, pour l'essentiel, épuisé ses effets puisque la consommation des octogénaires était déjà très proche de la « saturation » en 1990. En revanche, le vieillissement de la pyramide démographique est très loin d'avoir épuisé ses effets : selon certaines prévisions, le nombre de personnes de plus de 60 ans par médecin pourrait doubler d'ici à 2025.

Selon une étude récente, le facteur vieillissement entraîne une augmentation des prestations de généralistes qui, rapportée à la population totale, est estimée à 0,12 % par an pour la décennie 1980-1990, 0,36 % par an pour la décennie 1990-2000, 0,41 % pour la décennie 2000-2010. Autrement dit, le seul facteur du vieillissement justifierait que le nombre de généralistes augmente de l'ordre de 6 % en 2010 par rapport à 1995 (à supposer, bien sûr, que le nombre de généralistes en 1995 puisse être considéré comme strictement adapté aux besoins). Pour les spécialistes, le phénomène est moins accentué mais débouche cependant sur un besoin supplémentaire de l'ordre de 3 %.

Si les Français vieillissent, les médecins aussi. La part des médecins de plus de 50 ans, qui est aujourd'hui de 20 %, atteindra 50 % en 2005 et culminera à 57 % vers 2010, avant de redescendre à terme -en supposant le maintien du *numerus clausus* actuel- autour de 42 %. Cette évolution n'est pas sans conséquence, dans la mesure où l'idée est fréquemment avancée que l'activité des médecins âgés a tendance à se réduire, diminuant ipso facto le potentiel médical disponible. Si certains travaux tendent à accréditer cette thèse, d'autres en revanche mettent plutôt en évidence une stabilisation de l'activité : même dans cette hypothèse, le potentiel médical se trouverait progressivement réduit, puisque la proportion de médecins jeunes ayant une activité croissante diminuerait relativement par rapport aux médecins âgés ayant une activité stable. Encore faudrait-il être assuré que ces hypothèses résistent aux effets de l'évolution de la répartition par sexe sur la démographie médicale (actuellement, un homme médecin sur quatre a plus de 50 ans, contre une sur sept pour les femmes médecins).

La féminisation de la profession médicale est en effet l'une des données fondamentales de toute politique démographique à long terme, dans la mesure où les taux d'activité selon le sexe sont notablement différents.

Le taux de féminisation est passé de 13,7 % en 1968 à 30,7 % en 1994. Il pourrait atteindre 50 % en 2020 et 58 % en 2040 (aujourd'hui déjà, 48 % des étudiants de troisième cycle sont des femmes). A cette date, 47 % des spécialistes seraient des femmes (contre 32 % actuellement) et 68 % des généralistes (contre 31 % actuellement). Or, la « production » des médecins femmes est moindre que celle de leurs confrères masculins, sous le double effet conjugué d'une durée de travail hebdomadaire inférieure de 10 % environ (50,8 heures contre 56,4) et d'une durée moyenne des consultations supérieure de 25 % (23,1 minutes contre 18,8 minutes) : au total, l'activité moyenne des médecins femmes, mesurée en nombre d'actes, est de 61 % de celle des hommes pour les généralistes et de 68 % pour les spécialistes. S'il est incontestable que la féminisation de la profession entraîne une baisse relative du potentiel médical, il convient cependant d'être prudent dans l'extrapolation de ce phénomène à l'horizon de plusieurs décennies : d'une part, en effet, la moindre production féminine est probablement due pour partie à la plus grande jeunesse des médecins femmes (les généralistes installés depuis moins de 5 ans ont des durées de consultation supérieures à celles des généralistes exerçant depuis plus de 15 ans : 21,6 minutes contre 17,4 minutes) ; d'autre part, les écarts entre sexes ont tendance à s'atténuer : la « production » des femmes généralistes est passée en moins de 15 ans de 47 % à 61 % de celle des hommes ; enfin, l'organisation même du système de santé joue vraisemblablement un rôle qu'il ne faut pas sous-estimer : le passage progressif d'un mode individuel de distribution des soins vers des formules plus structurées (filiales ou réseaux) est sans doute de nature à permettre une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée des femmes médecins (comme le permet déjà, dans une large mesure, la médecine hospitalière et plus généralement la médecine salariée).

L'évaluation prospective des besoins en médecins doit également tenir compte de la diversification croissante de l'activité médicale. Il y a cinquante ans, schématiquement, tous les médecins soignaient. Aujourd'hui, le « temps médical » est éclaté entre de multiples fonctions : prévention, gestion, contrôle, formation... etc... Demain, la panoplie s'enrichira encore, notamment dans le domaine de l'évaluation, de l'accréditation ou de l'environnement. Selon certains travaux américains, les tâches dites d' « infrastructures », c'est-à-dire liées à l'organisation et au fonctionnement du système de santé, pourraient mobiliser à l'avenir l'équivalent du quart du corps médical. Les conséquences de cette évolution sur la démographie médicale ne peuvent être ignorées. Mais il faut les relativiser : d'une part, le processus de diversification est déjà largement engagé ; d'autre part, et surtout, l'un des objectifs majeurs de cet élargissement des fonctions médicales, c'est -ou ce devrait être- d'améliorer l'efficacité globale du système. Le développement de la prévention, le

renforcement des contrôles, la recherche de la qualité, l'amélioration de la formation des médecins, le souci d'une meilleure information des patients...etc... devraient contribuer à diminuer les abus ou les gaspillages. A cet égard, l'expérience américaine des HMO (« Health maintenance organization ») démontre de façon significative la sensibilité de la démographie médicale au mode d'organisation de la distribution des soins: tous les observateurs soulignent que les HMO utilisent globalement moins de médecins par assuré que les systèmes d'assurance-maladie classiques, avec une plus forte proportion de généralistes. Certes, les HMO reposent sur des mécanismes de salariat ou de capitation qui sont étrangers au système de santé français, mais il n'est pas interdit de penser que d'autres modes d'organisation, pour peu qu'ils soient également cohérents et rigoureux, pourraient avoir des conséquences analogues.

Un dernier facteur susceptible d'affecter la démographie médicale doit être pris en considération, c'est l'évolution du mode de vie. Il n'y a pas de raison que la tendance historique à l'abaissement de la durée du travail, à l'allongement de la durée des vacances, et plus généralement la recherche d'une meilleure qualité de vie, épargne les médecins. Malgré la pléthore médicale, les urgences de ville (notamment de nuit et de week-end) ne sont assurées que par l'essor constant de services spécialisés (tels SOS Médecins) et les tâches hospitalières les plus ingrates par le recours à des médecins étrangers au statut précaire. Dans une profession où la « production » est directement et durablement fonction du temps de travail, l'évolution des comportements affecte de plein fouet le potentiel disponible. Mais si le sens de cette évolution ne fait guère de doute, il est évidemment plus difficile d'en préjuger les effets à long terme.

Augmentation et vieillissement de la population, féminisation et vieillissement du corps médical, diversification de l'emploi des médecins, évolution du mode de vie, autant de facteurs conduisant à accroître les besoins en médecins au cours des prochaines décennies. Le SESI a calculé que le potentiel médical exprimé en équivalent temps plein représente aujourd'hui 82 % de la population totale des médecins et n'en représentera plus que 72 % en 2020, soit une diminution de l'ordre de 12 %. La crainte d'une pénurie prévisible doit-elle alors s'exprimer au moment même où notre système d'assurance maladie ploie sous le poids du nombre excessif de médecins ? Avant de procéder à un retournement aussi spectaculaire, il faut soigneusement recenser les facteurs qui jouent ou pourraient jouer en sens inverse.

Le premier facteur, c'est évidemment l'existence d'un excédent notable de médecins, qui s'accroîtra encore de 12 à 15.000 au cours des dix prochaines années. La mise en oeuvre de mécanismes de retraite anticipée contribuera certes à réduire cet excédent, mais de façon seulement limitée (de l'ordre de 5.000) et en tout cas temporaire, sauf à imaginer un abaissement durable de

l'âge de la retraite de l'ensemble des médecins (un avancement de trois ans de l'âge moyen de la retraite, qui se situe actuellement autour de 63 ans, entraînerait une réduction de l'offre médicale de l'ordre de 10 %). Ce n'est que vers les années 2 015 que nous retrouverons l'effectif d'aujourd'hui.

Ajoutons, à titre de simple repère, que si l'effectif considéré ici comme raisonnable, soit 140.000 à 150.000 médecins environ, était projeté sans changement dans l'avenir, il faudrait attendre les années 2 030 pour l'atteindre (sur la base d'un *numerus clausus* fixé à 4.500 à partir de l'an 2 000). Une autre manière de baliser la question et de relativiser le risque de pénurie est de rappeler que l'application à la France de la densité médicale britannique conduirait à un effectif de médecins de l'ordre de 100.000.

Le deuxième facteur, c'est la perspective, raisonnable à long terme, d'une correction progressive des dysfonctionnements qui caractérisent le système de santé français. Ces dysfonctionnements sont nombreux. Ils affectent aussi bien la médecine hospitalière que la médecine de ville.

S'agissant d'abord de la médecine hospitalière, elle est l'illustration parfaite de la problématique de la démographie médicale, dans la mesure où la « pénurie » de médecins (il existe actuellement 2.200 postes vacants, pour un effectif global -hors internes et attachés- de 43.000 médecins hospitaliers en équivalent temps plein) masque en réalité un excédent latent, qu'une politique ambitieuse de restructuration hospitalière, accompagnée d'une politique volontariste de modernisation de la gestion, mettra progressivement à jour. La mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, le développement des procédures d'accréditation et d'évaluation, la généralisation de la mesure des coûts comparés conduiront nécessairement à de profondes remises en cause de la carte hospitalière. La fermeture de services, voire d'établissements, les opérations de fusion ou de regroupement, permettront une meilleure utilisation du potentiel médical disponible, trop souvent immobilisé aujourd'hui dans des structures tournant en sous-capacité.

En ce qui concerne la médecine de ville, les marges de progrès sont également notables. Le codage des actes, l'utilisation systématique du carnet médical, la mise en oeuvre des références médicales opposables devraient contribuer à limiter le nomadisme des patients et la multiplication des actes. La diminution du nombre des médecins à compter des années 2005-2010 modifiera de fond en comble les données du débat entre les acteurs du système de santé, en ouvrant de nouvelles possibilités d'arbitrage entre nombre d'actes et valeur des actes. A horizon de 10 à 15 ans - ce qui est long, mais ne dépasse guère la durée de formation d'un médecin- les grands principes de base de la médecine française (liberté d'installation, liberté de prescription, paiement à l'acte) ne sont plus des données intangibles mais de simples

hypothèses, susceptibles de connaître bien des accommodements. Avec ou sans « gate-keeper », avec ou sans transformation des modalités de rémunération des praticiens, l'exercice de la médecine sera de toutes façons bouleversé par l'émergence des systèmes d'information : fonctionnant aujourd'hui dans la plus grande opacité, sans connaissance du cheminement des malades ni des coûts comparés des pathologies, le système de santé acquerra progressivement une plus grande transparence. L'hypothèse raisonnablement optimiste faite ici est que les progrès de l'information constitueront un puissant levier d'amélioration des performances.

Le troisième facteur majeur, c'est la plasticité de la profession médicale. Compter le nombre des médecins, calculer le volume des actes, transformer des temps partiels en équivalent temps plein, constitue certes le passage obligé de toute prévision démographique. Mais cette approche arithmétique et administrative ne rend pas compte de la flexibilité qui caractérise les professions libérales. Pour en prendre la mesure, il suffit d'indiquer qu'une augmentation d'une heure de la durée moyenne de travail quotidienne, ou bien une réduction de deux minutes de la durée moyenne d'une consultation, ou bien encore un allongement de trois ans de l'âge moyen de départ en retraite équivalent chacun à un accroissement de l'ordre de 10 % du potentiel médical disponible. Certes, nous l'avons vu, l'évolution des modes de vie jouera plutôt en sens inverse (encore que ce ne soit pas évident pour ce qui est de la retraite), mais elle pourrait être freinée, voire annulée, par des incitations financières appropriées, rendues supportables par la réduction du nombre global des médecins.

Au demeurant, d'autres facteurs d'ajustement pourraient jouer en cas de nécessité. Il en va ainsi, par exemple, de la libre circulation des médecins au sein de l'Union européenne, dont les effets sont restés modestes jusqu'à ce jour (au cours des quinze dernières années, le solde net des installations en France de médecins formés dans un autre pays européen et des installations à l'étranger de médecins formés en France est de l'ordre de 500 environ au total) : si la France devait devenir une zone de « dépression médicale », il est probable que ces effets prendraient davantage d'ampleur, surtout s'ils s'accompagnaient de l'ouverture de nos frontières à des médecins appartenant à d'autres pays que ceux de l'Union européenne (dont le périmètre se sera sans doute largement étendu dans l'intervalle...) En l'absence de *numerus clausus*, le nombre des médecins italiens est passé de 77.000 à 307.000... Aux Etats-Unis, 23 % des médecins sont d'origine étrangère ou formés à l'étranger.

Dans un ordre d'idées différent, mais avec des résultats analogues du point de vue démographique, il ne faut pas exclure la modification de la frontière qui sépare les professions médicales des professions para-médicales. Il ne s'agit pas d'un simple artifice. La définition du geste médical est variable selon les pays, notamment lorsqu'il s'agit de délimiter les domaines respectifs

des médecins et des infirmières. L'évolution des programmes et des durées de formation, l'apparition de nouvelles techniques ou de nouveaux modes d'intervention, peuvent conduire à s'interroger sur la validité de la répartition traditionnelle des rôles. Aux Etats-Unis, il existe 21.000 infirmières-praticiennes et autant d'assistants, qui disposent dans certains Etats du droit de prescription. En rangeant, contrairement à la règle française, les sage-femmes dans la même catégorie, la proportion des personnels soignants non-médicaux est de 1 pour 12 médecins américains et de 1 pour 4 généralistes. En Suède, la réorganisation du travail et l'emploi accru d'infirmières anesthésistes a permis de se satisfaire d'un nombre d'anesthésistes jusque-là jugé insuffisant. Il faut noter, au passage, que le présent Rapport, consacré à la seule démographie médicale, gagnerait à être complété par une étude approfondie des problèmes démographiques touchant l'ensemble des professions para-médicales, qui pèsent d'un poids non négligeable sur les dépenses de santé (les actes para-médicaux libéraux représentent près de 20 milliards en 1995, soit l'équivalent de 33 % environ des honoraires médicaux).

Le dernier facteur d'importance réside dans les possibilités ouvertes par la réduction des déséquilibres qui affectent les différents sous-ensembles démographiques. La meilleure illustration de ces déséquilibres, c'est l'existence de déficits (absolus ou relatifs), alors même qu'il existe un excédent global de médecins : déficit, par exemple, de médecins du travail ; postes vacants dans certains établissements hospitaliers ; pauvreté relative de la médecine préventive ; pénurie constatée ou annoncée dans certaines spécialités, telles l'anesthésie-réanimation ou la chirurgie générale ; zones géographiques sous-médicalisées (au regard du moins des moyennes nationales). Cette situation s'explique par la très grande viscosité du corps médical (il est pratiquement impossible de passer d'une spécialité à une autre en cours de carrière), par la faible mobilité géographique de la profession, mais aussi par l'absence d'une politique démographique suffisamment volontariste. Autrement dit, l'incapacité de l'Etat, de l'assurance-maladie et de la profession elle-même à introduire des mécanismes de régulation fine de la démographie médicale conduit, dans un contexte global caractérisé par le gaspillage de ressources (spécialités excédentaires, zones géographiques surmédicalisées), à des tensions qui sont d'autant plus pernicieuses que toute correction rapide est impossible (actuellement, le flux d'entrée dans la profession, apprécié sur la base du dernier *numerus clausus* fixé -soit 3.576- est de l'ordre de 2 % seulement du stock). Il n'en reste pas moins que, dans une vue à long terme, la correction des déséquilibres de tous ordres, par redéploiement progressif du potentiel médical, doit être considéré comme l'un des moyens privilégiés permettant de concilier la diminution du nombre global de médecins et les besoins de santé de la population.

C/ Propositions

Le numerus clausus est la pierre angulaire de la démographie médicale globale. Il ne suffit certes pas à garantir à lui tout seul l'équilibre du système de santé, mais on peut être assuré, a contrario, que son absence ou son maniement intempestif sont de nature à compromettre durablement le bon fonctionnement du système. C'est donc un instrument irremplaçable, qui a la particularité redoutable d'illustrer par un chiffre unique les diverses conceptions possibles d'évolution de la politique de santé au cours des prochaines décennies : 3.500 ? 4.000 ? 5.000 ? Derrière ces chiffres se profilent des visions prospectives radicalement différentes. Cette puissance incomparable du numerus clausus vaut bien qu'on s'attarde un instant sur ses principales dimensions.

Il faut d'abord réaffirmer avec force sa légitimité. Si personne n'en conteste aujourd'hui le bien-fondé, nul ne sait jusqu'où le vent de la dérèglementation et le refus de la sélection pourraient nous entraîner à horizon de dix ou vingt ans (le numerus clausus a été déclaré inconstitutionnel en Allemagne en 1977..). Aussi longtemps que le système de santé restera fondé, pour l'essentiel, sur un mécanisme de prélèvements obligatoires, il doit être clair qu'il est bien de la responsabilité de l'Etat de fixer le nombre des principaux ordonnateurs de dépenses. Abandonner le numerus clausus ou en faire une application factice reviendrait, en réalité, à programmer sans le dire un changement radical du système de santé.

Dans la mesure même où il commande tout le dispositif, le numerus clausus doit obéir également au principe d'équité et surtout de visibilité à l'égard des candidats à la profession médicale, ce qui conduit à bannir les à-coups brutaux d'une année sur l'autre. Depuis l'introduction du numerus clausus en 1971, cette règle a été convenablement respectée, puisque le nombre de places offertes n'a jamais varié de plus de 10 % d'une année sur l'autre pendant la période 1971-1996 (sauf en 1984, où le numerus clausus a baissé de 15 % par rapport à 1983), ce qui n'a pas empêché de le ramener de 8.531 en 1971 à 3.576 en 1996, soit une diminution globale de 58 % en 25 ans. La progressivité de cette évolution a permis d'éviter toute contestation grave, malgré ses conséquences spectaculaires sur l'ensemble de la période : la proportion de bacheliers de l'enseignement général s'inscrivant en médecine, qui avait crû jusqu'à 17 % en 1976, est tombée à 5,5 % en 1993 ; les étudiants de première année ont de moins en moins de chances d'accéder en deuxième année : 33 % en 1972, 21 % en 1977, 18 % en 1992, 16 % en 1993. Notons, incidemment, que cette sélectivité accrue, jointe à l'allongement de la durée des études, n'est pas étrangère aux revendications du corps médical. Mais notons surtout, du point de vue démographique, que le maniement du numerus clausus doit éviter toute rupture brutale dans un sens ou dans l'autre : la

meilleure manière d'éviter ce risque, c'est d'avoir une politique à long terme et de s'y tenir.

Le troisième principe qui sous-tend le *numerus clausus*, c'est le principe de contrainte. Ce n'est pas un simple instrument de régulation autonome, dont la vocation se réduirait à une approche purement arithmétique de la démographie médicale. Dans un système de santé tel que le nôtre, caractérisé par un extrême libéralisme (liberté de choix des patients, liberté d'installation des médecins, liberté de prescription, paiement à l'acte), il joue le rôle de contrepoids aux dérives qui menacent en permanence le dispositif. Il ne faut donc pas céder à la solution apparemment séduisante qui consisterait à asséoir le *numerus clausus* sur la seule analyse « objective » des besoins -analyse au demeurant très hypothétique. Le *numerus clausus* doit au contraire avoir un rôle correcteur en mettant l'ensemble du système de santé sous contrainte et en incitant à en corriger les dysfonctionnements. Bref, c'est un instrument de réforme au moins autant qu'un instrument de gestion. Dans cette optique, il est légitime que le *numerus clausus* joue le rôle qui est le sien dans l'arbitrage permanent entre les besoins de santé et l'équilibre financier de l'assurance maladie, en privilégiant le second objectif. Autrement dit, face à l'incertitude inhérente à toute prévision à long terme, mieux vaut courir le risque d'une certaine tension démographique, voire d'une pénurie relative, que celui d'une pléthore de médecins, aussi longtemps du moins que les mécanismes de base de notre système de santé demeurent ce qu'ils sont.

Adossé à ces principes, comment le *numerus clausus* doit-il être géré au cours des prochaines années ? Les études menées par le SESI constituent une excellente base de réflexion et permettent de formuler un certain nombre de recommandations.

Dans sa projection démographique la plus récente (janvier 1996), le SESI envisage trois hypothèses, en soulignant que, dans toutes les hypothèses, en raison des décisions déjà prises, le nombre de médecins augmentera jusqu'à 188.000 aux environs de 2006-2010.

L'hypothèse de base prévoit le maintien durable du *numerus clausus* à son niveau actuel (3.576). Cette solution conduit à une diminution sensible des effectifs de médecins à partir de 2006-2010 et jusqu'en 2030, date à laquelle ils se stabiliseraient autour de 125.000.

L'hypothèse moyenne prévoit un maintien du *numerus clausus* à 3.576 jusqu'en 1999, puis son passage et son maintien à 4.500 à partir de l'an 2000. L'effectif de médecins fléchirait jusqu'à 150.000 environ en 2030, puis augmenterait lentement pour se stabiliser à 170.000 après 2050.

L'hypothèse haute vise à compenser le creux démographique consécutif aux départs en retraite importants qui auront lieu entre 2000 et 2015. Le *numerus clausus* serait progressivement augmenté jusqu'à 5.500 en 2002 et serait maintenu à ce niveau jusqu'en 2017, avant d'être stabilisé à 4.500 à partir de 2019. Cette hypothèse permet de retrouver l'effectif actuel de 170.000 à partir de 2020.

Aucune de ces hypothèses ne prend en compte les analyses développées dans le présent Rapport, et notamment le souci majeur d'utiliser le *numerus clausus* comme moyen privilégié d'amélioration des performances du système de santé. Le cahier des charges répondant le mieux à cet objectif devrait comprendre trois clauses principales.

La première prévoirait le maintien du *numerus clausus* à son niveau actuel pendant les cinq prochaines années au moins. Au moment où se mettent en place des réformes ambitieuses tant dans le domaine de la gestion hospitalière que dans celui de la médecine de ville, il convient en effet d'éviter tout signal pouvant laisser croire à un relâchement des efforts entrepris. L'heure est à la rigueur. Le *numerus clausus* doit être l'un de ses vecteurs.

La seconde clause fixerait à 140.000 (soit 30.000 de moins qu'aujourd'hui et 45.000 de moins qu'en 2005-2010) l'effectif des médecins en régime de croisière, correspondant à un *numerus clausus* de 4.000 atteint par palier à partir du début des années 2000. Cet effectif « optimal », qui sera probablement l'objet de controverses, est celui qui concilie le mieux les multiples paramètres du problème : besoins de santé et équilibre financier, facteurs structurels d'affaiblissement du potentiel médical et facteurs de souplesse, facteurs de rigidité et possibilités de réforme. Il déboucherait sur un ratio de l'ordre de 2,4 médecins pour 1.000 habitants, qui est égal ou supérieur à celui constaté dans de nombreuses régions françaises : Picardie (2,1), Centre, Basse-Normandie, Haute-Normandie (2,3), Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Pays de Loire (2,4). Il n'est pas contradictoire avec la position de la Conférence des Doyens des Facultés de médecine, qui estime -non sans courage- que « le *numerus clausus* ne peut varier qu'entre 3.500 et 4.000 par an ».

La troisième clause, tout à fait essentielle, viserait la mise au point et le suivi d'indicateurs précis permettant de connaître en permanence le potentiel médical disponible, compte tenu des phénomènes de tous ordres qui affectent la profession médicale : vieillissement, féminisation, temps partiel, durée moyenne du travail...etc...etc... Ce tableau de bord éclairerait les Pouvoirs Publics sur les infléchissements à apporter, le cas échéant, à la politique de *numerus clausus*.

Il devrait bien entendu tenir compte de l'évolution de la réglementation et des comportements en matière de retraite. Même si les flux de sortie se prêtent moins aisément que les flux d'entrée à une politique volontariste, ils sont par construction l'un des déterminants de la démographie médicale. Si les perspectives à long terme de l'ensemble des régimes de retraite n'étaient pas ce qu'elles sont -c'est-à-dire très préoccupantes- il faudrait s'étonner que la profession médicale, pourtant pléthorique, ait conservé la règle de la retraite à 65 ans, alors même que la majorité de la population bénéficie depuis près de quinze ans de la retraite à 60 ans. Il paraît sage cependant de s'y tenir, en jouant plutôt, comme c'est le cas depuis 1988, sur des mécanismes de retraite anticipée. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a prévu une amélioration du dispositif existant, en prévoyant notamment d'abaisser de soixante ans à cinquante sept ans l'âge minimal d'accès (cet âge étant même réduit à cinquante six ans jusqu'au 31 décembre 1997) et d'accroître son attractivité en assouplissant les règles de non-cumul avec une activité salariée. Selon les prévisions faites, ce dispositif (qui pourrait concerner 5.000 médecins au cours des trois prochaines années, contre 4.000 environ pour la période 1988-1995) devrait permettre de lisser la bosse démographique des prochaines années. Il est donc fâcheux que les textes d'application n'aient pas encore été publiés, dans la mesure notamment où la mise en retraite anticipée est le moyen le moins coûteux pour réduire le potentiel de la médecine prescriptive. C'est aussi le moyen le plus rapide, même si son effet s'épuise avec le temps (sauf à transformer l'anticipation en mesure définitive d'abaissement de l'âge de la retraite). Il convient donc de le considérer comme un instrument utile d'ajustement conjoncturel, à la différence du *numerus clausus*, partie intégrante d'une stratégie à long terme.

Quelle que soit l'importance -considérable- du *numerus clausus*, la démographie médicale ne peut se réduire à un seul chiffre. Il faut pousser beaucoup plus loin l'analyse, en se penchant sur tous les sous-ensembles qui composent la population médicale. Cette gestion fine est aujourd'hui rudimentaire, voire inexistante : tout se passe comme s'il suffisait d'appuyer sur le bouton *numerus clausus* pour que tous les objectifs soient automatiquement atteints, à l'instar de ces missiles « fire and forget » qui atteignent inmanquablement leur cible.

IV - LA REPARTITION ENTRE GENERALISTES ET SPECIALISTES

La distinction entre généralistes et spécialistes est la principale ligne de démarcation du monde médical français, divisé en deux populations sensiblement égales (50,4 % de généralistes, 49,6 % de spécialistes). L'autre frontière majeure, qui sépare la médecine libérale et la médecine hospitalière,

s'y superpose en grande partie, dans la mesure où les médecins hospitaliers exclusifs sont à près de 80 % des spécialistes.

Cette ligne de démarcation est présente partout : elle prend sa source dès le stade de la formation initiale (au niveau de l'internat), elle commande la politique tarifaire (distinction du C et du CS, accès au secteur 2), elle structure le syndicalisme médical, elle est l'une des clés de toute négociation entre les Pouvoirs Publics et la profession, parfois divisée au point d'envisager la conclusion d'accords séparés avec l'assurance maladie. L'évolution respective de ces deux populations constitue donc un enjeu majeur de la démographie médicale. Elle traduit, fût-ce de façon implicite, les choix faits par la collectivité en matière de système de soins et de politique de santé (la Grande-Bretagne a 70 % de généralistes et 30 % de spécialistes, les Etats-Unis ont la proportion exactement inverse). Pas plus que le *numerus clausus*, elle ne relève de la pure arithmétique. Elle n'est pas neutre, elle illustre des options fondamentales. Quels sont les termes de ces options ? Quels sont les instruments disponibles ou nécessaires pour les mettre en oeuvre ? Quels sont les obstacles à surmonter ? Telles sont les questions auxquelles il faut tenter d'apporter des réponses.

Les généralistes et les spécialistes représentent deux univers distincts, évidemment complémentaires, mais dont la place respective dans le système de santé est étroitement liée à des conceptions variables du rôle de la médecine dans la société et à des modalités différentes d'organisation du système de soins.

Schématiquement, le poids croissant de la médecine spécialisée traduit l'entrée en force du progrès technique dans l'exercice médical. Entre 1982 et 1992, le taux de croissance démographique a été trois fois plus élevé pour les spécialistes que pour les généralistes (+ 4,9 % par an contre + 1,5 %). Ceux-ci représentaient 62 % des médecins en 1980, 55 % en 1988, ils n'en représentent plus que 50 % aujourd'hui. Aux Etats-Unis, la proportion est tombée à 33 % environ (en 1992, moins de 15 % des étudiants américains se destinaient à la médecine de soins primaires, recouvrant la médecine de famille, la médecine interne non spécialisée et la pédiatrie générale).

Pour d'innombrables raisons, le médecin de famille a perdu son rôle alors même que l'évolution des besoins de santé, débordant le domaine strict des soins, aurait dû lui conférer un rôle prépondérant. L'explosion peu ou mal contrôlée de la médecine technicienne est la cause première des difficultés rencontrées un peu partout par les systèmes de santé. L'expérience américaine des HMO montre que cette explosion peut être maîtrisée, sans dommage pour la santé des populations.

Mais les progrès techniques ne sont pas seuls en cause. La place relative des généralistes et des spécialistes dépend aussi, dans une large mesure, du mode d'organisation du système de soins. De ce point de vue, les évolutions en cours militent également pour un rééquilibrage de la démographie médicale en faveur des généralistes la généralisation du carnet médical, le développement souhaité de filières ou de réseaux de soins, le lancement d'expériences incitant les patients à consulter un généraliste avant de s'adresser à un spécialiste, contribueront sans nul doute à accroître le rôle du généraliste. D'autres facteurs joueront dans le même sens, qu'il s'agisse de l'importance nouvelle accordée aux politiques de prévention ou des conséquences du vieillissement de la population, assorties de programmes ambitieux de maintien à domicile. Bref, tout laisse penser que l'augmentation progressive de la proportion de généralistes est l'un des axes forts de la politique démographique des prochaines décennies, sous la réserve expresse que les nouveaux généralistes soient de vrais « spécialistes de la médecine générale », ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Au demeurant, aucune des personnalités auditionnées, à quelque catégorie qu'elle appartienne, n'a récusé cette approche. Un très large consensus s'est dégagé pour estimer que la proportion de généralistes devrait se situer autour de 60 %, voire 70 % pour certains.

En l'état actuel de l'organisation des études médicales, cet objectif de rééquilibrage en faveur des généralistes passe obligatoirement par l'Internat, soit en jouant sur les places offertes au concours, soit en réformant le concours lui-même.

La voie d'approche la plus simple est de réduire progressivement le nombre de places offertes à l'Internat, ce qui entraîne mécaniquement une diminution du nombre des spécialistes formés. L'étude rétrospective du concours de l'Internat montre que le nombre de places offertes annuellement pendant la période 1990-1995 a représenté une proportion très proche de 50 % du numerus clausus correspondant à chacune des promotions concernées (le numerus clausus joue à l'entrée en deuxième année, l'Internat prend place à la fin de la sixième année : pour apprécier valablement la proportion de places offertes à l'Internat, il faut donc rapprocher celles-ci du numerus clausus de l'année $n - 5$). Sur la base du numerus clausus fixé pour chacune des cinq dernières années, et en retenant la même proportion de 50 % que pour les années précédentes, les places mises au concours de l'Internat devraient décroître progressivement de 2.000 en 1996 à 1 750 en l'an 2000. Si l'on veut accroître la proportion des généralistes, il faut réduire davantage le nombre de places offertes, de l'ordre de 200 à 250 par an, par exemple, étant entendu que ce nombre pourrait légèrement remonter (avec un décalage de cinq ans) lorsque le numerus clausus lui-même sera porté autour de 4.000 au début des

années 2000, ainsi qu'il a été recommandé par ailleurs. Il est clair, en tout cas, que sur le long terme le choix durable d'un numerus clausus de 4.000 et d'une proportion de généralistes de 60 % conduit à offrir annuellement 1.600 postes d'Internat aux futurs spécialistes. Il n'est pas sans intérêt de noter, au passage, que les objectifs assignés à la démographie médicale peuvent se révéler au moins partiellement contradictoires : ainsi, une politique très stricte de numerus clausus global, telle que celle proposée dans le présent Rapport, contrarie l'objectif de rééquilibrage entre généralistes et spécialistes, pour la raison toute simple qu'il est d'autant plus long de faire évoluer le stock que le flux d'entrée est plus faible. Il est essentiel néanmoins de hiérarchiser les objectifs, en accordant la priorité absolue à la maîtrise de la démographie globale.

La seconde voie à explorer, plus périlleuse, consiste en une réforme du concours de l'Internat, fondée sur un constat de bon sens : il n'est pas possible de faire du généraliste le pivot du système de santé si l'échec à l'Internat est son principal mode de recrutement. D'où l'idée, avancée ici et là, de transformer l'actuel résidanat de deux ans imposé aux futurs généralistes en un Internat de 3 ou 4 ans, la médecine générale étant en quelque sorte érigée au rang d'une spécialité -ce qu'elle est à bien des égards si l'on veut bien abandonner l'approche exclusivement technicienne de la médecine (une solution alternative, proposée par certains, consisterait à organiser deux Internats distincts).

Cette réforme, étudiée notamment par la Conférence des Doyens, rencontre une adhésion assez large, sauf bien sûr parmi les tenants d'un Internat pur et dur, qui se recrutent aussi bien parmi les plus jeunes Internes que parmi d'anciens Internes plus âgés.

A vrai dire, une telle réforme vise davantage à améliorer la formation des généralistes et à valoriser par contre-coup leur statut qu'à en accroître le nombre, sauf à imaginer que l'alignement progressif des conditions de formation et de rémunération des généralistes sur celles des spécialistes limiterait le tropisme naturel des étudiants pour les spécialités -ce qui est peu vraisemblable à court terme -ou à tout le moins permettrait de réduire plus drastiquement les places de spécialités offertes à l'Internat -ce qui est envisageable. Quoiqu'il en soit, une politique démographique bien comprise doit poursuivre résolument le double enjeu d'une meilleure formation des généralistes et d'une augmentation relative de leur nombre, malgré les obstacles que cette orientation peut rencontrer.

Le premier obstacle, apparent, c'est celui du coût. Les statistiques font clairement apparaître que le coût moyen d'un généraliste (honoraires + prescriptions) est supérieur au coût moyen d'un spécialiste : en 1993, les montants atteignaient respectivement 2.333.000 et 1.379.000, ce dernier chiffre

recouvrant des coûts moyens très variables selon les spécialités (2.979.000 pour les radiologues, 1.350.000 pour les cardiologues, 891.000 pour les pédiatres). Dès le moment où l'un des objectifs majeurs de la politique démographique est de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, il peut sembler paradoxal de préconiser l'augmentation du nombre des praticiens apparemment les plus coûteux.

Ce constat est largement trompeur. La donnée la plus significative, ce n'est pas le coût comparé des différents types de praticiens, c'est le coût complet du parcours d'un patient dans le système de soins. L'hypothèse forte qui sous-tend le rééquilibrage souhaitable du dispositif au profit des généralistes, c'est la conviction que ce parcours peut être plus rationnel, mieux organisé, et par conséquent globalement moins coûteux. Les HMO (qui couvrent déjà 70 % des salariés et pourraient concerner 80 % de la population américaine en 2005) reposent sur ce pari et ce n'est pas un hasard si leur développement aux Etats-Unis s'accompagne d'un appel accru aux généralistes, qui représentent déjà 50 % des médecins impliqués dans ces organismes, alors qu'ils ne constituent que le tiers à peine de l'ensemble des médecins américains. Dans ses prévisions à horizon de 2020, le « Council on Graduate Medical Education » (COGME) estime qu'en l'absence de toute régulation démographique, le nombre de généralistes resterait pratiquement stable (178.000 en 2020 contre 175.000 en 2000), alors que le nombre de spécialistes croîtrait fortement (496.000 en 2020 contre 377.000 en 2000). Il propose une très forte inflexion de cette évolution, en chiffrant à 263.000 les besoins en généralistes en 2020 (soit + 47 % par rapport à l'évolution tendancielle) et à 300.000 le nombre de spécialistes (soit - 40 %). De tels écarts sur une période relativement brève montrent l'ampleur des bouleversements susceptibles d'affecter le système de soins.

Mais un autre élément vient à l'appui de ce premier constat. S'il existe, pour les spécialistes, une très forte corrélation entre l'offre et la dépense, cette corrélation est beaucoup moins nette pour les généralistes. Une analyse détaillée montre (cf.annexe) que le coût marginal pour l'assurance-maladie d'un généraliste supplémentaire est inférieur de 40 % environ au coût moyen, alors qu'il n'est inférieur que de 25 % pour un spécialiste. Il en résulte que les coûts marginaux des deux catégories de praticiens sont très voisins (1,1 MF pour les généralistes, 0,9 MF pour les spécialistes), là où l'éventail des coûts moyens est beaucoup plus ouvert (1,9 MF et 1,2 MF). Autrement dit, le spécialiste supplémentaire secrète très largement une nouvelle clientèle, alors que le généraliste supplémentaire la constitue pour une part non négligeable par prélèvement sur la clientèle existante. Encore faut-il souligner que cette analyse se situe dans le cadre du système actuel, sans prise en compte aucune des progrès susceptibles d'être attendus d'une plus grande rationalisation de la chaîne des soins.

La seconde difficulté liée au rééquilibrage de la démographie médicale en faveur des généralistes a trait aux conséquences qu'il entraînerait sur l'organisation des hôpitaux. De tradition, les services hospitaliers reposent très largement sur les Internes (à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ils représentent 30 % de l'effectif médical en équivalent temps plein, en y incluant les résidents et les faisant fonction d'internes), c'est-à-dire sur les spécialistes en formation : en diminuer le nombre (qui a déjà diminué de 3 750 entre 1987 et 1992), c'est compromettre le bon fonctionnement des établissements. Il convient donc de trouver les solutions appropriées, en récusant formellement l'approche -aujourd'hui encore dominante- qui voudrait que le nombre d'Internes, et donc de futurs spécialistes, soit fixé exclusivement en fonction des besoins hospitaliers, sans considération aucune des besoins de l'ensemble de la population (ce biais hospitalier pèse non seulement sur la répartition entre généralistes et spécialistes, mais aussi sur la répartition entre spécialités -cf. plus loin).

Un premier élément de solution réside dans une meilleure répartition des Internes au sein des services. La procédure actuelle fait la part belle aux chefs de service les plus influents : les exemples sont nombreux, notamment dans les hôpitaux parisiens, de services sur-dotés voisinant avec des services sous-dotés. La mise en place progressive de procédures d'accréditation et d'évaluation devraient permettre de dégager des normes conduisant à une répartition plus équilibrée des Internes. Dans l'immédiat, les DRASS devraient utiliser avec plus de détermination les indicateurs dont elles disposent, en impliquant davantage les directeurs d'établissements dans les processus de décision. L'Administration -d'Etat et hospitalière- ne doit pas dissimuler sa passivité derrière l'alibi de la dimension médicale du problème. Les futures Agences régionales de l'hospitalisation devront y veiller.

Un second élément de solution peut être trouvé dans une plus grande ouverture de l'hôpital sur la médecine de ville, en recourant davantage aux vacations d'attachés ou aux formules de temps partiel. Cette ouverture doit concerner non seulement les spécialistes, mais également les généralistes, par exemple dans les services d'urgence. Cette mobilisation du potentiel médical disponible pourra impliquer, le cas échéant, une amélioration des rémunérations offertes. En revanche, l'idée parfois avancée d'imposer aux Internes une ou deux années supplémentaires de présence dans les services hospitaliers appelle de fortes réserves, en raison de la durée déjà très longue des études médicales et de la quasi-impossibilité d'éviter de donner à cette mesure un caractère discriminatoire, compte tenu de l'existence de besoins très variables selon les spécialités. Rien n'interdit, pour autant, de proposer aux Internes, sur la base du volontariat et avec une rémunération appropriée, des contrats de courte durée pour faire face à des besoins avérés. Il n'est pas possible, en tout cas, dans un pays qui offre globalement un potentiel médical excédentaire, d'admettre l'idée que la diminution du nombre d'Internes pose un problème insoluble. Il l'est d'autant moins que la restructuration nécessaire de

la carte sanitaire et la modernisation de la gestion hospitalière permettront d'améliorer progressivement les performances du système hospitalier. Il apparaîtra alors, comme souvent dans le secteur public, que la pénurie apparente de moyens n'est que la conséquence de dysfonctionnements trop longtemps tolérés.

Le rééquilibrage entre généralistes et spécialistes soulève enfin une troisième question, celle du statut même du généraliste. Il ne suffit pas de jouer de façon purement arithmétique sur le nombre de places offertes à l'Internat ou sur le nombre d'années de résidanat imposées aux futurs généralistes. Il faut revaloriser le statut même du généraliste, en alignant notamment la valeur des lettres-clé de son activité sur celle des spécialistes (C = CS). Le double alignement de la durée de formation et de la rémunération donnera une place nouvelle au généraliste dans notre système de santé. D'aucuns mettront certes en garde contre les conséquences financières d'une telle réforme ; d'autres - parmi lesquels l'auteur du présent Rapport- souligneront au contraire que ce changement de cap ouvre la voie à un nouveau mode d'exercice de la médecine, davantage centré sur l'acte intellectuel et moins prodigue en prescriptions ou actes techniques (une révision en baisse de la nomenclature de beaucoup d'actes techniques de spécialité accompagnerait utilement cette évolution). Les uns et les autres seront d'accord, en tout cas, pour affirmer que toute politique démographique cohérente comporte nécessairement des implications sur le fonctionnement même du système de santé.

V - LA PLACE RESPECTIVE DE LA MEDECINE LIBERALE ET DE LA MEDECINE SALARIEE

A la différence de la démographie globale - régie par le jeu du numerus clausus- et de la répartition entre généralistes et spécialistes- commandée par le concours de l'Internat-la répartition entre médecins libéraux et médecins salariés n'obéit à aucune règle affichée. Elle est la résultante, sur longue période, des effets combinés du numerus clausus, du concours de l'Internat, des postes offerts dans les divers emplois de médecins salariés -notamment à l'hôpital- et enfin de la décision des médecins, qui bénéficient d'une grande liberté dans le choix de leur statut.

Face à l'explosion de la démographie médicale et à la dérive des dépenses de santé, l'idée a souvent été avancée -et encore tout récemment- que l'orientation ou la reconversion d'un nombre appréciable de médecins vers des emplois salariés serait de nature à alléger la pression exercée sur le système de santé : la collectivité ne se trouverait -elle pas mieux de financer des médecins de santé scolaire à 200.000 F par an plutôt que des généralistes qui font peser une charge annuelle de l'ordre de 2 millions de F. (honoraires +

prescriptions) sur l'assurance-maladie ? Si l'on s'en tenait à ce rapprochement simpliste, la cause serait évidemment entendue...

Mais cette thèse trouve d'autres points d'appui que la recherche exclusive d'économies. Dans le Rapport remis en octobre 1990 au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité (« Douze thèses pour le renouveau de la médecine libérale »), Philippe LAZAR, alors Directeur Général de l'INSERM, affirme « qu'il existe un énorme déficit en matière de médecine scolaire, de médecine du travail, de médecine préventive et de médecine ayant compétence dans les diverses dimensions de la santé publique (en épidémiologie, en droit et en économie notamment) ». Il fait par ailleurs état des « besoins croissants en médecine sportive ou de médecine de l'environnement » et conclut cette analyse en estimant que « le déficit en médecine d'application collective est très lourd : ce sont probablement plusieurs milliers -voire plusieurs dizaines de milliers- de médecins supplémentaires qu'il faudrait pour organiser de façon complètement renouvelée et efficace les secteurs essentiels déjà évoqués », l'excès démographique offrant ainsi « l'occasion unique de porter remède à l'insuffisance massive, en France, de la médecine d'intérêt collectif ». Il est de fait que la médecine préventive ne représente que 2 % environ des dépenses de santé. L'Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Paris pousse le raisonnement à ses limites extrêmes, en suggérant d'offrir à tous les étudiants, à la fin de la sixième année, le choix entre deux filières : une filière de médecine de soins et de prescriptions, une filière de médecine non-prescriptive.

Dans un Rapport plus récent, en date de 1991, le Professeur Jean-François GIRARD, Directeur Général de la Santé, confirme l'existence de besoins en médecine collective, mais avance des estimations beaucoup plus modestes. Selon lui ces besoins sont -hors médecine hospitalière- de l'ordre de 5 à 6 000. Un groupe de travail réunissant la DGS, la DH et la DSS a précisé cette estimation, en évaluant les besoins à 4 000 postes environ - y compris la médecine hospitalière (hôpitaux : 2400, médecine du travail : 600, médecine scolaire : 300, PMI : 300, santé publique : 400, médecine-conseil : 70).

Dans l'optique du présent Rapport, qui est de façon privilégiée d'optimiser la démographie médicale au regard des charges qu'elle impose à la collectivité, la perspective d'une reconversion massive de médecins libéraux vers des emplois salariés se heurte à de très fortes objections.

La première a trait à une constante ou plutôt à ce qui devrait être une constante de la gestion publique : avant d'envisager un renforcement notable des effectifs de la médecine scolaire, de la médecine du travail, de la médecine de santé publique, de la médecine-conseil etc..., c'est-à-dire en définitive des

charges de l'Etat, des entreprises, ou de l'assurance-maladie, il faudrait être sûr que les effectifs actuels sont utilisés dans les meilleures conditions. Un audit systématique de ces différents secteurs mettrait probablement à jour des dysfonctionnements importants, tenant au poids des habitudes, à l'archaïsme des procédures, aux pesanteurs bureaucratiques etc... Partout dans l'Etat, l'augmentation des effectifs a toujours masqué l'incapacité à moderniser la gestion. Cette fuite en avant doit cesser. Il existe par exemple plus de 3.000 médecins-conseil, soit 1 pour moins de 40 médecins libéraux : faut-il vraiment en accroître encore la densité ?

La seconde objection tient à l'extrême hétérogénéité de la médecine salariée, qui recouvre aussi bien la médecine préventive -non prescriptive- que la médecine hospitalière- très fortement prescriptive. Si la médecine préventive peut, en première analyse, paraître moins coûteuse que la médecine libérale, il n'en va pas du tout de même de la médecine hospitalière. Il n'est pas sans intérêt d'observer, au passage, que le coût des différentes catégories de médecins est d'autant mieux connu qu'elles sont plus éloignées de la Puissance Publique... Là où le coût complet (honoraires + prescriptions) d'un praticien libéral est parfaitement connu de façon détaillée, spécialité par spécialité, il n'existe aucune information analogue, spontanément disponible, pour les médecins salariés, qu'ils soient prescripteurs ou non prescripteurs. Cependant, si les comparaisons de coûts entre médecine préventive et médecine libérale méritent une étude attentive (cf. plus loin), il n'est nul besoin d'informations statistiques abondantes pour douter fortement que l'accroissement du nombre des médecins hospitaliers, en vue de réduire l'effectif des médecins libéraux, puisse être financièrement bénéfique.

Il faut d'abord observer que les postes vacants dans les hôpitaux sont beaucoup moins nombreux qu'on ne le prétend souvent. Selon une étude de la Direction des Hôpitaux, consacrée aux praticiens hospitaliers temps plein ou temps partiel ainsi qu'aux assistants (à l'exclusion par conséquent des hospitalo-universitaires, des internes ou résidents, et des attachés), les postes de PH temps plein ne sont certes occupés par des médecins statutaires qu'à concurrence de 80 %, mais ce taux est porté à 93,5 % en prenant en considération les postes occupés par des PH à titre provisoire, des PH contractuels ou des praticiens associés. Bref, le taux de vacance effectif n'est pas de 20 % mais de 6,5 % seulement. La même approche débouche sur des taux de vacance réels de 8,3 % pour les PH à temps partiel et de 8 % pour les assistants. Encore faut-il noter que ces taux incluent les vacances « frictionnelles », liées à la longueur des procédures de nomination. Bien sûr, l'exemple pourra toujours être cité de tel ou tel service débordé, où l'absence d'un nombre suffisant de médecins entraîne des coûts d'hospitalisation qui pourraient être réduits si les moyens disponibles étaient mieux adaptés à l'activité. Mais pour un service de ce type, combien d'autres qui fonctionnent en-deça de leur capacité ? Au-delà de cette approche polémique, il faut retenir les ordres de grandeur du débat. Les postes réellement vacants représentent 4

à 5 % du potentiel médical hospitalier global. Au moment où se mettent en place les instruments d'une nouvelle politique hospitalière (agences régionales de l'hospitalisation, contrats pluriannuels, déconcentration, filières et réseaux de soins, accréditation, évaluation), pourvoir tous les postes vacants reviendrait à figer la carte hospitalière et à s'interdire par conséquent toute fermeture de services, toute reconversion, toute restructuration. Dans un secteur où les charges de personnel représentent près de 70 % des masses budgétaires, comment imaginer que les dépenses pourront être maîtrisées sans une stabilisation, voire une réduction, des effectifs hospitaliers, y compris de personnel médical ? Si des besoins urgents apparaissent de façon localisée ou momentanée, il faut les couvrir par redéploiement ou, à défaut, par une meilleure articulation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Bref, il est très vivement recommandé de ne plus considérer la médecine hospitalière comme une soupape permettant d'absorber une partie du trop plein de la démographie médicale. Les conséquences financières en seraient au demeurant désastreuses : si le coût direct d'un médecin hospitalier s'étage (charges patronales comprises) entre 299.000 F et 461.000 F pour un chef de clinique, 378.000 F et 795.000 F pour un praticien hospitalier, 521.000 F et 1.298.000 F pour un PU-PH, le coût complet est évidemment beaucoup plus élevé. Pour en calculer la borne haute, il suffit apparemment de diviser les dépenses d'hospitalisation par le nombre de médecins hospitaliers (en équivalent temps plein) en considérant que le corps médical est le seul ordonnateur de la dépense, aussi bien en ce qui concerne les durées d'hospitalisation (et donc les dépenses d'hébergement) qu'en ce qui concerne les soins proprement dits. Sur la base de cette approche, le coût moyen d'un médecin de l'Assistance Publique ressort à 3.000.000 F (en intégrant les Internes dans le corps médical). Cette approche peut paraître excessive, dans la mesure où elle revient à affecter aux seuls médecins la totalité des dépenses hospitalières. C'est pourtant celle qui sous-tend économiquement le fonctionnement des cliniques privées. Surtout, c'est celle qu'il faudra bien mettre en oeuvre pour calculer les coûts par pathologie et rendre ces coûts comparables d'un établissement à l'autre, qu'il soit public ou privé.

La troisième objection renvoie tout simplement aux ordres de grandeur des besoins en médecine préventive. Le Rapport GIRARD en présente une analyse détaillée. Les emplois susceptibles d'être offerts atteindraient 5.500, soit un chiffre qui, sans être négligeable, est hors de proportion avec l'excédent constaté de 20.000 à 30.000 médecins. De surcroît, la création de postes de médecine préventive à des fins essentiellement démographiques serait mal adaptée à l'évolution prévisible de la démographie médicale, qui amorcera un repli relativement rapide dans dix à douze ans. Compte tenu de la pérennité des emplois budgétaires, on voit mal comment les effectifs de médecins scolaires ou de médecins de santé publique, par exemple, pourraient être réduits le moment venu, au seul motif que la pléthore médicale serait spontanément en voie de résorption. Autrement dit, et en se plaçant du seul point de vue financier, il n'est pas opportun de recourir à une solution de caractère permanent pour régler un problème transitoire.

La dernière objection -et sans doute la plus forte et la plus méconnue- réside dans l'analyse des coûts comparés de la médecine libérale et de la médecine salariée. Dans sa version prescriptive, qui recouvre la médecine hospitalière, les éléments de comparaison disponibles montrent qu'il serait très illusoire d'attendre des économies de la création de nouveaux postes de médecins hospitaliers. Comment pourrait-il d'ailleurs en aller autrement, dès le moment où la médecine hospitalière est une médecine plus lourde que la médecine ambulatoire, où les abus et gaspillages y sont au moins aussi fréquents, et où surtout la lourdeur de la gestion hospitalière est un facteur important de surcoût ? Cette analyse peut, mutatis mutandis, être étendue à bon nombre de structures collectives de soins, qu'il s'agisse des dispensaires, des centres de santé gérés par la Sécurité sociale ou les mutuelles, ou même des consultations externes des hôpitaux : une analyse précise des coûts par acte montrerait qu'il n'ont rien à envier aux coûts de la médecine libérale.

Dans sa version non-prescriptive, la médecine salariée dispose évidemment d'un « avantage compétitif » de poids, puisque les prescriptions représentent près des deux tiers des dépenses générées par les médecins libéraux. Cette caractéristique majeure ne suffit pas à faire de la reconversion éventuelle de médecins libéraux vers la médecine préventive une opération financièrement attrayante pour la collectivité, pour plusieurs raisons.

La première est qu'il faut comparer des coûts complets et non pas seulement des revenus respectifs. Cette condition est automatiquement remplie par les médecins libéraux puisque leurs honoraires couvrent, par construction, l'ensemble de leurs charges (locaux, personnel, fournitures...etc..). Il n'en va pas de même pour les médecins salariés, dont la rémunération doit être majorée des charges sociales patronales, des dépenses liées au personnel mis à leur disposition, et des frais de fonctionnement. Ainsi défini, le coût d'un médecin scolaire dépasse 510.000 F par an, pour atteindre même près de 1.400.000 F si on rapporte l'effectif des infirmières scolaires au nombre de médecins. Le coût complet d'un médecin-conseil peut être estimé à 1.900.000F, en prenant en compte notamment la présence de près de trois agents administratifs par praticien. Ces chiffres doivent être rapprochés du coût moyen des médecins libéraux (honoraires + prescriptions), soit 1.920.000 F (2.300.000 F pour les généralistes, 1.540.000 F pour les spécialistes).

La seconde raison, c'est qu'à la différence du coût des médecins salariés, qui pèse en totalité sur la collectivité, le coût des médecins libéraux n'est pris en charge qu'à concurrence de 70 % en moyenne par l'assurance-maladie, soit un montant qui peut être estimé à 1.610.000 F pour un généraliste et 1.076.000F pour un spécialiste.

La troisième raison, c'est qu'il ne suffit évidemment pas de reconvertir un médecin libéral en médecin salarié pour que sa clientèle disparaisse. Elle se reporte, dans des proportions variables (plus fortes pour les généralistes que pour les spécialistes), sur les autres médecins. Dans ses études sur les conséquences du départ anticipé en retraite des médecins, la CARMF retient l'hypothèse d'un report de clientèle de l'ordre de 75 %. La Direction de la Sécurité Sociale, de son côté, a calculé que la transformation d'un généraliste moyen en médecin du travail « rapporte » 300.000 F par an à la collectivité dans l'hypothèse d'un report de clientèle de 50 %, mais lui coûte 150.000 F dans le cas où ce report atteint 75 %. Ces chiffres n'ont bien entendu qu'une valeur indicative, qui permet de relativiser, voire d'infirmier, la thèse fréquemment avancée selon laquelle la reconversion de médecins libéraux vers des fonctions salariées pourrait constituer un instrument efficace de régulation de la démographie médicale.

Une dernière raison vient, s'il en était besoin, renforcer cette analyse. Elle tient au fait statistiquement probable que les médecins libéraux tentés par une reconversion vers le salariat ont, sauf exceptions, une activité plutôt inférieure à la moyenne, notamment les femmes médecins, très fortement représentées dans tous les secteurs de la médecine préventive.

Au terme de cette analyse de la répartition entre médecins libéraux et médecins salariés, il n'est pas inutile sans doute de rappeler que l'objectif premier du présent Rapport n'est pas d'évaluer de façon précise les besoins de la médecine scolaire, de la médecine du travail, de la médecine de santé publique, ou de la médecine-conseil, pas plus que ceux de la médecine hospitalière. Son objectif est autre : il est d'abord de mettre en garde contre la couverture insuffisamment réfléchie de besoins supposés qui, notamment - mais pas seulement- dans le domaine hospitalier, sont davantage la traduction de dysfonctionnements que l'expression objective d'une pénurie de moyens ; il est aussi de souligner que, contrairement aux apparences, le passage de la médecine libérale à la médecine salariée ne débouche pas nécessairement sur un allègement des charges supportées par la collectivité ; il est enfin -et c'est l'objet des développements qui suivent- de suggérer des solutions alternatives permettant de mobiliser en tant que de besoin le potentiel de la médecine libérale au profit de la médecine préventive ou de la médecine hospitalière.

La collectivité a tout à gagner d'une meilleure articulation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Les attachés -c'est-à-dire les médecins de ville assurant des vacations à l'hôpital -représentent déjà une fraction non négligeable du potentiel médical hospitalier (à l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris, ils représentent plus de 25 % du potentiel médical en équivalent temps plein). Ils jouent notamment un rôle de premier plan dans les consultations externes, participent au fonctionnement de beaucoup de plateaux techniques et sont désormais associés à la bonne marche des services d'urgence. Cependant, la collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière ne pourra trouver son plein effet que du jour où l'hôpital sera en mesure d'offrir des formules plus diversifiées. Il ne s'agit pas de remettre en cause l'exercice médical à temps plein, qui doit rester l'ossature du fonctionnement hospitalier, mais de tirer le meilleur parti d'une démographie médicale abondante susceptible de couvrir au plus près les besoins spécifiques ou temporaires des établissements. A cet effet, la panoplie des formules offertes (déjà enrichie par la création d'un statut des assistants en 1987 et d'un statut des praticiens hospitaliers contractuels en 1993) devrait être élargie, en prévoyant en particulier la possibilité de moduler les niveaux de rémunération dans les disciplines où la couverture des besoins hospitaliers se heurte à des difficultés manifestes. La diminution envisagée par ailleurs du nombre des Internes obligera de toutes façons à repenser le dispositif. Il faut donc changer résolument de perspective, en ne considérant plus la contribution de médecins libéraux au fonctionnement hospitalier comme accessoire ou marginale, mais comme un élément substantiel. L'augmentation du nombre des médecins exerçant à mi-temps en ville et à mi-temps à l'hôpital symboliserait cette nouvelle donne et créerait un climat plus propice à la mise en place de réseaux ou filières de soins.

La médecine préventive pourrait s'inspirer de schémas analogues. Sous réserve, le cas échéant, d'une formation complémentaire appropriée, les médecins libéraux pourraient jouer un rôle accru dans le domaine de la prévention, non seulement en assurant - comme ils le font déjà souvent- des vacations classiques dans des dispensaires, des centres de PMI, en médecine de santé scolaire... etc..., pour le compte de l'Etat ou des collectivités locales, mais aussi des actes de prévention au sein même de leur cabinet, moyennant une rémunération forfaitaire. Ainsi pourrait progressivement se dégager et se préciser le profil de « médecins de prévention », dont l'agrément pourrait éventuellement, à terme, être subordonné au respect d'un volume maximum d'actes dispensés dans le cadre de leur exercice libéral. D'autres formules sont sans doute concevables, dès lors qu'elles satisferaient à trois objectifs : le premier, c'est de mieux intégrer les fonctions préventives et curatives, qui relèvent aujourd'hui d'univers différents ; le second, c'est le souci de privilégier les formules les plus économiques pour la collectivité ; le troisième enfin, c'est d'amorcer ce faisant une évolution de l'exercice libéral faisant davantage de place à des modes nouveaux de rémunération, à une meilleure régulation de l'activité, ainsi qu'au développement des réseaux et filières de soins.

D'autres secteurs de la médecine non-prescriptive pourraient également être irrigués par la médecine libérale, sous forme de vacations, de consultations, ou d'expertises. C'est le cas, par exemple, pour la médecine de santé publique. Ce pourrait aussi être le cas pour la médecine de contrôle des caisses d'assurance-maladie, qui ne recourt guère actuellement à la médecine libérale (sauf pour des expertises dans des dossiers contentieux) : pourquoi ne pas imaginer que des formations mixtes, composées de médecins-conseil et de médecins libéraux dûment agréés, puissent être constituées pour surveiller l'activité du corps médical, au regard notamment du respect des références médicales opposables (en Suisse, les médecins-conseil exercent à temps partiel et disposent d'un cabinet en Ville) ? La crédibilité et l'acceptabilité des contrôles y gagneraient certainement.

En définitive, l'existence durable d'un potentiel médical libéral excédentaire doit être mise à profit pour supprimer ou atténuer les cloisonnements excessifs qui séparent la médecine hospitalière de la médecine libérale, la médecine curative de la médecine préventive. Dans la situation de pléthore médicale qui est la nôtre, il n'est pas acceptable que des fonctions hospitalières soient mal assurées ou ne puissent l'être qu'en recourant à des médecins étrangers dont le statut -et parfois la formation- sont précaires ; il n'est pas acceptable non plus que des besoins importants en matière de prévention, de santé publique, ou de contrôle soient insuffisamment couverts. La solution ne doit pas être trouvée dans une approche statutaire, qui ne ferait qu'accentuer les cloisonnements et alourdirait les charges supportées par la collectivité, mais dans la diversification des activités des médecins libéraux, généralistes et spécialistes.

VI - LES DESEQUILIBRES ENTRE SPECIALITES

Au moment d'aborder le problème de la répartition des médecins entre les différentes spécialités, il faut rappeler la thèse centrale du présent Rapport, à savoir qu'il y a moins de risques attachés à une politique démographique très stricte -même si cette politique devait déboucher à terme sur une pénurie relative- qu'il n'y en aurait à conduire une politique démographique plus accommodante. Mais il faut souligner aussitôt que le corollaire impérieux d'une politique rigoureuse, c'est l'utilisation optimale du potentiel médical disponible. Dans le cadre d'une contrainte forte pesant sur les effectifs globaux, tout excédent dans un secteur donné de la médecine crée nécessairement par contrecoup des tensions dans les autres secteurs. D'où l'importance d'un ajustement aussi précis que possible des effectifs des différentes spécialités aux besoins.

De ce point de vue, la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Faute d'une régulation appropriée, les excédents et les déficits coexistent : la dermatologie ou la cardiologie, par exemple, sont excédentaires (selon le Conseil de l'Ordre, il y aurait davantage de dermatologues dans la seule région Provence-Alpes--Côte d'Azur que dans toute la Grande-Bretagne ; selon d'autres interlocuteurs médicaux, il y aurait 5.600 ophtalmologistes en France contre 800 seulement au Royaume-Uni) ; l'anesthésie-réanimation, la chirurgie générale, la gynécologie-obstétrique sont déficitaires ou en passe de l'être (c'est le cas aussi, semble-t-il, de la psychiatrie en milieu hospitalier hors CHU, à horizon d'une douzaine d'années). Ces déséquilibres sont d'autant plus préoccupants que leur correction devra s'opérer non seulement dans le cadre d'une nécessaire diminution à long terme de la démographie médicale globale mais aussi et surtout, dans le contexte d'une diminution proportionnellement plus forte du nombre des spécialistes. Pour fixer les ordres de grandeur, il suffit de rappeler que le schéma central qui sous-tend le présent Rapport conduirait à passer de 170.000 médecins aujourd'hui (85.000 généralistes, 85.000 spécialistes) à 140.000 environ en régime de croisière d'ici une trentaine d'années, répartis selon une clé 60/40 : 84.000 généralistes et 56.000 spécialistes. Les travaux du SESI donnent la mesure des initiatives à prendre pour mener une politique volontariste de correction des déséquilibres. Ces travaux ont été conduits en retenant trois hypothèses : un *numerus clausus* élevé (en tout cas plus élevé que celui envisagé ici, puisqu'il atteindrait 5.500 de 2002 à 2017, avant de redescendre à 4.500) ; un quota de places offertes à l'Internat (et donc aux spécialistes) de 40 % ; enfin et surtout le maintien de la répartition actuelle des postes entre les différentes disciplines d'Internat. Les résultats de cette projection montrent, notamment, que l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie-obstétrique perdraient le tiers de leurs effectifs d'ici 2010, l'effectif des gynécologues médicaux diminuerait de moitié d'ici 2015, l'anesthésie-réanimation, la rhumatologie, la pédiatrie seraient amputées de 20 à 30 % de leurs moyens. Il va de soi que ces évolutions tendanciennes seraient encore accentuées dans l'hypothèse -pourtant recommandée- d'un *numerus clausus* plus strict.

La répartition optimale des besoins par spécialité à horizon de plusieurs décennies soulève évidemment de redoutables questions. Les travaux du SESI, qui se bornent pour l'essentiel à des extrapolations, ont cependant la vertu d'amorcer la réflexion dans un domaine fort peu exploré. Il faut signaler toutefois les efforts développés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans le cadre de la préparation de ses plans stratégiques et, surtout, les travaux actuellement menés par le Groupe de travail « Démographie des professions de santé » constitué par la DGS, la DH, la DSS, et le SESI. Compte tenu de l'importance des enjeux à long terme, tant en termes de santé publique que financiers, il serait souhaitable que ces travaux soient conduits en étroite coordination avec les travaux analogues menés dans d'autres pays, notamment en Europe et aux Etats-Unis.

S'il est trop tôt pour s'appuyer sur une évaluation fiable des besoins par spécialité à horizon de vingt ou trente ans- et s'il est même probable que de telles évaluations resteraient de toutes façons très fragiles-, il ne l'est pas pour recenser les instruments susceptibles d'être mis en oeuvre pour corriger les déséquilibres les plus patents.

Le premier instrument, c'est bien entendu le concours de l'Internat, puisqu'il est la porte d'entrée obligée vers les différentes spécialités. Actuellement, les places mises au concours sont réparties en six disciplines, dont quatre coïncident avec des spécialités (médecine du travail, santé publique, biologie médicale, psychiatrie), mais dont les deux autres (« spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales ») -qui représentent à elles seules plus des trois quarts des places- regroupent de façon indifférenciée les quelque dix huit spécialités médicales et les quatorze spécialités chirurgicales. Ce dispositif laisse évidemment de très larges marges de manoeuvre aux candidats reçus et aux chefs de service hospitaliers, même si l'Administration dispose théoriquement de moyens pour peser sur la répartition par spécialité, à travers notamment la commission d'agrément des services formateurs. Faute, d'un horizon suffisamment clair et d'une politique suffisamment affirmée, l'Administration poursuit au demeurant des objectifs qui ne convergent pas nécessairement : si la DGS tente de réguler la démographie des futurs spécialistes, la DH est naturellement sensible aux besoins hospitaliers et le Ministère de l'Enseignement supérieur est bien entendu soumis à la pression convergente des Universitaires (par ailleurs chefs de services hospitaliers) et des étudiants. Quant au Ministère du Budget, il est curieusement absent de cette procédure, malgré son impact sur le fonctionnement et l'équilibre du système de santé.

La réforme apparemment la plus simple consisterait à ventiler les deux blocs « spécialités médicales » et « spécialités chirurgicales » en autant de quotas de places qu'il y a de spécialités distinctes. Une mesure de cette nature, envisagée il y a une dizaine d'années, a dû être abandonnée en raison de l'hostilité des étudiants et de bon nombre d'hospitalo-universitaires (plus récemment, une mesure visant à créer un quota distinct pour l'anesthésie-réanimation a dû être rapportée sous la pression des anesthésistes réanimateurs). Les contacts pris à l'occasion de la présente mission laissent penser que les esprits ont évolué et que le dossier pourrait être à nouveau ouvert, surtout s'il était présenté dans le cadre d'une politique démographique globale clairement définie. Il conviendrait toutefois de prendre en compte les préoccupations des étudiants, qui sont d'autant plus attachés au maintien d'une certaine liberté de choix qu'ils ont le sentiment d'avoir déjà affronté une triple sélection : celle qui, à tort ou à raison, exclut pratiquement des facultés de médecine les candidats non titulaires d'un baccalauréat scientifique ; celle qui, à la fin de la première année, élimine près de 85 % des étudiants ; celle, enfin, qui ne retient qu'un candidat sur deux au niveau de l'Internat. Il est compréhensible qu'après avoir franchi ces différents obstacles, les Internes

souhaitent disposer d'une certaine liberté dans le choix de leur spécialité, d'autant plus qu'ils savent bien que les prévisions de besoins à long terme sont fragiles, voire inexistantes, et que le choix qu'ils exercent peut traduire une véritable vocation.

Dès lors, toute réforme visant à mieux maîtriser la répartition entre les différentes spécialités devraient satisfaire à trois conditions : la première serait d'être annoncée avec un préavis suffisant, de l'ordre de plusieurs années, de telle sorte que les étudiants présentant l'Internat, ou s'y préparant, n'aient pas le sentiment d'être pris de court ; la seconde est de maintenir, d'une manière ou d'une autre, le « droit au repentir » qui permet actuellement à un interne de modifier, sous certaines conditions, son choix initial avant la fin du quatrième semestre d'Internat (une solution alternative à explorer pourrait consister à différer le choix initial de la spécialité, en le situant par exemple à la fin du deuxième semestre) ; la troisième, enfin, consisterait, au moins dans un premier temps, à n'ouvrir de quotas précis que pour les seules spécialités excédentaires ou déficitaires (qui viendraient s'ajouter aux quatre spécialités déjà identifiées), voire -mais ce serait la limite ultime des concessions- pour ces dernières seulement, en espérant que les spécialités excédentaires finiront par s'ajuster tant bien que mal aux besoins, grâce à une meilleure information des étudiants, une procédure plus volontariste d'agrément des services formateurs et un contrôle plus strict de l'activité des praticiens installés.

Le second instrument disponible pour peser sur la répartition entre spécialités, c'est la possibilité qu'offrent les textes d'organiser des concours spéciaux. Ce type de concours est ouvert aux docteurs en médecine justifiant, sauf exceptions, d'au moins trois années d'activité professionnelle. Il a déjà été utilisé à plusieurs reprises pour combler en partie le déficit de la médecine du travail. Momentanément abandonné en raison du mécontentement des médecins du travail en activité ou en formation, titulaires de l'Internat classique, il devrait, d'après les informations recueillies, être à nouveau mis en oeuvre prochainement.

Au-delà du cas particulier de la médecine du travail, la formule du concours spécial doit être clairement présentée comme un élément indissociable de la problématique de l'Internat : ou bien la régulation fine par spécialité s'opère à travers le concours classique de l'Internat, grâce à l'introduction progressive de quotas détaillés, et dans ce cas les concours spéciaux perdent une bonne partie de leur justification ; ou bien les étudiants, soutenus par les hospitalo-universitaires, souhaitent conserver une certaine liberté de choix, et alors l'organisation périodique de concours spéciaux permettant d'ajuster le nombre de spécialistes aux besoins devient une nécessité, en tout cas pour les spécialités nettement déficitaires.

La formule du concours spécial présente de surcroît une vertu supplémentaire, dans la mesure où il constitue pratiquement la seule passerelle permettant à un médecin (généraliste ou spécialiste) de changer d'activité en cours de carrière (si l'on excepte les dispositions particulières qui permettent aux médecins hospitaliers, dans des conditions très strictes, de changer de spécialité au cours de leur vie professionnelle). Indépendamment des sessions consacrées à la seule médecine du travail, des concours spéciaux sont organisés régulièrement chaque année depuis 1988. Ouverts également aux ressortissants de tous les pays de l'Union européenne, ils sont pour l'instant d'une efficacité très limitée comme instrument de mobilité de la profession médicale, puisque le nombre de places offertes est modeste (100 par an de 1988 à 1995, 135 en 1996) et que le nombre de reçus est plus faible encore (moins de 15 par an en moyenne). Ces résultats médiocres traduisent l'extrême difficulté pour un généraliste engagé dans la vie professionnelle de se reconverter vers une spécialité. Cette rigidité de la profession médicale, sans doute inhérente à la nature même de l'activité (mais aussi aux conditions d'organisation de la formation et aux contraintes édictées par les directives européennes), souligne s'il en était besoin l'extrême importance d'agir le plus en amont possible, en élaborant une politique permettant de réguler convenablement les flux d'entrée, de respecter de bonnes proportions entre généralistes et spécialistes, et de ventiler au mieux les médecins par spécialités. Quels que soient les progrès réalisés dans cette voie, des problèmes parfois majeurs d'ajustement demeureront. Le recours à la formule des CES (certificats d'études spécialisées), qui ont longtemps permis aux généralistes d'accéder aux spécialités en cours de carrière, n'est plus aujourd'hui possible au regard des règles européennes. Il est clair toutefois qu'un aménagement substantiel de la formation initiale des généralistes, alignant la durée du résidanat sur celle de l'Internat, voire érigeant la médecine générale en spécialité, ouvrirait des perspectives nouvelles dans le développement d'une plus grande mobilité professionnelle. Cette orientation mériterait un examen attentif.

Un dernier instrument permettant d'infléchir la répartition entre spécialités a trait aux conditions mêmes d'exercice et plus précisément aux conditions de rémunération. Dès l'instant où la politique démographique se fixe pour objectif d'infléchir la répartition spontanée des médecins entre les différentes spécialités, elle ne peut ignorer l'arme tarifaire. Le recours -indispensable- au jeu du *numerus clausus* ou à la plaque tournante de l'Internat doit être accompagné et renforcé par une politique de rémunération cohérente avec les objectifs poursuivis. Il s'agit d'un immense chantier, qui recouvre des enjeux très sensibles, touchant à la situation comparée des généralistes et des spécialistes, et des différentes spécialités entre elles. La structure de la nomenclature des actes, son mode d'actualisation en fonction des progrès techniques, la valeur respective des actes intellectuels et des actes techniques constituent autant de questions qui méritent d'être examinées non seulement en tant que telles mais aussi au regard de la contribution qu'elles peuvent apporter à la mise en oeuvre d'une politique démographique délibérée. Certes,

l'arbitrage entre les différentes spécialités ne s'opère pas exclusivement en fonction de considérations financières : la diversité des sujétions joue un rôle non négligeable. Il paraît difficile toutefois d'imaginer que la correction de déficits marqués dans certaines spécialités puisse s'affranchir d'un volet tarifaire. Cette approche ne vaut pas seulement pour la médecine de ville, elle vaut aussi pour la médecine hospitalière.

En définitive, la dynamique du système de santé ne peut se réduire à un traitement purement arithmétique ou juridique de la démographie médicale. Il faut y adjoindre une dimension financière, en ouvrant résolument le dossier délicat de la nomenclature des actes.

VII - LES DISPARITES GEOGRAPHIQUES

Les médecins sont très inégalement répartis sur l'ensemble du territoire. Au 1er janvier 1996, la densité médicale varie de 118 généralistes pour 100.000 habitants dans la région Centre à 181 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit un rapport de 1 à 1,5. Pour les spécialistes, les disparités sont encore plus accusées : la Picardie compte 98 spécialistes pour 100.000 habitants, l'Île de France en compte 206, soit un rapport de 1 à plus de 2. Généralistes et spécialistes confondus, l'écart est de 1 à 1,7, avec 216 praticiens pour 100.000 habitants en Picardie, 373 praticiens en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Île de France. Ces disparités sont très anciennes : une étude récente du CREDES montre que la répartition départementale des médecins n'est pas fondamentalement différente en 1989 de ce qu'elle était en... 1866. L'introduction progressive d'un système de santé très largement socialisé ne l'a pratiquement pas modifiée.

Il faut d'abord souligner très fortement que les régions moins médicalisées ne sont pas nécessairement sous-médicalisées. Il n'y a nulle part en France de désert médical, qui mettrait gravement en péril la santé des citoyens. La densité médicale de la région la moins bien pourvue reste supérieure à la densité moyenne de la Grande-Bretagne. L'explosion de la démographie médicale au cours des dernières décennies a bénéficié de façon quasiment égale à toutes les régions, avec même un léger avantage au profit des zones les moins médicalisées. A supposer même que la situation de départ, il y a vingt ou trente ans, ait posé des problèmes de couverture médicale dans certaines régions, le moins qu'on puisse dire est que leur acuité a diminué à un rythme très rapide.

Il est possible, en revanche, d'affirmer que les régions les mieux dotées sont objectivement sur-médicalisées- sauf à nier l'existence d'un excédent de médecins en France.

En exacerbant la concurrence entre praticiens, cette situation entraîne des effets pervers, à travers la multiplication des actes ou les prescriptions inutiles. La dépense remboursée par habitant atteint 4.522 F en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit 64 % de plus qu'en Basse-Normandie (2.749 F) et 38 % de plus que la moyenne nationale (3.273 F). Dans son étude sur « la modélisation géographique des dépenses de remboursement de soins du secteur libéral en 1992 », la CNAM estime que cet écart à la moyenne s'explique à hauteur de plus des deux tiers par la densité médicale.

La persistance des disparités géographiques au fil des décennies laisse penser que leur correction se heurtera nécessairement à de fortes résistances du corps médical, quelle que soit la méthode utilisée.

La première méthode -et la plus radicale- consiste à refuser le conventionnement de nouveaux médecins dans les régions surdotées. Cette solution, un instant envisagée dans un passé récent, a finalement été écartée en raison de l'hostilité conjuguée des candidats à l'installation, des médecins plus âgés redoutant de ne plus pouvoir céder leur clientèle et de l'ensemble de la corporation, très attachée au principe de la liberté d'installation. Malgré cet échec, la technique du non-conventionnement reste potentiellement un instrument utile de régulation de la démographie médicale, fût-ce sous une forme atténuée consistant, par exemple, à différer le conventionnement d'un an ou deux dans les régions les plus excédentaires, et sous réserve qu'une telle mesure fasse l'objet d'un préavis de plusieurs années.

La seconde méthode consiste à jouer sur la répartition du *numerus clausus* entre les Facultés de médecine, en tirant parti de la forte propension des médecins à s'installer près de leur lieu d'études : au 1^{er} janvier 1996, 76 % des praticiens diplômés au cours des huit dernières années étaient installés dans la région où ils avaient soutenu leur thèse. Cette solution se heurte à plusieurs difficultés : d'une part, elle suppose une adaptation corrélative du corps enseignant, sauf à créer progressivement des dissymétries d'encadrement ; d'autre part, et surtout, elle ne serait viable qu'à condition de revoir la carte même des Facultés, voire l'existence de certaines d'entre elles. Il existe actuellement 43 facultés de médecine, dont 11 à Paris (contre 32 en Grande-Bretagne pour une population équivalente et 126 aux Etats-Unis pour une population cinq fois plus nombreuse), qui se répartissent un *numerus clausus* de 3 570 étudiants, soit des promotions moyennes de 83 étudiants à compter de la deuxième année d'études, bon nombre de facultés se situant sensiblement au-dessous de ce chiffre (Saint-Etienne : 59, Brest : 60, Limoges : 64). Cette situation illustre une fois de plus la liaison étroite et souvent sous-estimée qui existe entre les problèmes de démographie médicale

et l'organisation même du système de santé -y compris en l'occurrence l'organisation du dispositif de formation.

La dernière méthode susceptible d'être mise en oeuvre repose sur le recours à des incitations financières, qui pourraient prendre la forme d'aides diverses à l'installation (les Etats-Unis eux-mêmes y songent), voire d'une modulation de la valeur des lettres-clé selon les régions ou encore d'un aménagement des conditions de prise en charge par la Sécurité Sociale d'une partie des cotisations maladie des praticiens. Ces incitations devraient être suffisamment fortes pour être efficaces : la prime de 36.000 F, accordée une fois pour toutes aux praticiens hospitaliers acceptant d'exercer dans des régions déshéritées, n'a eu pratiquement aucun effet. Il convient toutefois d'être attentif aux effets pervers de l'arme tarifaire, en soulignant que le premier effet d'une baisse relative de la valeur des actes serait probablement d'inciter les praticiens à en augmenter le nombre : son utilisation n'est donc envisageable que dans le cadre d'un système de santé permettant une surveillance effective de l'activité, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Compte tenu des difficultés recensées, il est certain que les disparités géographiques resteront longtemps une donnée structurelle de la démographie médicale. Faut-il s'en alarmer ? Dès le moment où l'enjeu, en termes de santé publique, est mineur, voire inexistant, seul demeure l'enjeu financier. De ce point de vue, il n'est pas sûr que les déséquilibres géographiques soient préjudiciables à l'assurance-maladie. D'aucuns font valoir, au contraire, que les phénomènes de surdensité entraînent nécessairement un certain tassement de l'activité moyenne, ce freinage étant bien moindre dans les régions moins médicalisées.

A long terme, il en va autrement. L'objectif, retenu tout au long de ce Rapport, d'une démographie médicale calculée au plus juste, au point d'accepter par avance le risque de certaines tensions, implique une répartition optimale des médecins, y compris au plan géographique. La perspective d'une diminution nette de l'ordre de 30.000 médecins par rapport aux effectifs actuels suppose à l'évidence que cette réduction porte de façon privilégiée, voire quasi-exclusive, sur les régions excédentaires. Il est donc important pour l'avenir de disposer d'instruments plus pertinents pour évaluer les besoins de la population, la densité médicale pour 100.000 habitants ne constituant qu'une approche très grossière du problème.

*

* *

Le présent Rapport repose tout entier sur le choix délibéré d'une politique très rigoureuse de démographie médicale. Il s'expose donc à de vives critiques. Afin, sinon de les désarmer, du moins d'éviter les malentendus, il convient donc de rappeler les hypothèses fortes qui sous-tendent l'analyse présentée et les propositions formulées.

La première hypothèse, rappelée simplement pour mémoire car elle est quasi-unanimement admise, est qu'il existe une corrélation forte entre le nombre de médecins et le volume des dépenses de santé. Certes, les moyens existent théoriquement d'endiguer peu ou prou les effets inflationnistes du dynamisme démographique, mais il est douteux que ces moyens permettent, sur longue période, de contrarier l'aspiration naturelle et individuelle de chaque médecin à un niveau de vie jugé conforme à sa formation et à son utilité sociale.

La seconde hypothèse est que le potentiel médical disponible excède sensiblement les besoins de santé de la population. La mise en exergue de telle ou telle zone mal desservie, de telle ou telle catégorie de population mal couverte, de telle ou telle pathologie mal suivie ne suffit pas à infirmer cette hypothèse. Elle démontrerait seulement que le potentiel global est mal utilisé.

La troisième hypothèse est que la France sera durablement confrontée à de très graves difficultés pour équilibrer ses comptes publics, budgétaires et sociaux, ou plus exactement qu'il serait pour le moins aventureux d'écarter cette perspective. Le principe de précaution commande de s'y tenir. Il suffit, au demeurant, d'imaginer les efforts que la collectivité devra consentir en matière de retraites au cours des prochaines décennies pour mesurer les performances qui seront exigées non seulement de l'économie marchande, qui en a l'habitude, mais aussi de la dépense collective, qui a obéi jusqu'ici à des règles moins exigeantes. Par leur masse comme par leur rythme de croissance, les dépenses de santé se trouveront plus que jamais en première ligne.

La quatrième hypothèse est que l'excédent de médecins couramment admis, soit 20.000 environ, sous-estime la réalité, en considérant implicitement comme quasi-intangibles les dysfonctionnements importants du système de santé, tant dans le domaine de la médecine hospitalière que de la médecine de ville. La perspective retenue est que ces dysfonctionnements, très consommateurs de potentiel médical, seront progressivement résorbés. L'imposition d'une contrainte démographique forte devrait y aider.

La cinquième hypothèse, enfin, est que la plasticité du corps médical, et notamment de la médecine de ville, devrait permettre, si nécessaire, de faire face aux tensions qui pourraient naître d'une insuffisance relative du nombre de médecins à long terme. Autrement dit, les risques attachés à une éventuelle « pénurie » de médecins sont considérés ici comme moins graves que ceux découlant d'une démographie durablement excédentaire, d'autant qu'il faut moins de temps pour former le cas échéant des médecins supplémentaires qu'il n'en faut pour résorber des excédents.

Fondée sur ces hypothèses, le succès de la politique proposée suppose cependant la réunion de plusieurs conditions.

La première condition, c'est d'améliorer la connaissance des besoins, en retenant la région comme unité d'oeuvre privilégiée du système de santé, avec pour objectif, bien sûr, d'affermir les bases de la politique sanitaire, mais avec le souci aussi de réunir le consensus le plus large sur une politique démographique rigoureuse consensus sans lequel il ne peut y avoir de stratégie à long terme.

La seconde condition, c'est une prise de conscience plus nette des relations réciproques étroites qui existent entre les choix démographiques et l'organisation du système de santé. Restructurer la carte hospitalière, c'est tirer un meilleur parti du potentiel médical disponible ; imposer une contrainte d'effectifs, c'est s'obliger à cette restructuration. Accroître la proportion et le rôle des généralistes, c'est inciter à une réforme de leur formation initiale ; mettre en oeuvre cette réforme, c'est rendre possible cette évolution. Tous les choix organisationnels ont leur pendant démographique, tous les choix démographiques ont leur traduction organisationnelle.

La troisième condition, c'est de doter le système de santé d'une structure appropriée vouée à l'étude permanente des questions démographiques. Cette instance réunirait périodiquement les principales administrations concernées (DGS, DH, DSS, Enseignement Supérieur, Budget) ainsi que des représentants de l'assurance-maladie et des organisations professionnelles. Son secrétariat serait assuré par la DGS. Elle aurait pour mission de rassembler les informations disponibles, en France et à l'étranger, de lancer des programmes de recherche, de coordonner les initiatives, de telle sorte que l'ensemble des acteurs du système de santé puissent se doter progressivement d'une vraie « culture démographique », qui fait aujourd'hui défaut.

La dernière condition, enfin, c'est la nécessité d'allers et retours permanents entre l'affirmation d'une politique à long terme et la prise en compte, chemin faisant, d'éléments nouveaux conduisant à l'infléchir. Dans un domaine tel que celui de la démographie médicale, où l'unité de temps est de l'ordre de dix ans, l'exercice est périlleux. Aujourd'hui la maîtrise de l'offre de soins est sans conteste l'instrument privilégié d'un retour à l'équilibre du système de santé. Il n'est peut-être pas trop tôt, cependant, pour poser la question de savoir si, demain ou après-demain, la demande -créée et entretenue par des décennies d'offre excédentaire- ne constituera pas le facteur inflationniste prépondérant. Comment éviter ce basculement, sinon en attachant une égale attention à la maîtrise de l'offre et à la maîtrise de la demande ? Le temps est venu de mettre un accent vigoureux sur l'éducation, l'information et le contrôle des 58 millions d'assurés.