

## LA CRISE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : UNE ILLUSION ?

[Jean-Paul Saint-André, Isabelle Richard](#)

Éditions Esprit | « Esprit »

2007/1 Janvier | pages 65 à 75

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210520

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2007-1-page-65.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La crise de la démographie médicale : une illusion ?

Jean-Paul Saint-André et Isabelle Richard\*

**D**EPUIS quelques années, les questions de démographie médicale et plus généralement de démographie des professions de santé, donc d'offre de soins, font régulièrement l'objet de rapports, de plus en plus alarmistes, alors que les effectifs de médecins et de la plupart des professions de santé n'ont jamais été aussi élevés, ce qui n'empêche pas que la population, mais aussi les gestionnaires hospitaliers et les médecins qui cherchent des remplaçants ou des successeurs ressentent les premiers symptômes d'une pénurie. Ce phénomène est perceptible à des degrés divers dans les autres pays européens qui ont mis en place un système de régulation des flux de formation des professions médicales.

Après avoir été considérée comme le principal facteur de régulation des dépenses de santé, la démographie médicale devient une question de société dans la mesure où il apparaît clairement qu'aucune proposition concernant les flux de formation des professions de santé ne devrait être faite sans une réflexion approfondie sur les besoins de soins de la population, sur des objectifs de santé publique mais aussi sur les souhaits (voire les revendications) des professionnels en matière de conditions de travail et de modalités d'exercice de leur métier. Enfin, des variations importantes des flux d'étudiants doivent être accompagnées de mesures visant à garantir la qualité de leur formation donc une adéquation entre les moyens et les objectifs que se donne la société pour la formation de ses professionnels de santé.

---

\* Respectivement doyen de la faculté de médecine d'Angers et vice-doyenne chargée de la pédagogie.

### *Ce que cachent les chiffres d'ensemble*

Pendant 30 ans, la démographie médicale a été considérée comme le facteur majeur de régulation des dépenses de santé. La mise en place du *numerus clausus* à l'entrée des études médicales en 1971 puis son abaissement progressif (de plus de 8 000 à 3 500) est l'outil principal de cette politique, assorti dans les années 1990 de la mise en place d'un système de retraite anticipée pour les médecins et de mesures très restrictives sur l'accueil des étudiants et des médecins étrangers à l'Union européenne. Ces mesures, visant à réduire l'offre de soins, n'ont pas empêché une augmentation très importante des effectifs médicaux, puisque le nombre de médecins exerçant en France était d'environ 45 000 en 1960 et 200 000 en 2003.

L'augmentation s'est poursuivie très lentement depuis 2000 (+ 1,4 % par an) pour atteindre un chiffre de médecins en activité de l'ordre de 204 000 à la fin de l'année 2004. Les effectifs médicaux sont connus avec une marge d'incertitude non négligeable, que les travaux de l'Observatoire de la démographie des professions de santé, qui a publié son premier rapport en novembre 2004<sup>1</sup>, devraient permettre de réduire. Une inversion de la tendance est prévue à partir de 2006, sauf événement imprévu (par exemple, un afflux de candidats à l'examen national classant en provenance des dix nouveaux pays de l'Union européenne, possible à partir de 2005 puisque tous les ressortissants de l'Union européenne titulaires d'un diplôme de fin de second cycle des études médicales pourront se présenter à l'examen national classant qui ouvre l'accès à l'internat ; la particularité de cet examen est que tout candidat admis à concourir a droit à un poste d'interne donc à une formation de troisième cycle des études médicales en France.

La comparaison de la densité médicale française avec celle des principaux pays industrialisés montre qu'avec 330 médecins pour 100 000 habitants, elle se situe dans la première moitié, loin derrière l'Italie (590), à peu près au même niveau que l'Allemagne et la Suisse (350), loin devant les États-Unis (250) et surtout la Grande-Bretagne (180). En outre, les projections à 10 ans, qui sont à peu près fiables puisque l'augmentation du *numerus clausus* ne produira pas d'effet avant 2012, indiquent que la densité médicale nationale sera d'environ 300 en 2014, c'est-à-dire le niveau actuel de la Suède. Les chiffres bruts ne traduisant pas une situation catastrophique, il faut analyser la situation de façon plus fine pour essayer de comprendre la discordance entre ces données et ce qui est ressenti aujourd'hui par les professionnels mais aussi au-delà du corps médical.

---

1. Observatoire de la démographie des professions de santé, *le Rapport 2004*, Paris, La Documentation française, 2004.

Il est intéressant de rappeler que le rapport sur la démographie médicale de J. Choussat<sup>2</sup>, paru en 1997, très solidement argumenté, considérait que le nombre optimal de médecins en France était de 140 000 et qu'il recommandait une stabilisation du *numerus clausus* à 4 500 (contre 6 200 en 2005 et 7 000 les années suivantes)...

Mais l'effectif global élevé de médecins s'accompagne de disparités régionales fortes, qui ne se sont pas atténuées de façon significative ces dernières années. Les concentrations de médecins très élevées en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur contrastent avec des densités médicales beaucoup plus faibles dans de nombreuses régions françaises. À titre d'exemple, on peut mettre en exergue la densité en médecins de Paris (834/100 000) et de la Mayenne (205/100 000).

À l'intérieur d'une même région, on observe également des disparités importantes entre les grandes villes, surtout s'il y existe une faculté de médecine, et les zones rurales, ou entre la ville et sa banlieue (la région Île-de-France étant exemplaire à ce propos).

La régulation des flux par le *numerus clausus* n'a pas eu les mêmes effets sur l'ensemble des spécialités médicales, dans la mesure où, jusqu'à une période récente, seuls les rapports entre généralistes et spécialistes (depuis la réforme de l'internat en 1982) et, à un moindre degré, entre spécialités médicales et chirurgicales faisaient l'objet d'une régulation sur des critères relativement obscurs. Aujourd'hui encore, aucune politique volontariste n'est possible à l'intérieur du groupe des spécialités médicales ou du groupe des spécialités chirurgicales. En outre, à l'intérieur de ces deux groupes, la répartition entre les spécialités se faisant en fonction des désirs des internes et des besoins des établissements, les projections démographiques par spécialité sont entachées d'une marge d'erreur importante et difficile à quantifier.

Quelques spécialités ont été déclarées « sinistrées » à partir de 1999 et bénéficient à ce titre d'une filiarisation, c'est-à-dire d'une régulation du nombre de nouveaux spécialistes formés chaque année par le choix de la spécialité au moment du choix de la ville d'affectation par les nouveaux internes<sup>3</sup>. Il est trop tôt pour faire un bilan de cette expérience : elle a permis d'augmenter de façon très significative le nombre de pédiatres, de gynécologues-obstétriciens et d'anesthésistes-réanimateurs en formation, parfois aux dépens de la qualité de cette formation (faute de possibilité d'accueil dans des services

---

2. J. Choussat, *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*, 1997.

3. Les filières de l'internat (recrutement par l'examen national classant) sont : anesthésie-réanimation, biologie, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités chirurgicales, spécialités médicales.

formateurs) et aux dépens des effectifs des autres spécialités médicales et chirurgicales.

Les disparités touchent aussi le mode d'exercice : le manque d'attractivité des postes de praticiens hospitaliers dans les hôpitaux généraux de taille petite ou moyenne est bien connu et l'incitation financière des postes dits « à recrutement prioritaire » n'a pas eu d'effet notable. L'exemple de la psychiatrie est caricatural : malgré le grand nombre de psychiatres formés, grâce à la filiarisation, l'attractivité du secteur privé est telle que les postes de praticiens hospitaliers vacants ne trouvent pas toujours de candidats. Cette situation illustre bien le fait que la régulation des flux d'entrée ne suffit pas à régler les problèmes de démographie médicale si l'on ne s'intéresse ni au lieu d'exercice ni à ses modalités.

À l'intérieur d'une même spécialité, le mode d'exercice peut avoir un impact très direct sur l'offre de soins. La médecine générale en est une illustration : les médecins généralistes sont, théoriquement, les acteurs majeurs de la médecine de soins primaires, dont le rôle va être renforcé avec la mise en place du « médecin traitant ». Or, à peine plus de la moitié des médecins généralistes ont effectivement un exercice de soins primaires<sup>4</sup> (et participent à ce titre à la permanence des soins). En outre, nombre de généralistes n'exercent pas la médecine de soins primaires pendant toute leur carrière : on considère que pour au moins 20 % d'entre eux, la durée moyenne de l'exercice de la médecine de soins primaires est de 18 ans. Cette tendance devrait s'accroître dans les prochaines années avec la féminisation (on sait que la carrière professionnelle d'une femme est plus courte que celle d'un homme) et avec la facilité accrue des reconversions en cours (ou dès le début) de carrière grâce au DES de médecine générale qui ouvre aux titulaires du DES de médecine générale de nombreuses possibilités de formations qualifiantes.

Le constat actuel, fait par l'Observatoire de la démographie des professions de santé, que peu de zones sont réellement déficitaires en offre de soins primaires est probablement très temporaire compte tenu du vieillissement de la population médicale et du souhait des nouvelles générations de médecins d'exercer différemment leur métier. Il semble bien que dans certains cantons, tout départ (à la retraite ou pour toute autre raison) d'un médecin généraliste puisse déséquilibrer l'offre de soins primaires.

La densité médicale apparaît donc comme une approche grossière qui ne permet pas, à elle seule, même si on l'étudie par groupes de

---

4. La notion de soins primaires fait référence à des soins ambulatoires, accessibles à tous en première intention. En France, les médecins généralistes en sont les acteurs essentiels, éventuellement en association avec d'autres professionnels de santé, notamment les infirmiers. Les soins de recours nécessitent des équipements lourds, des équipes médicales et paramédicales spécialisées. Ils sont le plus souvent délivrés dans une structure hospitalière.

spécialités, de définir le besoin en médecins. Le temps de travail (annuel et sur l'ensemble de la vie professionnelle) du médecin doit être pris en compte. On ne dispose pas à l'heure actuelle d'outils fiables d'évaluation mais on suppose qu'il va diminuer, ce phénomène ayant déjà débuté. Les raisons en sont diverses : la féminisation croissante de la profession d'une part (actuellement, 2/3 des étudiants reçus au concours d'entrée en deuxième année de médecine sont des étudiantes), avec ses corollaires que sont la réduction de la durée totale de la vie professionnelle et le travail à temps partiel ; la réduction du temps de travail, phénomène de société qui touche aussi les professions médicales.

Pendant ce temps, le besoin de soins, facteur difficile à appréhender qui n'a probablement pas de lien direct avec l'état de santé de la population, va très probablement augmenter avec le vieillissement de la population et la recherche toujours croissante de bien-être physique et psychique.

Au total, la décroissance de la densité médicale est hautement probable même si une marge d'incertitude persiste du fait de la possible arrivée de médecins et/ou d'étudiants en médecine étrangers en nombre important. La demande de soins devrait poursuivre sa croissance, sans qu'il soit possible d'établir un lien entre l'état de santé de la population, le besoin de soins ressenti et la part de la richesse nationale consacrée à la santé.

Des déficits ponctuels, géographiques, de spécialité, de modes d'exercice, pour partie déjà identifiés, qui vont s'aggraver, sont pour l'essentiel à l'origine de l'impression de déficit démographique. Toute prévision démographique à moyen terme ne peut se faire que dans le contexte d'une organisation du système de soins, de la définition d'une politique (donc d'objectifs) de santé publique et aussi de la connaissance du prix que la société veut (ou peut) consacrer à la santé.

### *Le besoin de soins*

Ce n'est pas parce qu'on est relativement plus riche que l'on est nécessairement en meilleure santé et ce n'est pas parce que les dépenses de soins sont élevées dans un département ou une région que l'état de santé s'améliore en due proportion<sup>5</sup>. On sait depuis longtemps que la place du soin est relativement marginale dans l'augmentation de l'espérance de vie (indicateur grossier mais robuste) d'une population et que les facteurs les plus importants sont l'hygiène, l'en-

---

5. Voir Jean de Kervasdoué, « Une nation d'hypocondriaques vieillissants », *Le Monde*, 19 décembre 2004.

vironnement, la politique de santé publique, l'éducation (pas seulement en santé).

Pourtant, l'augmentation de la part des dépenses de santé est consacrée presque exclusivement aux soins. On assiste à une médicalisation croissante des prises en charge, bien illustrée par l'évolution de la prise en charge de la grossesse où l'on observe une augmentation importante des hospitalisations prénatales alors que, dans le même temps, les exigences en termes de qualité et de sécurité (selon des normes nationales ou européennes élaborées par les professionnels eux-mêmes) conduisent à une redistribution de l'offre de soins sur le territoire avec concentration et mise en œuvre de plateaux techniques lourds. Cette réponse à une exigence de qualité et de sécurité (le « risque zéro »), commune aux professionnels de santé et aux usagers du système de santé, a pour corollaires une augmentation des coûts des soins, l'accroissement des tâches non soignantes (celles liées à la démarche qualité par exemple) qui donne aux professionnels l'impression qu'ils n'exercent pas véritablement leur métier de soignant. Pour certaines activités, l'exigence de qualité entraîne aussi un éloignement de l'usager de la structure de soins adaptée, ce qu'il a parfois du mal à comprendre.

Le besoin de soins ressenti par la population est aussi un besoin, souvent impérieux, de confort, d'écoute, ou de réponse à des demandes qui ne sont pas classiquement de l'ordre du domaine médical. Ces demandes représentent une part importante de l'activité de soins primaires. Elles expliquent en grande partie l'explosion de la demande dans le domaine de la santé mentale. Peut-être faut-il s'interroger sur la meilleure réponse à donner à ce besoin de soins ressenti, qui n'est pas obligatoirement principalement médicale.

### *Des choix politiques*

Il n'y a pas de déficit en médecins aujourd'hui : il n'y a jamais eu autant de médecins en France et la France est dans le groupe de tête des pays industrialisés pour la densité médicale. La catastrophe démographique annoncée doit être relativisée : en 2012, la densité médicale en France pourrait être d'environ 300 pour 100 000 habitants (avec toutes les précautions que nécessite ce genre de prévision). Au creux de la vague, vers 2025, la densité médicale nationale pourrait être aux environs de 280/100 000, c'est-à-dire supérieure à celle de la région des Pays de la Loire actuellement, région dont l'état sanitaire général est relativement satisfaisant comme le montre le rapport de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire<sup>6</sup>.

---

6. *La santé observée dans les Pays de la Loire*, édition 2003-2004.

La question à poser n'est probablement pas celle des effectifs, mais celle de la répartition, comprise dans différentes dimensions :

- répartition des médecins sur le territoire ;
- répartition entre les spécialités ;
- répartition entre les secteurs d'activité (libéral et salarié, hospitalier ou non) ;
- répartition des tâches entre les acteurs du système de soin.

Le déséquilibre de la répartition des médecins sur le territoire devrait s'aggraver dans les prochaines années pour plusieurs raisons que les incitations financières (qui ont fait la preuve de leur inefficacité dans d'autres pays) ne pourront pas contrebalancer.

La décroissance du nombre des médecins va entraîner un déséquilibre du marché du travail en faveur des médecins qui pourront, plus encore que par le passé, choisir leur lieu et leur mode d'exercice. Les choix effectués par les internes depuis la mise en place de l'examen national classant en 2004, rappellent que le sud, la mer et les grandes métropoles sont les critères majeurs de choix. La profession du conjoint est un autre critère d'importance croissante qui poussera vraisemblablement les jeunes médecins à choisir de s'installer dans une grande métropole. Il n'est pas envisageable de demander aux médecins d'aller exercer leur profession dans des localités désertées par les services publics (école, bureau de poste...).

Les jeunes médecins ont appris qu'on ne pouvait plus exercer ce métier de façon isolée et ils souhaitent de plus en plus avoir un exercice au moins partiellement salarié (ce qui permet une plus grande mobilité, souvent rendue nécessaire par des contraintes familiales). Le non-remplacement des départs (à la retraite ou autres) de nombreux médecins de campagne dans les prochaines années est probable. Un regroupement des médecins dans des maisons médicales (qui permettent aussi dans une certaine mesure d'organiser la permanence des soins) où l'on pourra rencontrer d'autres professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes...) est une solution déjà expérimentée dans des départements en déficit démographique. La proximité entre la maison médicale et la pharmacie (profession soumise depuis de nombreuses années à une contrainte réglementaire à l'installation) est alors indispensable.

La difficulté à pourvoir des postes de praticien hospitalier dans des hôpitaux généraux de petite taille devrait s'accroître, pour des raisons diverses qui associent la recherche de la qualité de vie, de la qualité des conditions d'exercice professionnel (recrutement et gardes) et la nécessité de travailler au sein d'une équipe ayant la taille suffisante pour satisfaire aux normes de sécurité. Il n'est pas certain que les postes partagés entre un centre hospitalier et un centre hospitalo-universitaire soient une réponse adéquate à ce pro-



blème. Le regroupement des plateaux techniques, déjà largement entamé, pourrait se poursuivre, avec pour corollaire un éloignement entre le lieu de soins et le lieu de vie du patient.

La question de la répartition des tâches entre les acteurs du système de soins a été largement abordée par Y. Berland dans ses rapports sur la démographie des professions de santé<sup>7</sup> : il est clair que des solutions peuvent être trouvées par transfert de tâches à des professionnels de santé formés à cet effet. Soit à l'occasion des crises démographiques comme celles que connaissent ou que vont connaître les ophtalmologistes ou les gynécologues médicales. Soit pour répondre à une demande de soins croissante, celle de la prise en charge des maladies chroniques par exemple, qui ne nécessite pas toujours, dans la phase de suivi, des compétences médicales. Soit pour répondre à une demande croissante d'actes techniques sur des appareils complexes (imagerie en particulier) dont une partie de la réalisation et une partie de l'interprétation peuvent être déléguées.

Encore faudrait-il que la réglementation des professions de santé permette ces délégations ou transferts de tâches et de compétences, et que la tarification soit adaptée. Il n'est pas certain que l'attente de la mise en œuvre de nouvelles formations universitaires de niveau master permette la réactivité nécessaire dans ce domaine.

La question de la répartition entre les spécialités est d'autant plus difficile à traiter que la situation démographique va être tendue dans les prochaines années et que les effectifs des professionnels exerçant effectivement une spécialité (et pas seulement qualifiés ou diplômés) sont mal connus. Ici, les efforts de l'Observatoire de la démographie des professions de santé et du Conseil national de l'ordre des médecins devraient rapidement nous apporter des informations précieuses.

Néanmoins, l'évaluation du nombre de spécialistes à former dans une spécialité dépend de nombreux facteurs et pas seulement du nombre prévu de départs à la retraite dans la spécialité. On peut citer, sans exclusive, la part de l'activité pouvant être déléguée à d'autres professions de santé, la répartition entre soins primaires et soins de recours dans la prise en charge, l'impact du vieillissement de la population ou d'actions de prévention sur l'incidence des principales pathologies... D'autre part, le système actuel de formation des spécialistes (hors disciplines filiarisées) ne permet de faire des prévisions fiables sur le nombre de spécialistes effectivement disponibles sur le marché du travail que dans 10 ans. Enfin, la filiarisation a déjà montré ses limites et ses imperfections : choix par défaut, donc utilisation croissante du droit au remords permettant de changer

---

7. Y. Berland, *Rapport sur la démographie des professions de santé*, 2002 ; *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, 2003.

d'orientation en cours d'internat, difficultés de formation d'effectifs d'internes trop nombreux.

L'inertie du système (il faut 9 à 12 ans pour former un médecin, dont 3 à 6 ans pour la spécialisation) fait que la réponse à un besoin nouveau (parce qu'il est devenu une priorité de santé ou parce qu'il faut faire face à de nouvelles pathologies ou de nouvelles modalités de prise en charge) ne peut pas être assurée uniquement par la formation initiale. La souplesse indispensable du système de formation passe par la formation médicale continue, dont une partie au moins doit être qualifiante, c'est-à-dire qu'elle doit permettre de donner à des médecins en exercice la possibilité de changer de spécialité (de qualification), dans des conditions compatibles avec la délivrance des diplômes par l'Université et selon des flux de formation répondant aux besoins de la nation.

La question du type d'activité (libéral ou salarié) évolue depuis quelques années de façon surprenante : les « revendications » des deux secteurs d'activité semblent en effet converger. De nombreux jeunes médecins et futurs médecins, y compris ceux qui se destinent à un exercice en soins primaires, souhaitent être salariés. Ce souhait se manifeste par une forte réticence à l'installation, le statut de remplaçant permettant un exercice médical proche de celui du salarié. La revendication d'un forfait d'astreinte pour assurer la permanence des soins en est une autre manifestation.

La remise en cause du statut unique du praticien hospitalier, par les chirurgiens en particulier, mais aussi par divers décideurs de la santé qui souhaitent que le niveau de rémunération des praticiens fasse intervenir pour une part l'activité (par un système d'intéressement personnel par exemple) illustre le fait que la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur public et dans le secteur privé pourrait aboutir rapidement à un rapprochement du mode de fonctionnement des deux grands secteurs de l'hospitalisation.

La volonté de favoriser les échanges entre secteur public et secteur privé grâce aux postes de praticiens hospitaliers à temps partiel et de praticiens attachés va dans le même sens d'une rémunération pour une part forfaitaire et pour une part liée à l'activité. Elle pourrait également favoriser les relations entre les deux secteurs dans le domaine de la formation, l'hôpital n'ayant pas toujours l'activité (voire les compétences) nécessaire pour former les futurs médecins (en particulier dans certaines spécialités chirurgicales).

Quelle que soit l'évolution du statut des praticiens hospitaliers et de la rémunération des praticiens dans le secteur privé, une attention toute particulière devra être portée à deux catégories de personnels médicaux :

- les praticiens impliqués dans la prévention et plus généralement dans la santé publique : la mauvaise image de la santé publique en France (illustrée en particulier par les choix des internes) n'est pas uniquement due au fait qu'elle est insuffisamment (et probablement mal) enseignée. Pour attirer des jeunes médecins, il faut leur proposer des postes et des carrières attractifs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui ;
- les hospitalo-universitaires : la réforme de 1958 créant les Centres hospitaliers et universitaires ainsi que le statut d'hospitalo-universitaire temps plein fait l'objet de discussions et de contestations par les tutelles et par les hospitalo-universitaires eux-mêmes : l'évolution du statut des praticiens hospitaliers, jugé plus favorable que celui des hospitalo-universitaires et la difficulté, voire l'impossibilité, à remplir la triple mission d'enseignement, de recherche et de soin (sans parler de la gestion) sont des raisons valables de cette remise en cause.

Quelles que soient les orientations prises, il semble important qu'elles prennent en compte des points essentiels :

- l'appartenance de la médecine à l'Université, à la fois pour remplir ses missions d'enseignement (de la médecine et peut-être demain d'autres professions de santé) et de recherche ;
- la nécessité d'associer la formation et la recherche ;
- la nécessité d'adosser la recherche en santé à l'activité médicale (soignante ou non), la recherche clinique étant la finalité de la recherche biomédicale ;
- la reconnaissance qu'il n'est pas possible de mener simultanément l'ensemble des missions hospitalo-universitaires.

Les problèmes rencontrés par les universitaires ne sont d'ailleurs pas rigoureusement spécifiques de la médecine : ils doivent être resitués dans le contexte du débat actuel sur le statut des enseignants-chercheurs et des chercheurs et aussi dans le contexte des difficultés rencontrées par d'autres formations qui tentent d'associer la recherche à une formation très professionnalisante.

La répartition des médecins sur le territoire national est bien entendu la question majeure, et celle qui est la plus difficile à traiter dans un système libéral. Il est utile toutefois de rappeler que les pharmaciens exerçant en officine sont soumis à un système de régulation depuis près de 30 ans, qui tient compte du chiffre d'affaires et de la densité de la population. Ce système a été mis en place sans remous important et remplit globalement son office. Les difficultés rencontrées tiennent à la désertification de certains cantons où une pharmacie est installée ou à la disparition du médecin dans une petite commune.

Si l'on considère que le corps médical exerce une mission de service public financée par l'ensemble des citoyens, il est difficile d'imaginer qu'on puisse accepter que cette mission ne soit pas remplie dans certaines régions alors que l'offre de soins est pléthorique dans d'autres. C'est pourtant déjà le cas et il est facile de prévoir que les tensions démographiques à venir vont aggraver cette situation si rien n'est fait pour y remédier.

Les incitations financières ne permettront pas de régler la question. Il faut donc réfléchir à d'autres solutions qui ont pour conséquence une limitation de la liberté du choix du lieu (et peut-être aussi du mode) d'exercice.

Les études médicales étant caractérisées par leur longueur, les jeunes médecins disposent tardivement d'un salaire décent leur donnant une autonomie financière. Afin que la contrainte future soit acceptable, il faudrait envisager de les doter d'un véritable salaire dès la troisième ou la quatrième année d'études. Cette dette vis-à-vis de la société serait remboursée par un nombre d'années d'exercice dans des zones (et/ou des postes) déficitaires. Une telle mesure serait peut-être plus facile à mettre en œuvre et à faire accepter qu'un système s'inspirant de celui des pharmaciens.



On pourrait conclure, de manière provocante, qu'il n'y a pas de problème de démographie médicale en France et qu'il n'y en aura pas avant de nombreuses années, mais seulement un problème de répartition des médecins sur le territoire et entre les spécialités.

La question est beaucoup plus profonde et complexe, mais elle dépasse largement le champ de la démographie, qui n'est qu'une des réponses techniques à des problèmes politiques dont les principaux peuvent être résumés en quelques questions :

- quelle part de la richesse nationale doit être consacrée à la santé ?
- quelles sont les principales priorités de santé publique pour la société ?
- quelles sont les parts respectives de la prévention, du dépistage, du soin, de l'assistance au mal de vivre, à la mort ?
- quels sont les contours des professions de santé ?
- quelle est la place du médecin dans la vie sociale ?

Des réponses à ces questions dépendra la définition des besoins en médecins (et en professionnels de santé non médecins) pour les prochaines années quelle que soit la marge d'erreur des prévisions actuelles.

Jean-Paul Saint-André et Isabelle Richard