PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ

Portrait des professionnels de santé

ÉDITION 2016

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

Portrait des professionnels de santé – édition 2016

Sous la direction de **Muriel Barlet** et **Claire Marbot**

Coordination
Fanny Mikol et Hélène Chaput

Rédaction
Marion Bachelet, Fanny Mikol, Josselyn Mothe, Élodie Pereira, Anne Pla et Noémie Vergier

Avec la collaboration de
Gwennaëlle Brilhault, Bénédicte Castéran-Sacreste, Hélène Chaput, Céline Dennevault, Gaëlle Gateaud, Christelle Millien et Daniel Sicart

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Sabine Boulanger

Maquettiste
Philippe Brulin

Création graphique
Philippe Brulin

Avant-propos

À l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016, temps fort d'échanges publics consacré aux nouveaux enjeux professionnels, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires[1] ont réalisé un inventaire inédit des connaissances disponibles sur les professionnels de santé.

À travers une vingtaine de fiches pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage rassemble pour la première fois les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé, qui fournissent un éclairage objectif sur des questions d'actualité souvent évoquées.

La démographie des professionnels de santé est un élément essentiel du débat public sur notre système de soins. Est ainsi proposé ici un état des lieux du nombre de professionnels et de son évolution passée, des spécificités de l'exercice à l'hôpital et des transformations en cours de l'exercice ambulatoire (exercice en groupe, maison de santé pluri-professionnelles, etc.) ainsi que de la répartition géographique des professionnels de premier recours.

Les rémunérations des professionnels constituent également un sujet fréquemment évoqué et, en particulier, la position de la France par rapport aux autres pays.

---

1. La Caisse autonome de retraite des médecins de France, la Caisse nationale de l'Assurance maladie, le Centre national de gestion, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique, la Direction générale de l'offre de soins, la Direction de la Sécurité sociale, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Observatoire national des professions de santé, les Observatoires régionaux de santé et les Ordres professionnels ont contribué à ce document.

Elles sont présentées ici selon le mode d'exercice et le métier ou la spécialité pratiqués, et celles des médecins et infirmiers sont replacées dans une perspective internationale.

La formation fait aussi l'objet de débats : contingentement des effectifs, mode de sélection des professionnels et en particulier des médecins, dispositif de formation continue, etc. Dans ce contexte, l'ouvrage propose une synthèse sur les évolutions des quotas et du *numerus clausus*, sur la sélection dans le cadre de la première année commune aux études de santé et des épreuves classantes nationales, ainsi que sur les formations des professions non médicales et les dispositifs de formation continue.

Sont également rassemblées les informations statistiques portant sur la singularité des conditions de travail dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de celles des professionnels à l'hôpital ou de l'exercice des médecins généralistes libéraux.

Enfin, l'ouvrage a pour ambition d'esquisser, à la lumière des connaissances actuelles, les tendances des futures évolutions démographiques et de fournir des éléments sur une possible répartition des professionnels sur le territoire.

Pour faciliter la lecture, les médecins, pour lesquels les développements peuvent être plus conséquents en raison de la diversité des spécialités, ont été distingués des autres professions pour certains aspects de ce portrait, afin que chaque fiche reste courte et synthétique.

Sommaire

Portrait des professionnels de santé – édition 2016

1

Vue d’ensemble <

Fiches thématiques

Annexe

Vue d'ensemble

En 2015, 1,9 million de professionnels de santé sont en exercice en France. Chaque profession a un parcours distinct (formation, mode d'exercice, rémunération, implantation géographique) et est confrontée à des perspectives démographiques singulières, qui découlent en grande partie du nombre de professionnels diplômés. Cet ouvrage vise à décrire, à partir des données et des modèles les plus récents, chacun de ces aspects afin de dresser un portrait le plus complet possible de ces professionnels et de leurs conditions d'exercice.

Des formations diversifiées permettant une insertion rapide sur le marché du travail

La plupart des professions de santé disposent d'écoles de formations dédiées où le nombre de places offertes est encadré par un quota à l'entrée. Les étudiants infirmiers et aides-soignants sont les plus nombreux dans ce type de structures avec, dans chacune de ces filières, près de 30 000 étudiants inscrits en première année de formation chaque année. En revanche, pour les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, la première année de formation dite « première année commune aux études de santé » (PACES) est commune. En 2015-2016, 57 700 étudiants sont inscrits en PACES[1]. Parmi eux, seuls un tiers poursuivront des études médicales (médecine, odontologie, maïeutique) ou pharmaceutiques, après avoir ou non redoublé leur PACES. Une partie des autres étudiants se dirige vers des études paramédicales, notamment celles de masseur-kinésithérapeute grâce à des passerelles existant entre ces formations dans certaines universités.

Dans plusieurs professions, la part des diplômés formés à l'étranger est relativement élevée. Ainsi, parmi les masseurs-kinésithérapeutes, un tiers des nouveaux professionnels inscrits à l'Ordre détiennent un diplôme étranger. C'est le cas également de 29 % des orthophonistes, d'un quart des médecins et d'un tiers des chirurgiens-dentistes. Pour ces derniers, la hausse de cette proportion est relativement marquée au cours des dix dernières années (+25 points environ).

Pour toutes les professions de santé, l'insertion sur le marché du travail est, en général, rapide et fluide. L'accès à des emplois stables l'est davantage pour les infirmiers que pour les autres diplômés de niveau équivalent hors du monde de la santé ; l'insertion des aides-soignants est peu sensible à la conjoncture. Le parcours des médecins généralistes présente toutefois des spécificités (possibilité de compléter leur formation par des diplômes complémentaires, de soutenir leur thèse plusieurs mois après la fin de leur internat), qui allongent fréquemment la période entre les épreuves classantes nationales et la fin réelle de leurs études au-delà des trois ans théoriques de durée du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Les professionnels exercent dans des structures et dans des zones variées

Au 1er janvier 2015, 638 000 infirmiers, 416 000 aides-soignants, 222 000 médecins, 155 000 professionnels de la rééducation, 114 000 professionnels médico-techniques, 85 000 auxiliaires de puériculture, 74 000 pharmaciens, 71 000 préparateurs en pharmacie, 42 000 chirurgiens-dentistes, 39 000 professionnels de l'appareillage et 22 000 sages-femmes sont en exercice. Au total, 1,9 million de personnes exercent une profession de santé listée dans le Code de la santé publique, représentant 7 % de la population en emploi (contre 1,4 million en 2000).

Les établissements de santé emploient en particulier, en 2014, 187 000 professionnels médicaux (médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens et internes), pour les deux tiers dans des

1. Voir Delaporte A. et Marlat D., 2016, « Les effectifs universitaires en 2015-2016 », *Note Flash Enseignement supérieur et Recherche*, MENESR, n° 6, mai.

établissements publics. Les sages-femmes et le personnel non médical (administratifs, infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, personnels techniques et médico-techniques,…) représentent plus d'un million d'équivalents temps plein, dont 700 000 soignants.

Les effectifs progressent dans la plupart des professions, à l'exception de celle des chirurgiens-dentistes dont le nombre reste stable depuis quinze ans. Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers sont particulièrement dynamiques (plus de 3 % par an en moyenne). Cette évolution doit toutefois être relativisée : rapportée à celle de la population âgée de plus de 70 ans, elle est en réalité limitée (+1,7 % pour les plus de 70 ans, contre +0,7 % en moyenne annuelle pour la population totale). Les effectifs de médecins spécialistes progressent davantage que ceux des généralistes qui sont pratiquement stables depuis 2005. En 2015, la densité de médecins se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, mais celle des généralistes figure parmi les plus élevées.

Les professionnels de santé sont en majorité des femmes, notamment parmi les infirmiers, les sages-femmes et les orthophonistes. Si dans certaines professions, la part des femmes est en recul (83 % de femmes parmi les étudiants infirmiers en 2014, contre 95 % dans les années 1970), la tendance est inverse dans la majorité des professions. Parmi les masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et médecins, les femmes sont majoritaires parmi les jeunes praticiens, alors qu'elles sont minoritaires parmi les générations plus anciennes.

Le choix d'un exercice libéral, salarié ou mixte varie fortement selon les professions. Les médecins généralistes exercent majoritairement en libéral, de même que les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes ou encore certains spécialistes comme les dermatologues. Les sages-femmes, les infirmiers ou les psychomotriciens font plutôt le choix du salariat. Ces modes d'exercice évoluent différemment selon les professions. Ainsi, l'exercice libéral progresse parmi les sages-femmes et, de manière moins marquée, chez les infirmiers. Parmi les médecins généralistes, l'exercice libéral diminue chez les moins de 55 ans depuis quinze ans ; chez les médecins de moins de 35 ans en particulier, la proportion de professionnels libéraux ou mixtes est stable mais les remplaçants en représentent une part croissante (la moitié en 2015). Les spécialistes les plus jeunes sont également moins fréquemment installés en libéral : c'est le cas de 35 % des moins de 45 ans contre 58 % des plus âgés.

L'exercice de groupe se développe nettement pour les libéraux depuis les années 2000 : c'est le cas des deux tiers des médecins de moins de 40 ans. Parmi les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes, cette forme d'exercice progresse également. Cette évolution est particulièrement marquée (+21 points en quinze ans, passant de 33 % à 54 %) pour les chirurgiens-dentistes. Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles accompagne ce mouvement : leur nombre en 2016 est estimé à un millier.

En termes de répartition géographique, on distingue trois groupes de professionnels de premier recours parmi les libéraux. Le premier, les pharmaciens et les médecins généralistes, est celui pour lequel les disparités sont les plus faibles. La répartition des médecins généralistes, dont l'installation n'est pas réglementée, est pratiquement aussi homogène que celle des pharmacies qui sont soumises à une réglementation : 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et la quasi-totalité de la population accède à un médecin généraliste en moins de quinze minutes. Le deuxième groupe, les sages-femmes et les paramédicaux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes), est plus inégalement réparti, avec des densités plus élevées dans certaines régions du sud de la France. Enfin, les médecins spécialistes, particulièrement les psychiatres et les pédiatres et, dans une moindre mesure, les gynécologues, les ophtalmologues, ainsi que les chirurgiens-dentistes, sont inégalement répartis en raison de leur concentration massive dans les grands pôles urbains.

Parmi les 62 000 médecins généralistes exerçant en libéral, 15 000 environ ont plus de 60 ans et partiront probablement à la retraite dans les cinq ou dix prochaines années. Dans le même temps, environ 10 000 médecins généralistes libéraux devraient s'installer. Ce volume important de flux d'installations et de cessations d'activité, constitue un enjeu majeur

de préservation de la répartition géographique des médecins généralistes libéraux.

Des conditions d'exercice singulières

Les professionnels de santé perçoivent des rémunérations très variables. À l'hôpital comme pour les soins de ville, les médecins sont mieux rémunérés que les paramédicaux. Parmi les médecins libéraux, 27 % des généralistes et 44 % des spécialistes perçoivent un revenu salarié en sus de leur revenu libéral. À profession équivalente, les revenus perçus sont plus élevés en ville qu'en établissement de santé. En termes de niveau de rémunération, les médecins français, tout comme les infirmiers, occupent une position intermédiaire par rapport à leurs confrères des pays de l'OCDE.

Les conditions de travail sont contrastées. À l'hôpital, les enquêtes disponibles permettent d'en avoir une image relativement précise et de percevoir son évolution au cours des dix dernières années écoulées. Les professionnels de santé ont, pratiquement sur tous les aspects, des conditions de travail plus difficiles que l'ensemble des salariés. Toutefois, entre 2003 et 2013 certaines améliorations ont été constatées : le rythme de travail est un peu moins contraint, les dépassements horaires sont moins fréquents, tandis que les contraintes physiques ont diminué. En revanche, les tensions avec le public se sont accrues. Les professionnels de santé sont exposés à certains risques psychosociaux, en raison notamment d'exigences émotionnelles fortes. En revanche, ils connaissent, plus que les autres salariés, des conditions de travail favorables sur le plan de l'épanouissement au travail, l'entraide entre collègues restant un trait caractéristique de l'hôpital. Cette exposition est assez variable d'une profession à l'autre, mais dépend peu du statut (public ou privé) de l'établissement.

En ville, les médecins généralistes libéraux travaillent beaucoup, en moyenne 57 heures par semaine. Les médecins exerçant en zone rurale travaillent plus que la moyenne, à l'inverse des médecins en groupe, des jeunes médecins ou des femmes. Ce temps de travail se répartit entre activités soignantes (environ 33 heures), encadrement, formation, permanence des soins, tâches de gestion et de secrétariat (en moyenne 4 heures) et activités distinctes de l'activité libérale (médecin coordonnateur, activités auprès d'organisations professionnelles, etc.). Le temps professionnel qui n'est pas consacré aux patients offre des changements décrits comme salutaires par les médecins, évitant à la routine de s'installer. Ainsi, 42 % des médecins généralistes libéraux s'estiment satisfaits de leur temps de travail. Pourtant, 57 % souhaiteraient travailler moins, parmi lesquels 15 % qui ne le peuvent pas pour des raisons financières. La part des visites à domicile effectuées par les médecins généralistes dans leur activité décroît et représente actuellement 10 % de l'ensemble des consultations. Les médecins effectuant très peu de visites sont plus souvent des femmes et sont plus jeunes que la moyenne.

Et demain ?

Au cours des vingt dernières années, les quotas ont progressé dans la plupart des professions. Le nombre de diplômés augmente donc, et les effectifs suivent cette tendance. Le cas des médecins est particulier, puisque les générations nouvellement diplômées remplacent des générations pour lesquelles le *numerus clausus* était également élevé. Ainsi, dans les prochaines années des générations à effectifs importants entreront sur le marché du travail mais, dans le même temps, le nombre de départs à la retraite sera également élevé.

La DREES réalise des modèles de projection pour estimer les évolutions des effectifs de professionnels de santé dans les années à venir suivant différents scénarios. Les prochaines années seront marquées par une relative stagnation des effectifs de médecins généralistes comme de spécialistes. Ils devraient baisser légèrement jusque vers 2021, puis progresser à nouveau ensuite. La densité passerait de 3,2 à 3,1 médecins pour 1 000 habitants entre 2016 et 2022, avant de poursuivre sa hausse. Les tendances récentes (baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et hausse du nombre de médecins généralistes salariés) devraient perdurer. Parallèlement, sous l'hypothèse d'une prolongation des tendances récentes, sont attendues des hausses assez soutenues des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers. Pour ces derniers, les évolutions des effectifs sur les années récentes sont mêmes plus dynamiques que ce que prévoyait le modèle de la

DREES en 2011, en raison de la sous-estimation des effets de la réforme statutaire et de la réforme des retraites. Pour les chirurgiens-dentistes, le dernier modèle réalisé par la DREES en 2007 prévoyait une baisse des effectifs. À ce jour, cette baisse n'a pas encore été observée. Les réformes des retraites, les possibilités de cumul emploi-retraite et les flux de diplômés à l'étranger ont en effet soutenu la démographie des chirurgiens-dentistes au cours de la période récente. ■

Qui sont les professionnels de santé ?

Le champ des professions de santé est défini par le Code de la santé publique (4e partie consacrée aux professions de santé). Il comprend :

- les professions médicales : médecins, sages-femmes, odontologistes ;
- les professions pharmaceutiques : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière ;
- les professions du soin : infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, assistants dentaire (depuis janvier 2016) ;
- les professions médico-techniques : ambulanciers, manipulateurs en électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical ;
- les professions de la rééducation : diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens ;
- les professions de l'appareillage : audioprothésistes, opticiens-lunetiers, épithésistes, ocularistes, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes.

Au 1er janvier 2015, 1,9 million de professionnels de santé étaient en exercice, contre 1,4 million d'actifs quinze ans plus tôt.

Tous ces professionnels ne sont pas répertoriés dans les deux principales sources de données mobilisées dans cet ouvrage : le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et le répertoire Adeli (automatisation des listes). Le premier est alimenté par les données issues des Ordres et le second par les agences régionales de santé (ARS). Certains professionnels de santé (les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les assistants dentaires, les préparateurs en pharmacie, les ambulanciers) ne sont enregistrés de manière systématique ni par un Ordre ni par les ARS. Pour ces professions, l'enquête emploi en continu de l'INSEE permet d'estimer les effectifs en activité.

Les professions du social telles que les assistants du service social, les psychologues, ainsi que les professions qui correspondent à l'usage d'un titre comme les psychothérapeutes, ostéopathes et chiropracteurs, ne font pas partie du champ des professions de santé selon le Code de la santé publique. Les cinq professions citées ici en exemple sont toutefois répertoriées par Adeli. Seuls les psychologues sont ponctuellement mentionnés dans cet ouvrage.

Le champ des professions de santé n'est pas non plus intégralement couvert par l'enquête Écoles de la DREES auprès des établissements de formation aux professions de santé (*cf.* encadré de la fiche 14). Celle-ci interroge les établissements délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé. Elle couvre ainsi douze formations de base – infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulancier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie hospitalière – et quatre formations de spécialisation (puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, cadre de santé). Elle exclut donc les professions de santé selon le Code de la santé publique suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, orthophonistes, diététiciens. Les formations de ces professionnels sont sous tutelle du ministère en charge de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, qui en collecte les données. ■

2

Vue d’ensemble

Fiches thématiques <

Annexe

La démographie

01 Les médecins : combien sont-ils ?

Au 1er janvier 2015, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) [encadré] dénombre 222 150 médecins en activité en France, dont 216 767 en France métropolitaine. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins connaissent une croissance ralentie depuis 2005, en raison de l'inflexion du nombre de médecins généralistes (graphique 1). La densité de médecins est relativement stable depuis cette date, avec 337 médecins pour 100 000 habitants recensés en 2015, la situant dans la moyenne des pays de l'OCDE. Avec près de 50 % de médecins généralistes en 2015 (contre 30 % en moyenne dans les pays de l'OCDE), la France présente encore cependant une densité de médecins généralistes parmi les plus élevées de ces pays.

Les effectifs comptabilisés par les organismes diffèrent souvent, en fonction des concepts adoptés. Alors que la CNAMTS compte les médecins dont l'activité a généré des remboursements, la DREES ou l'Ordre recensent des médecins « actifs », parmi lesquels sont comptabilisés ou non les remplaçants, les médecins cumulant emploi et retraite et les médecins temporairement sans activité. Cette fiche porte sur les médecins actifs, y compris remplaçants et médecins cumulant emploi et retraite mais hors médecins sans activité (encadré).

Plus de la moitié (59 %) des médecins ont une activité exercée en libéral[1], cette proportion dépassant les deux tiers pour les médecins généralistes (67 %). Pour ces derniers, le poids de l'exercice libéral est resté relativement stable depuis le début des années 2000. Pour les médecins d'âge intermédiaire (40 à 55 ans), il a eu nettement tendance à décroître (voir la fiche 4), en raison d'une augmentation, pour cette même tranche d'âges, de l'exercice salarié exclusif en établissement de plus de 10 points durant la période. Cette progression concerne essentiellement l'exercice exclusif en établissement hospitalier ; la part des salariés exerçant uniquement dans les établissements non hospitaliers a également augmenté mais plus faiblement.

Une profession de plus en plus féminisée

Plus âgée, mais aussi plus féminisée, la population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis 1990 (graphique 2). La part des médecins actifs âgés de plus de 60 ans en France métropolitaine a en effet plus que triplé durant la période : elle est passée de 8 % en 1990 à 28 % en 2015. L'âge moyen atteint désormais 52 ans. Cette évolution est à rapprocher de celle du *numerus clausus* de médecine (voir la fiche 1). Les médecins issus des promotions nombreuses des années 1970-1980, période où le *numerus clausus* était encore relativement élevé avant d'être progressivement réduit jusqu'au milieu des années 1990, sont aujourd'hui à un âge proche de la retraite et gonflent ainsi les effectifs de médecins âgés, comparativement à la situation observée en 1990. Les nouvelles générations de médecins actifs sont, elles, encore peu nombreuses relativement à leurs aînés ; la remontée du *numerus clausus* au cours des années 2000 devrait inverser cette tendance à moyen terme (voir la fiche 19).

Dans le même temps, les femmes sont de plus en plus nombreuses dans la profession : elles représentent désormais 43 % de l'ensemble des médecins, contre 30 % seulement en 1990. Elles sont majoritaires parmi les médecins actifs de moins de 55 ans (53 %).

Des spécialités médicales aux caractéristiques très hétérogènes

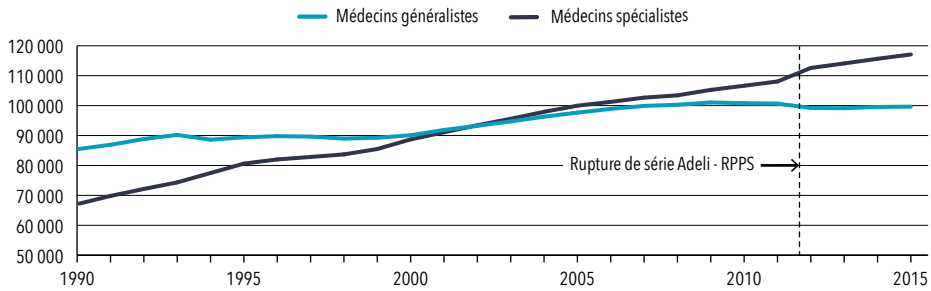
Avec 102 485 praticiens en exercice en France au 1er janvier 2015, les généralistes représentent près de la moitié des effectifs de médecins (tableau). L'âge

1. Ce champ inclut les « libéraux exclusifs » qui exercent uniquement en libéral, ainsi que les médecins dits « mixtes », qui peuvent combiner leur activité libérale avec une (ou plusieurs) activité(s) exercée(s) en tant que salarié.

moyen (52 ans) ainsi que la part des femmes (44 %) y sont très proches de l'ensemble des médecins. Excepté la médecine générale, les spécialités chirurgicales concernent 22 % des spécialistes. Les plus fréquemment exercées sont l'ophtalmologie (5 % des spécialistes) et la gynécologie-obstétrique (4 %). Parmi les autres spécialités qui regroupent les effectifs les plus importants, on peut citer la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation, la radiologie et la pédiatrie (respectivement, 13 %, 9 %, 7 % et 7 % de l'ensemble des spécialistes). Dans cette dernière, la proportion de femmes est particulièrement élevée (67 %), comme c'est le cas en gynécologie médicale (72 %), en dermatologie (69 %), en médecine du travail (70 %) ou encore en santé publique (60 %). À l'inverse, hors ophtalmologie, les femmes représentent à peine plus d'un chirurgien sur cinq (22 %).

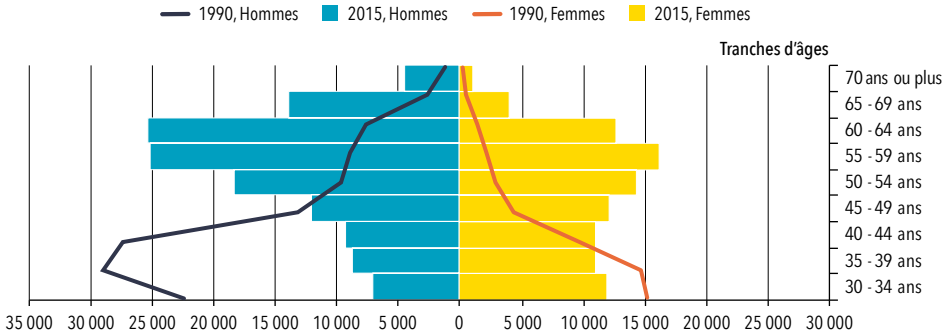
L'âge moyen est un autre facteur qui différencie fortement les spécialités. Certaines d'entre elles recensent un nombre important de médecins plus âgés : l'âge moyen des gynécologues médicaux (60 ans), des médecins du travail (55 ans) ou des ophtalmologues (54 ans) est ainsi sensiblement plus élevé que pour l'ensemble des médecins. Ce constat provient de plusieurs facteurs. Certaines spécialités comme la gynécologie médicale ont vu leur nombre de postes offerts aux étudiants diminuer continuellement au cours des dernières décennies, entraînant une chute du nombre

Graphique 1 Évolution des effectifs de médecins généralistes et spécialistes de 1990 à 2015



Champ > Ensemble des médecins actifs au 1er janvier, France métropolitaine.
Sources > DREES, Adeli jusqu'en 2011, puis RPPS à partir de 2012.

Graphique 2 Pyramide des âges des médecins selon le sexe en 1990 et 2015



Champ > Ensemble des médecins actifs au 1er janvier, France métropolitaine.
Sources > DREES, Adeli 1999, RPPS 2015.

de jeunes médecins. Pour d'autres, comme l'ophtalmologie, le nombre de postes offerts ne s'est remis à croître que tardivement, les jeunes y sont ainsi encore sous-représentés en attendant l'arrivée en exercice de générations nouvellement formées. Enfin, des spécialités, telles que la médecine du travail, peuvent souffrir d'une certaine désaffection de la part des jeunes étudiants (voir la fiche 13), et être de ce fait plutôt vieillissantes. À l'opposé, des spécialités comme l'hématologie, la réanimation médicale ou la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire comptent les médecins parmi les plus jeunes (âge moyen de respectivement 43, 45 et 47 ans). Certaines d'entre elles sont issues d'une redéfinition, ces dernières années, de champs disciplinaires ou sont de créations récentes, ce qui explique la forte proportion de jeunes les exerçant.

Enfin, les spécialités se différencient fortement par la fréquence de l'exercice libéral : si certaines d'entre elles, comme la dermatologie, la radiologie ou encore la plupart des disciplines chirurgicales,

Encadré L'exploitation par la DREES du RPPS, quelle articulation avec les autres sources ?

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), géré par l'ASIP-Santé, est alimenté, pour les médecins, par les données du tableau du CNOM. Il intègre les médecins depuis 2011. Le RPPS renseigne sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins telles que déclarées à leur guichet de l'Ordre au niveau départemental. Les données du RPPS sont ensuite élaborées à partir d'une confrontation de ces données avec celles de l'Assurance maladie et, bientôt, celles du CNG. Le RPPS a remplacé le répertoire Adeli du ministère de la Santé, qui, de 1984 à 2011, recensait lui aussi de manière exhaustive l'ensemble des médecins et leurs caractéristiques.

Articulation avec les données du CNOM

L'Ordre définit les concepts suivants :

> activité régulière : médecin en activité (soit hors médecins à la retraite – en particulier en cumul emploi-retraite) tout au long de l'année, sur site parfaitement identifié (soit hors médecins remplaçants), quel que soit le mode d'exercice ;

> activité totale : médecins en activité régulière, médecins remplaçants et médecins temporairement sans activité.

De plus, les médecins retraités actifs sont comptabilisés séparément, ainsi que les retraités sans activité

En parallèle, la DREES constitue chaque année, depuis 2012, une base statistique à partir du RPPS, correspondant à une photographie le 1er janvier de l'ensemble des médecins actifs, c'est-à-dire étant enregistrés dans ce répertoire comme étant en exercice, avec au moins une activité en cours en France. Ce concept inclut notamment les médecins remplaçants inscrits à l'Ordre, ainsi que les médecins qui cumulent emploi et retraite ; il exclut les médecins temporairement sans activité. À cet égard, il diffère légèrement des définitions adoptées par le CNOM.

Articulation avec les données de la CNAMTS

Le Système national interrégimes (SNIR) de la CNAMTS permet de comptabiliser chaque année les effectifs de médecins actifs le 31 décembre, parmi ceux dont l'activité a donné lieu à remboursement par les caisses gérant l'Assurance maladie. Ce concept d'actif suit ainsi une logique de gestion financière, qui peut différer de celle du tableau de l'Ordre dont les données concernant l'activité des médecins libéraux sont principalement déclaratives. Selon cette logique également, les médecins remplaçants ne sont pas comptabilisés dans le SNIR, l'activité de ces derniers (et les feuilles de remboursement correspondantes) étant enregistrée au nom des médecins qu'ils remplacent. L'ASIP-Santé opère régulièrement des confrontations des données de l'Ordre avec celles de la CNAMTS pour améliorer la qualité du RPPS sur l'enregistrement des libéraux. Sur un champ comparable (donc, hors remplaçants), le RPPS affiche ainsi un nombre de libéraux relativement proche de celui de la CNAMTS (117 800 le 1er janvier 2014 pour les RPPS, contre 116 600 pour la CNAMTS).

Tableau Effectifs et caractéristiques des médecins par spécialité au 1er janvier 2015

Spécialités	Effectifs	Âge moyen	Part des femmes (en %)	Part des libéraux ou mixtes (en %)
Disciplines médicales				
Médecine générale	**102 485**	**51,6**	**44**	**67**
Anatomie et cytologie pathologiques	1 578	51,6	62	47
Anesthésie-réanimation	11 149	50,6	36	40
Biologie médicale	2 934	48,5	51	40
Cardiologie et maladies vasculaires	6 887	51,3	24	71
Dermatologie et vénéréologie	4 065	53,3	69	84
Endocrinologie et métabolisme	1 829	48,7	74	46
Gastro-entérologie et hépatologie	3 630	50,6	31	60
Génétique médicale	239	49,4	70	4
Gériatrie	1 647	49,5	58	6
Gynécologie médicale	3 311	60,0	72	85
Hématologie	552	43,2	56	8
Médecine du travail	5 605	55,0	70	1
Médecine interne	2 419	51,5	38	17
Médecine nucléaire	693	46,4	39	55
Médecine physique et réadaptation	2 043	52,5	48	24
Néphrologie	1 613	48,1	42	30
Neurologie	2 389	47,3	48	36
Oncologie option médicale	896	47,0	49	23
Pédiatrie	7 861	49,9	67	40
Pneumologie	2 952	51,0	39	43
Psychiatrie	15 048	52,8	49	44
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8 558	51,7	34	74
Radiothérapie	849	49,0	41	52
Réanimation médicale	330	45,1	23	9
Recherche médicale	13	54,2	38	0
Rhumatologie	2 598	53,0	44	70
Santé publique et médecine sociale	1 698	50,1	60	2
Disciplines chirurgicales				
Chirurgie générale	3 611	48,9	17	43
Chirurgie infantile	300	48,0	42	38
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1 170	55,9	19	86
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3 157	49,6	5	74
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	869	49,5	23	87
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	436	47,2	10	54
Chirurgie urologique	1 171	48,0	5	76
Chirurgie vasculaire	523	51,6	11	72
Chirurgie viscérale et digestive	977	48,8	14	55
Gynécologie-obstétrique	4 577	47,5	46	60
Neurochirurgie	527	47,8	13	38
Ophtalmologie	5 907	53,8	44	87
ORL et chirurgie cervico-faciale	3 054	53,2	23	76
Spécialistes hors médecine générale	**119 665**	**51,3**	**43**	**51**
Ensemble des spécialités d'exercice	**222 150**	**51,5**	**43**	**59**

Champ > Ensemble des médecins actifs au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, RPPS 2015.

notamment l'ophtalmologie, s'exercent dans plus des trois quarts des cas en mode libéral ou mixte[2], ce mode d'exercice est très minoritaire dans d'autres spécialités comme l'hématologie, la réanimation médicale ou encore la médecine interne. Ce mode d'exercice est par nature quasiment inexistant parmi des spécialités considérées comme non soignantes, comme la santé publique ou la médecine du travail.

Quelles activités pour les médecins en dehors du soin ?

Tous les médecins n'ont pas nécessairement une activité directe de soins auprès des patients. Une partie d'entre eux exercent exclusivement des activités de recherche, de prévention dans des structures sociales, de conseils auprès d'administrations, etc. Ces médecins sont cependant très difficiles à dénombrer, aucune source à ce jour ne permettant réellement de les isoler. Compte tenu de leur absence d'activité soignante, ils n'ont ainsi pas d'obligation d'être inscrits à l'Ordre : les données du RPPS les concernant sous-estiment donc très certainement leur effectif. Malgré cette réserve, elles permettent néanmoins de fournir quelques éléments sur les secteurs et types de pratiques majoritaires des praticiens non soignants.

Les médecins spécialistes qualifiés en médecine du travail ou en santé publique et médecine sociale sont, de par leur spécialité, non soignants pour la plupart. Les spécialistes de médecine du travail recensés par le RPPS y déclarent exercer en entreprise les trois quarts du temps, principalement dans le secteur de la prévention. Quant aux spécialistes de santé publique et médecine sociale, le RPPS en compte une partie importante à l'hôpital public (environ 40 %). Il n'est pas possible de connaître précisément leur activité, on peut cependant supposer qu'un certain nombre d'entre eux y exercent dans les départements d'information médicale (DIM), la formation en santé publique étant souvent privilégiée par les hôpitaux pour le recrutement de ce type de médecins. Les spécialistes de santé publique exercent sinon principalement dans les ministères et services déconcentrés ou les collectivités territoriales (un sur cinq), au sein d'établissements scolaires et universitaires ou dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI) [un sur dix]. Plusieurs centaines de spécialistes de la médecine du travail et de santé publique et médecine sociale sont également recensés auprès des organismes de sécurité sociale.

À l'exception de la médecine du travail et de la santé publique, les autres spécialités peuvent aussi comprendre des médecins non soignants, même s'ils sont probablement très minoritaires. La pratique d'une activité non soignante est une information présente, en théorie, dans les données de l'Ordre. Elle ne peut cependant être mobilisée qu'avec grande précaution, puisqu'elle ne reflète qu'une partie des médecins non soignants (*cf. supra*). Elle indique que près de six médecins sur dix inscrits au RPPS ayant une activité de ce type sont des médecins généralistes. 8 000 médecins généralistes sont ainsi enregistrés à l'Ordre comme non soignants. Dans ce cas, les pratiques semblent variées : ils peuvent exercer des fonctions de médecin du travail, de praticien conseil (par exemple auprès des caisses de sécurité sociale), de médecin scolaire, ou encore de médecin de santé publique. Une moindre part est également dénombrée dans d'autres secteurs, comme la recherche ou le secteur pharmaceutique. ■

Pour en savoir plus

> **Assurance maladie**, Données statistiques, disponibles sur www.ameli.fr, rubrique Statistiques et Publications, sous-rubrique Donnees statistiques, Professionnels de santé libéraux.
> **Conseil national de l'Ordre des médecins**, *Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2016*, juin 2016.
> **DREES**, « La démographie des médecins », Données statistiques disponibles sur data.drees.sante.gouv.fr.
> **Fauvet L.**, 2012, « Les médecins au 1er janvier 2012 », *Études et Résultats*, DREES, nº 796, mars.
> **OCDE**, 2015, *Panorama de la santé 2015*.

2. Un mode d'exercice est dit « mixte » lorsqu'il combine une (ou plusieurs) activité(s) libérale(s) avec une (ou plusieurs) activité(s) salariée(s).

02 Les autres professionnels de santé : combien sont-ils ?

Hormis les médecins, de très nombreux professionnels de santé exercent en France : professionnels médicaux et pharmaceutiques (chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes), infirmiers, professionnels de la rééducation, aides-soignants… Ils présentent des profils très diversifiés selon la profession.

Les chirurgiens-dentistes : des effectifs en stagnation

Dans le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) [encadré] on compte, le 1er janvier 2015, 41 500 chirurgiens-dentistes actifs exerçant sur l'ensemble du territoire français. Contrairement aux trois autres professions médicales et pharmaceutiques que sont les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes, les effectifs de chirurgiens-dentistes stagnent depuis la fin des années 1990 (graphique 1), et leur densité diminue pour atteindre 63 praticiens pour 100 000 habitants en 2015, contre 68 en 1999. Près de neuf chirurgiens-dentistes sur dix exercent aujourd'hui en libéral.

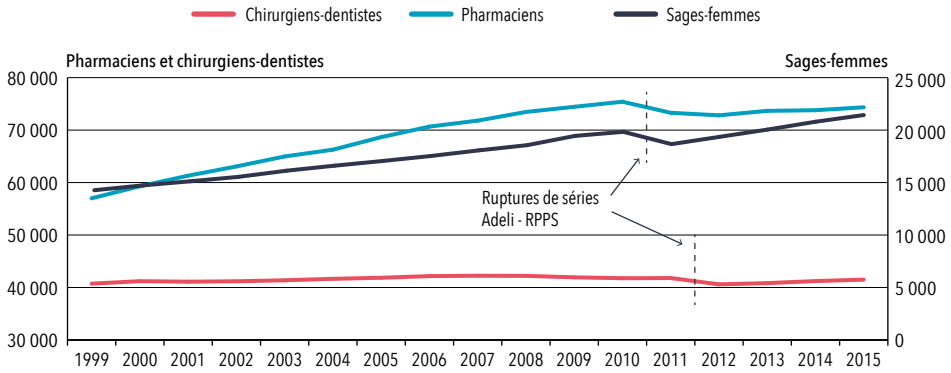
La profession présente un profil similaire à celui des médecins en termes de structure d'âge et de sexe (graphique 2.a). Plutôt âgée, avec un âge moyen de 48 ans en 2015, soit trois ans de plus qu'en 2001, et majoritairement masculine avec 58 % d'hommes, elle se féminise progressivement. Les femmes représentent ainsi 54 % des chirurgiens-dentistes de moins de 45 ans. La profession est cependant en voie de rajeunissement, en lien avec les évolutions du *numerus clausus* correspondant (voir la fiche 11) qui, après avoir connu un fort recul jusqu'au début des années 1990, se redresse nettement depuis 2001. De nouvelles générations plus nombreuses arrivent donc progressivement en exercice.

Encadré Les sources

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)
Comme les médecins (voir la fiche 1), les trois professions médicales et pharmaceutiques que sont les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes ont depuis quelques années intégré le RPPS, alimenté par les données de leurs Ordres respectifs, qui deviennent leur guichet principal d'enregistrement. Le RPPS s'est substitué, pour ces professions, au répertoire Adeli (*cf.* ci-dessous), qui les enregistrait auparavant. Comme pour les médecins, la DREES réalise chaque année une photographie statistique de ces professionnels le 1er janvier, restreinte aux praticiens actifs ayant déclaré une activité en cours à cette date.

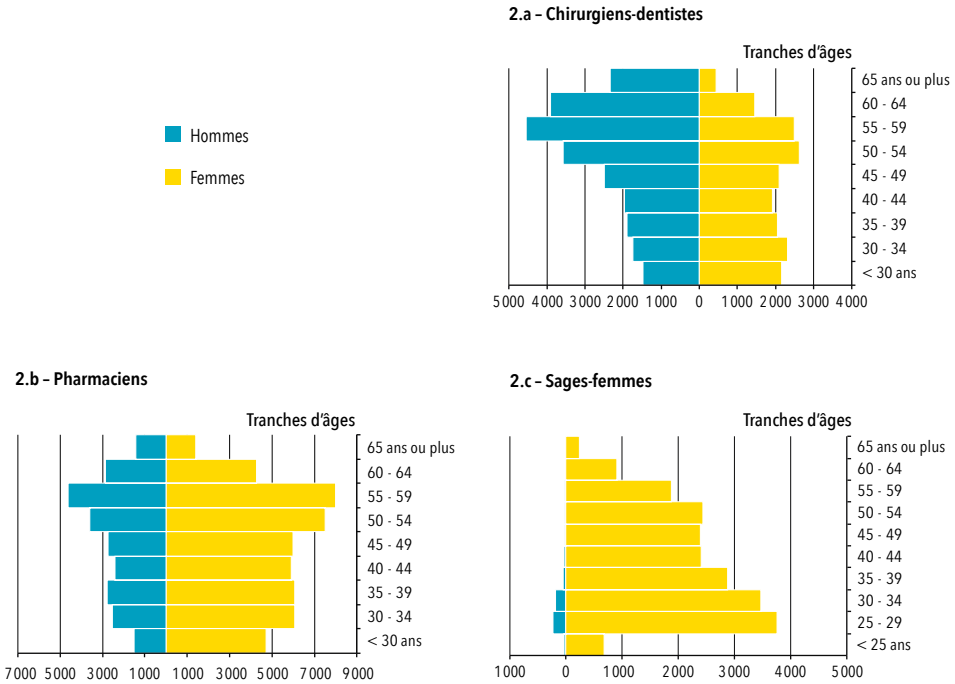
Le répertoire Adeli
Le répertoire Adeli (Automatisation des listes) a été mis en place pour répondre à l'obligation d'enregistrement des diplômes des professionnels de santé par les services de l'État conformément au Code de la santé publique et afin de pouvoir disposer des listes réglementaires des personnes exerçant dans chaque département. Actuellement, ce sont les Agences régionales de santé qui sont les guichets d'enregistrement des professionnels de santé paramédicaux. Pour chacune de ces professions, la DREES réalise chaque année une base statistique collectant les informations, le 1er janvier, de l'ensemble des praticiens ayant déclaré une activité. À noter que, malgré l'obligation légale d'inscription, ce répertoire présente certaines fragilités. Tout d'abord, les professionnels de santé ne sont pas réellement incités à se désinscrire (l'inscription étant gratuite, contrairement au RPPS) lorsqu'ils cessent leur activité temporairement ou définitivement, ce qui peut conduire à surestimer le nombre de professionnels âgés en exercice. À l'inverse, les nouveaux professionnels tardent parfois à faire enregistrer leur diplôme au répertoire (en particulier lorsqu'ils débutent par une activité salariée), ce qui tend à sous-estimer la part des plus jeunes.

Graphique 1 Évolution des effectifs des professionnels de santé médicaux (hors médecins)

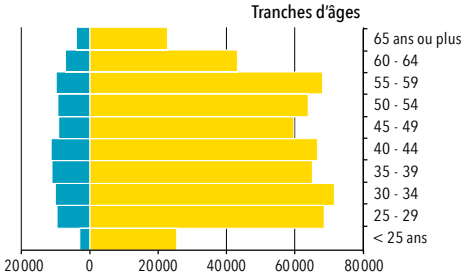


Champ > Ensemble des professionnels de santé médicaux (hors médecins) actifs au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, Adeli jusqu'en 2010 pour les pharmaciens et les sages-femmes et jusqu'en 2011 pour les chirurgiens-dentistes, RPPS pour les années ultérieures.

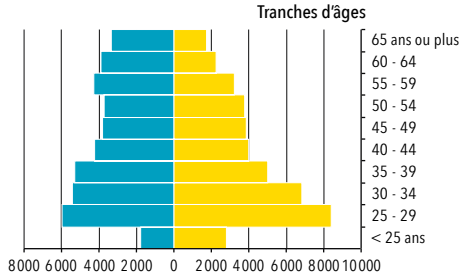
Graphiques 2 Pyramides des âges en 2015



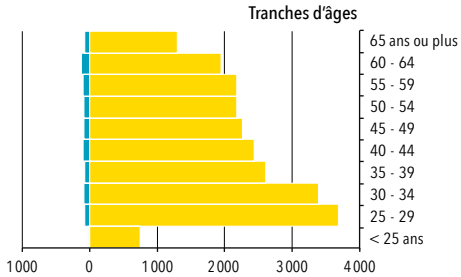
2.d – Infirmiers



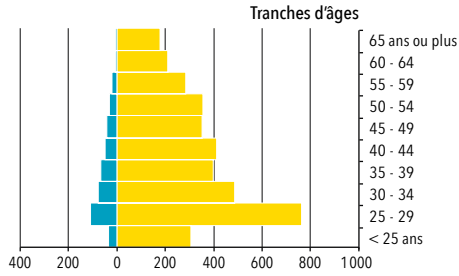
2.e – Masseurs-kinésithérapeutes



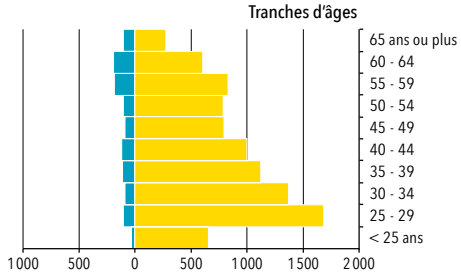
2.f – Orthophonistes



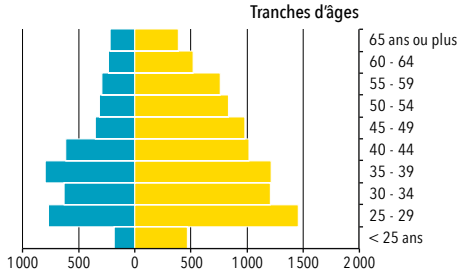
2.g – Orthoptistes



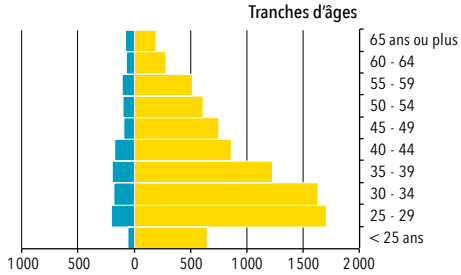
2.h – Psychomotriciens



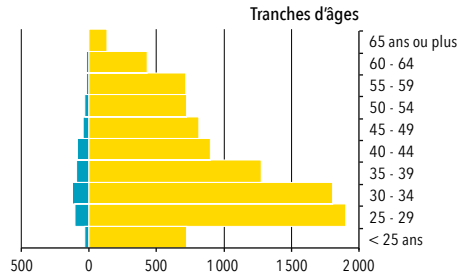
2.i – Pédicures-podologues



2.j – Ergothérapeutes



2.k – Diététiciens



Champ > Ensemble des professionnels actifs au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, RPPS (chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes), Adeli (autres professionnels de santé).

Un travail en officine pour les trois quarts des pharmaciens

On dénombre 74 300 pharmaciens actifs en France le 1er janvier 2015. Leurs effectifs ont crû régulièrement depuis les années 1990, mais stagnent depuis quelques années (graphique 1). Les trois quarts d'entre eux exercent en officine, répartis pour moitié en titulaires d'officine, qui exercent en tant que profession libérale, et pour l'autre moitié en adjoints d'officine, qui sont salariés. Les autres pharmaciens inscrits à l'Ordre exercent leur activité en établissement de santé (9 %), ou dans les secteurs de la biologie médicale (10 %) et de l'industrie pharmaceutique (5 %).

Les femmes sont très majoritaires parmi les pharmaciens (67 %). Le vieillissement de cette profession est nettement moins marqué que pour les médecins ou les chirurgiens-dentistes (graphiques 2) : la baisse du *numerus clausus* correspondant (voir la fiche 11) dans les années 1980 a en effet été beaucoup moins prononcée que celle de leurs confrères. Et, comme pour ces derniers, la reprise de la hausse de ce *numerus clausus* dans les années 2000 devrait entraîner un rajeunissement de la profession dans les années à venir.

Les sages-femmes, un exercice libéral en progrès

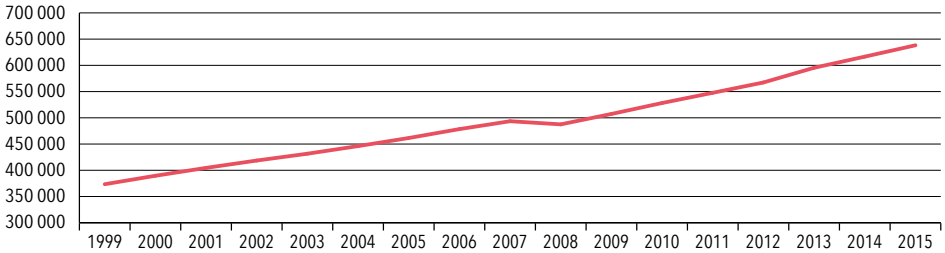
Le 1er janvier 2015, 21 600 sages-femmes exercent leur activité en France. Leurs effectifs sont en croissance régulière au cours des vingt dernières années (graphique 1). La densité de sages-femmes a ainsi quasiment doublé au cours de la période pour atteindre aujourd'hui 148 praticiennes pour 100 000 femmes en âge de procréer (*i.e.* âgées de 15 à 49 ans). Cette évolution reflète en grande partie celle des quotas correspondants (voir la fiche 11). Même si le salariat reste largement majoritaire, l'exercice libéral est en progrès dans cette profession : il concerne en 2015 plus du quart des sages-femmes (26 %).

La profession est presque exclusivement féminine (97 % de femmes en 2015) et relativement jeune, puisque la majorité des sages-femmes (52 %) ont moins de 40 ans (graphique 2.c).

Les infirmiers, première profession de santé en termes d'effectifs

Le 1er janvier 2015, le répertoire Adeli (encadré) recense 638 200 infirmiers en activité en France. C'est la première profession de santé en termes d'effectifs. Il s'agit là d'un maximum historique, que l'on considère les effectifs en augmentation depuis 2010 (+4,4% par an en moyenne) ou la densité (967 infirmiers pour 10 000 habitants).Ce taux de croissance des effectifs est très supérieur à celui de la population française (+0,7 % en moyenne annuelle depuis 2000) et, dans une moindre mesure, à celui de la population des personnes âgées de 70 ou plus (+1,7 %). Cette évolution reflète en grande partie également celle des quotas d'infirmiers (voir la fiche 11). Ils sont très majoritairement salariés (83 %[1]), cependant l'exercice libéral ou mixte est en légère progression, il a notamment gagné trois points depuis 2001 pour atteindre 17 % en 2015.

Graphique 3 **Évolution des effectifs d'infirmiers**



Champ > Ensemble des infirmiers actifs au 1er janvier, France entière.
Source > DREES, Adeli.

1. Il s'agit de la proportion de salariés exclusifs, c'est-à-dire n'exerçant pas d'activité libérale en sus.

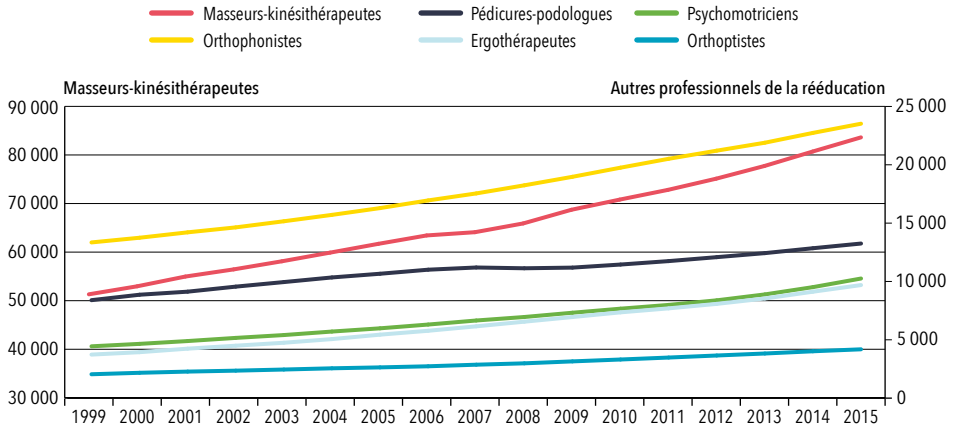
Les infirmiers restent une population relativement jeune et féminisée (graphique 2d), avec 87 % de femmes, et près d'un praticien sur cinq ayant moins de 30 ans (17 %) en 2015, une proportion en hausse depuis 2001 (13 %). Avec des départs à la retraite plus tardifs qu'au début des années 2000, la part des infirmiers de plus de 50 ans est cependant, elle aussi, en forte hausse (de 23 % à 36 % entre 2001 et 2015). Finalement, l'âge moyen est resté relativement stable au cours de la période (entre 41 et 43 ans environ).

Les professionnels de la rééducation, des effectifs en croissance

Dans le domaine sanitaire, le champ de la rééducation couvre sept métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. Le 1er janvier 2015, 154 500 professionnels de la rééducation étaient en activité. Les masseurs-kinésithérapeutes sont les plus nombreux et représentent plus de la moitié de ces professionnels (83 600). On dénombre également 23 500 orthophonistes, 13 300 pédicures-podologues, 10 300 psychomotriciens et autant d'ergothérapeutes et de diététiciens. Les orthoptistes sont les moins nombreux (4 200). Les effectifs de ces professionnels sont en constante augmentation depuis la fin des années 1990 (graphique 4). Entre 1999 et 2015, la hausse a été en moyenne de 3 % par an pour les masseurs-kinésithérapeutes contre 0,7 % pour la population totale et 1,7 % pour celle des personnes âgées de 70 ans ou plus. La croissance la plus forte concerne les effectifs d'ergothérapeutes et de psychomotriciens qui ont plus que doublé au cours de la période (+5 % à +6 % par an en moyenne). L'augmentation des effectifs de ces professionnels est, en grande partie, une conséquence de la hausse continue du nombre d'étudiants en France, liée notamment à la hausse des quotas pour les trois professions concernées (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens) [voir la fiche 11]. Elle est aussi tirée par la hausse des diplômés à l'étranger, de plus en plus nombreux à venir exercer en France, en particulier pour les professions de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes (voir la fiche 5).

Parmi ces professions, l'exercice libéral est très majoritaire pour les masseurs-kinésithérapeutes (80 %), les pédicures-podologues (98 %), les orthophonistes (81 %) et les orthoptistes (67 %). À l'inverse, les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les

Graphique 4 **Évolution des effectifs des professionnels de la rééducation**



Champ > Ensemble des professionnels de la rééducation actifs au 1er janvier, France entière.
Source > DREES, Adeli.

diététiciens sont le plus souvent salariés (82 %, 91 % et 68 % respectivement)[2]. Ces répartitions en fonction du mode d'exercice ont peu évolué depuis le début des années 2000, excepté pour les orthoptistes qui sont de plus en plus fréquemment salariés.

Les métiers de la rééducation sont exercés par une population relativement jeune (l'âge moyen y est inférieur à 42 ans) et féminisée (graphiques 2e à k). Les femmes représentent aujourd'hui les deux tiers des professionnels de la rééducation, contre les trois cinquièmes au début des années 2000. Ce sont les masseurs-kinésithérapeutes qui ont connu la plus forte féminisation durant cette période, avec 50 % de femmes en exercice en 2015, contre 42 % en 1999. Excepté les masseurs-kinésithérapeutes, les femmes représentent près de 90 % des effectifs des métiers de la rééducation.

Les autres professionnels de santé

Les autres professionnels paramédicaux sont également répertoriés par le répertoire Adeli. Il s'agit des manipulateurs d'électroradiologie médicale (33 500 professionnels en exercice le 1er janvier 2015), des audioprothésistes (3 100), des opticiens-lunetiers (32 200), et des professions de l'appareillage (prothésistes et orthésistes, dont le nombre est supérieur à 3 000).

D'autres professionnels exercent dans le secteur de la santé et sont cités dans le Code de la santé publique (CSP) sans être toutefois inclus dans le champ des auxiliaires médicaux. Parmi eux, les plus nombreux sont les aides-soignants qui exercent en collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité. D'après l'enquête Emploi, ces derniers étaient plus de 400 000 en exercice début 2014.

Les professionnels de santé considérés comme tels par le Code de la santé publique représentent environ 1,9 million de personnes au 1er janvier 2015.

Enfin, certaines professions ne sont pas inscrites au Code de la santé publique et n'ont pas le statut de profession de santé. C'est le cas notamment des psychologues qui sont recencés par le répertoire Adeli. Leur nombre a augmenté et s'élève à 54 000 en 2015. ■

Pour en savoir plus

- **Barlet M., Cavillon M.**, 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, nº 759, mai.
- **Cavillon M.**, 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, nº 791, mars.
- **Collet M.**, 2005, « Les pharmaciens en France – Situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, nº 437, octobre.
- **Collet M., Sicart D.**, 2007, « Les chirurgiens-dentistes en France : Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, nº 594, septembre.
- **DREES**, « La démographie des professions de santé », Données statistiques disponibles sur data.drees.sante.gouv.fr.
- **Observatoire national des professions de santé** (ONDPS), 2013, *État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*, décembre.
- **Ordre national des pharmaciens**, 2015, *Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2015*.
- **Rochut J.**, 2014, « Les professionnels de la rééducation », *Études et Résultats*, DREES, nº 895, octobre.

2. À noter que l'exercice hors salariat de ces professionnels ne fait pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie.

03 Les professionnels de santé en établissements de santé

Les établissements de santé rassemblent du personnel médical ainsi que des professionnels non médicaux et des sages-femmes.

187 000 emplois médicaux, y compris les postes d'internes dans les établissements de santé en 2014

En 2014, le nombre d'emplois médicaux (encadré), y compris les postes d'internes, dans les établissements de santé s'établit à 187 000 : 115 000 salariés, 41 000 libéraux[1] et 31 000 internes et assimilés (tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif. L'essentiel des professionnels libéraux exercent dans des établissements privés, mais certains travaillent dans des établissements publics (1 800). Les internes et assimilés exercent pratiquement exclusivement dans les hôpitaux publics où ils représentent près de 29 000 emplois, c'est-à-dire 23 % des emplois médicaux. À l'hôpital public, les personnels médicaux salariés peuvent exercer sous différents statuts (encadré). Les praticiens hospitaliers (PH) concentrent le plus gros des effectifs, avec 60 % des emplois médicaux, hors internes, occupés en équivalents temps plein (ETP) [encadré et tableau 2].

Parmi les emplois de praticiens (*i. e.* hors internes) exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 60 % sont dédiés à la médecine générale et aux spécialités médicales (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.) [tableau 3]. Le solde concerne principalement les activités de chirurgie (17 % des emplois) et, dans une moindre mesure, la psychiatrie (7 %), la pharmacie (5 %) ou la biologie médicale (3 %). La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 61 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie. Au sein des établissements publics, la proportion d'emplois relevant de la médecine générale est encore plus importante dans les centres hospitaliers, y compris les anciens hôpitaux locaux.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles (voir fiches 12 et 13). Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologistes, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2014, sur 29 000 internes, 93 % sont inscrits en médecine. Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des internes et assimilés font leur stage dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) [54 %] (tableau 4). Seuls 7 % des internes sont accueillis en établissements privés à but

Encadré Source et définitions

Source

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La SAE a connu une refonte en

1. Il s'agit d'un décompte des emplois, et non des effectifs (encadré). De ce fait, un médecin est compté autant de fois qu'il a de postes distincts, par exemple un médecin « mixte » cumulant une activité salariée et une activité libérale à l'hôpital, est intégré à la fois au calcul des emplois salariés et à celui des libéraux.

2013, présentée sur le site Internet de la DREES. En raison de cette refonte, les évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 sont difficiles à analyser.

Définitions

> Les établissements de santé comprennent plusieurs types de structures. Parmi les établissements publics coexistent trois principaux types d'établissements qui se différencient selon leurs missions. Les centres hospitaliers régionaux (CHR), qui sont aussi pour la plupart des centres hospitaliers universitaires (CHU)[1], assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; les centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif (ou cliniques) et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les centres de lutte contre le cancer, ainsi que près de 700 autres établissements privés à but non lucratif.

> Le personnel médical est composé de médecins, de biologistes, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI) qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux des établissements sanitaires uniquement.

> Salariés et libéraux : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées. Ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif : les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. Lorsque leur contrat de travail ou leur statut le leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents. Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles comptes. De ce fait, ce sont davantage des emplois que des effectifs qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations, par exemple, ne se traduit pas forcément par une baisse du nombre de personnes employées.

> Spécialité principale d'exercice : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond généralement à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités sont classés dans la spécialité principale.

> Les différents statuts de l'exercice salarié des médecins à l'hôpital : il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours et de praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) qui partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soin). Les médecins-assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée ; à l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> Les personnels non médicaux et les sages-femmes pris en compte ici sont des personnels salariés, titulaires ou contractuels, des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre par l'établissement dans le secteur privé ou par l'entité juridique dans le secteur public (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, cessation progressive d'activité, etc.). Les apprentis et autres contrats aidés ne sont en revanche pas comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

> L'équivalent temps plein correspond ici à l'équivalent temps plein moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

1. La plupart des CHR ont conclu une convention avec une université et sont devenus à ce titre des CHU. Les deux seuls CHR n'ayant pas signé de convention avec une université à ce jour (et n'ayant donc pas le statut de CHU) sont ceux de Metz-Thionville et d'Orléans.

non lucratif, dont un tiers dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Cette répartition des internes dépend de la localisation des services agréés, lesquels se situent majoritairement dans les CHU, les centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) et, dans une moindre mesure, les CLCC.

La majorité des internes et des faisants fonction d'internes (FFI) [87 %] effectuent leur formation au sein de services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Seuls 10 % des internes en équivalent temps plein exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée.

L'emploi médical temporaire, une pratique en expansion à l'hôpital public

Le travail temporaire permet en médecine hospitalière, comme dans bien d'autres domaines, de répondre à un besoin ponctuel, conjoncturel, comme assurer le remplacement de praticiens hospitaliers titulaires temporairement indisponibles ou faire face à une recrudescence transitoire d'activité. Dans la pratique, les hôpitaux publics disposent de trois voies pour recruter un médecin temporairement (Véran, 2013) : le gré à gré, la mise en relation par une société de recrutement, ou le recours à une agence d'intérim. L'ensemble des dépenses correspondantes sont très difficiles à évaluer à l'heure

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2014

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens				
Salariés	96 766	13 444	4 740	114 950
Libéraux	1 833	4 338	34 684	40 855
Total	**98 599**	**17 782**	**39 424**	**155 805**
Internes	26 632	1 909	217	28 758
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 048	196	1	2 245
Total internes et FFI	**28 680**	**2 105**	**218**	**31 003**
Total	**127 279**	**19 887**	**39 642**	**186 808**

Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition par statut, en équivalents temps plein moyens annuels rémunérés, des emplois médicaux salariés (hors internes) dans les établissements publics de santé en 2014

	2014
Emploi total des salariés	**96 766**
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	3 711
ETP des praticiens hospitaliers	42 054
ETP des assistants	4 342
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 189
ETP des attachés	9 242
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	8 177
Total des ETP salariés	**69 714**

ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.
* Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.
Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 3 Les emplois médicaux (hors internes) en établissements de santé en 2014, selon la spécialité

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure (en %)
Médecine générale	15 041	2 257	2 732	20 030	12,9
Anesthésie-réanimation	7 799	1 188	3 695	12 682	8,1
Pédiatrie	4 192	496	619	5 307	3,4
Autres spécialités médicales	33 215	7 559	15 309	56 083	36,0
Gynécologie-obstétrique	4 105	566	1 710	6 381	4,1
Spécialités chirurgicales	12 169	2 363	11 646	26 178	16,8
Biologie médicale	3 926	204	569	4 699	3,0
Psychiatrie	8 595	1 482	1 179	11 256	7,2
Pharmacie	4 909	1 085	1 293	7 287	4,7
Autres	4 648	582	672	5 902	3,8
Total	**98 599**	**17 782**	**39 424**	**155 805**	**100,0**

Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 4 Emplois des personnels médicaux, internes et personnels non médicaux et sages-femmes par grandes catégories d'établissements de santé en 2014

Catégories d'établissements	Personnels médicaux		Personnels non médicaux et sages-femmes	
	Praticiens	Internes et FFI*	Ensemble	dont personnels soignants
Public	**98 599**	**28 680**	**823 337**	**563 511**
Centres hospitaliers universitaires	42 226	16 838	288 068	192 673
Centres hospitaliers (y compris anciens hôpitaux locaux)	48 541	10 187	427 488	292 961
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	6 298	1 135	87 913	63 373
Autres établissements publics	1 534	520	19 868	14 504
Privé non lucratif	**17 782**	**2 105**	**140 969**	**96 230**
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	2 325	779	15 557	7 376
Autres établissements privés à but non lucratif	15 457	1 326	125 412	88 854
Privé à but lucratif	**39 424**	**218**	**149 806**	**114 542**
Établissements de soins de suite et réadaptation	3 171	44	26 740	20 127
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	33 082	136	106 157	82 449
Établissements de lutte contre les maladies mentales	1 729	13	11 248	8 476
Établissements de soins de longue durée	37		283	217
Autres établissements privés à but lucratif	1 405	25	5 378	3 273
Total	**155 805**	**31 003**	**1 114 112**	**774 283**

* FFI : faisants fonction d´internes.
Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

actuelle. Seules les charges liées au personnel intérimaire médical peuvent être clairement isolées dans les comptes des hôpitaux publics. Celles-ci ont crû de façon importante ces dernières années : +10 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2014 d'après les données de la DGFiP[2], un rythme de croissance nettement plus élevé que celui de l'ensemble des dépenses de personnel médical des établissements de santé publics (+4 % par an en moyenne annuelle durant la même période) [DREES, 2015][3]. Certaines

Tableau 5 Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements de santé en 2014, emplois en équivalents temps plein moyens annuels rémunérés

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnels administratifs	**96 216**	**18 709**	**18 889**	**133 814**
Personnels soignants	**525 239**	**81 887**	**100 289**	**707 416**
Sages-femmes	11 422	1 058	2 328	14 809
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 709	3 485	3 165	24 359
Infirmiers*	231 653	34 740	44 365	310 758
Infirmiers sans spécialisation	208 069	32 800	41 656	282 524
Infirmiers avec spécialisation	23 584	1 940	2 709	28 234
dont infirmiers anesthésistes	8 562	776	282	9 620
dont infirmiers de blocs opératoires	5 921	730	2 008	8 658
dont puéricultrices	9 101	435	420	9 956
Aides-soignants	174 846	23 430	28 769	227 044
Agents de service hospitaliers et autres personnels des services médicaux	64 467	11 551	17 329	93 347
Rééducateurs	15 099	5 829	3 529	24 457
dont masseurs kinésithérapeutes	6 086	2 916	1 766	10 768
dont pédicures-podologues	105	3	1	109
dont orthophonistes	1 268	381	118	1 766
dont orthoptistes	424	53	4	481
dont diététiciens	2 993	565	427	3 986
dont ergothérapeutes	2 216	1 222	587	4 026
dont psychomotriciens	1 855	321	88	2 264
dont autres emplois de services de rééducation	151	368	539	1 057
Psychologues	10 043	1 794	804	12 641
Personnels éducatifs et sociaux	**11 558**	**3 385**	**915**	**15 858**
Personnels médico-techniques	**41 390**	**6 180**	**3 722**	**51 292**
Personnels techniques	**94 771**	**9 541**	**6 901**	**111 213**
Total	**769 174**	**119 702**	**130 717**	**1 019 592**

* Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.
Note > Les élèves qui sont encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

2. Ces données sont aussi à prendre avec précaution, dans la mesure où elles ne couvrent pas certaines pratiques, comme la prise en charge des frais de restauration ou d'hébergement des intérimaires, qui peuvent être importants. Par ailleurs, elles correspondent aux seules dépenses déclarées sur le compte *ad hoc*, ce qui n'est pas forcément la norme, les établissements pouvant faire apparaître ces dépenses liées à l'intérim dans d'autres comptes (Véran, 2013).
3. Le rapport d'Olivier Véran (2013) établissait un lien entre cette apparente augmentation du recours à l'intérim et l'aggravation des difficultés structurelles de certains hôpitaux pour recruter des médecins.

disciplines semblent en effet particulièrement sous tension, comme la radiologie ou l'anesthésie-réanimation. Ces dernières affichent, par exemple, un taux de vacance statutaire[4] élevé fin 2013 : de l'ordre de 40 % pour la radiologie et de 31 % pour l'anesthésie-réanimation, contre 27 % en moyenne tous postes confondus[5]. Il s'agit de spécialités particulièrement bien rémunérées lorsqu'elles s'exercent en libéral (voir la fiche 7), et pour lesquelles l'hôpital public apparaît de ce point de vue moins attractif. Or, pour ces spécialités qui s'accommodent mieux de missions temporaires que la plupart des disciplines médicales et chirurgicales nécessitant, au contraire, la constitution d'une patientèle au long cours (Véran, 2013), le recours au travail temporaire apparaît comme une solution souvent privilégiée à court terme. Cette solution pourrait cependant devenir extrêmement coûteuse à long terme, compte tenu des tarifs pratiqués sur ce type de marché, estimés à plus de trois fois supérieurs au coût d'un praticien hospitalier titulaire par exemple, à durée d'emploi égale (Véran, 2013).

Tableau 6 Sages-femmes et personnels non médicaux entre 2006 et 2014 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2006*	2008*	2010	2011	2012	2013**	2014**
Administration	242 940	244 418	242 922	239 310	240 300	242 674	237 131
Section hôpital	742 888	760 904	763 825	770 350	781 607	772 182	782 461
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	333 497	343 204	352 495	358 851	362 186	510 358	518 628
Psychiatrie	111 937	112 842	114 166	115 345	117 591	118 776	119 249
Hospitalisation à domicile***	-	-	-	-	-	7 742	8 459
Soins de suite et de rééducation	86 526	90 512	96 753	97 244	98 735	104 522	107 001
Soins de longue durée	48 403	49 675	33 548	29 640	28 844	30 783	29 124
Autres disciplines***	162 525	164 671	166 863	169 270	174 252	-	-
Ensemble	**985 828**	**1 005 323**	**1 006 747**	**1 009 660**	**1 021 907**	**1 014 857**	**1 019 592**
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	**937 425**	**955 648**	**973 199**	**980 020**	**993 063**	**984 073**	**990 468**

* Sont dénombrés dans ce tableau les équivalents temps plein (ETP) moyens annuels rémunérés en décembre. Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP en décembre des contrats à durée déterminée n'étaient pas collectés pour la période 2002-2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.
** La SAE a connu une refonte très importante en 2013. Le concept d'ETP est désormais en ETP moyens annuels et non plus en ETP en décembre. En raison de cette refonte, les évolutions entre 2013 et les années antérieures sont difficiles à analyser.
*** L'hospitalisation à domicile n'était pas isolée en tant que discipline d'équipement avant 2013 : elle était alors répartie sur les autres disciplines d'équipement. De plus, la refonte de la SAE a notamment demandé aux établissements de mieux répartir l'ensemble de leur activité sur les disciplines d'équipement et de ne plus utiliser le poste non affecté « Autres disciplines ».
Note > À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ.
Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris services de soins des armées (SSA).
Sources > DREES, SAE 2006-2014, traitements DREES.

4. Le taux de vacance statutaire rapporte ici l'écart entre le nombre de postes de praticiens hospitaliers (temps plein ou temps partiel) budgétés et pourvus et le nombre de postes budgétés. Les postes vacants correspondants ne sont cependant pas nécessairement inoccupés : certains postes sont occupés à titre transitoire par un assistant, ou un praticien contractuel en attente de valider le concours de la fonction publique hospitalière (Véran, 2013).
5. Source : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), *Rapport d'activité* 2013, tome I, pp. 124-125.

Les sages-femmes et les personnels non médicaux représentent plus d'un million de salariés en équivalents temps plein

Les sages-femmes et les personnels non médicaux dans les établissements de santé représentent 1 020 000 personnes en équivalent temps plein (ETP) en 2014. Les trois quarts de ces ETP exercent à l'hôpital public. Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (tableau 5). Les personnels soignants représentent 69 % des personnels non médicaux et sages-femmes et sont essentiellement concentrés dans les établissements publics (74 %). Parmi les personnels soignants, 44 % sont des infirmiers et 32 % sont des aides-soignants. Par ailleurs, en 2014, parmi les personnels soignants, 64 % sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière, 26 % sont en contrat à durée indéterminée et 9 % sont en contrat à durée déterminée. Au sein des établissements publics, les personnels soignants travaillent majoritairement dans les centres hospitaliers, y compris les anciens hôpitaux locaux (52 %) [tableau 4], en particulier les sages-femmes (69 %).

En 2014, la moitié des personnels non médicaux et sages-femmes travaillent en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [tableau 6]. Entre 2006 et 2014, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes au sein des établissements de santé (hors unités de soins de longue durée [USLD]) ont augmenté de 5,7 %. La forte diminution du personnel des USLD (-40 %) est intervenue à la suite de la réforme de 2006 visant à transformer avant mars 2009 un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). ■

Pour en savoir plus

> **DREES**, *Panorama des établissements de santé – édition 2014*.
> **DREES**, « Les dépenses de santé en 2014 » dans *Résultats des Comptes de la santé – édition 2015*.
> **Kranklader E., Minodier C. et Fourcade N.**, 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, DREES, nº 846, juillet.
> **Kranklader E.**, 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, nº 25, mars.
> **Observatoire national de la démographie des professions de santé**, 2009, « Le renouvellement des effectifs médicaux », tome III, Rapport 2008-2009.
> **Véran O.**, 2013, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte – Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », *Rapport* établi avec le concours de députés de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre.

04 L'exercice ambulatoire des professionnels de santé

L'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par les principes de libre choix du professionnel de santé par le patient, de liberté thérapeutique et de prescription, et de liberté d'installation (Bourgueil *et al.*, 2009). Communément désignés par « soins de ville », par opposition aux soins effectués en établissement hospitalier, les soins ambulatoires fonctionnent le plus souvent dans le cadre d'un exercice libéral, de façon isolée ou non, qui peut coexister toutefois avec des structures minoritaires diverses, telles que les centres de santé[1] souvent tournés vers des populations défavorisées (HCAAM, 2014). Ce sont donc très majoritairement les professionnels de santé libéraux qui assurent ces soins ambulatoires.

Les soins primaires constituent la part la plus importante des soins ambulatoires : il s'agit des soins directement accessibles aux patients, avec une dimension généraliste et de proximité. Ils sont ainsi traditionnellement associés aux médecins généralistes libéraux, exerçant en cabinet de ville, qui sont souvent les premiers contacts avec le système de soins. Ils peuvent aussi concerner, dans une certaine mesure, les soins assurés par les médecins spécialistes libéraux en accès direct : ophtalmologues, gynécologues, pédiatres ou psychiatres, dont la consultation ne requiert pas de prescription préalable par un médecin généraliste. Cette typologie des soins primaires regroupe aussi l'activité des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes libérales, ainsi que celle des paramédicaux libéraux sur prescription médicale (notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes).

Si la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004 a renforcé la place et le rôle du médecin généraliste dans l'organisation des soins ambulatoires, les médecins spécialistes – et notamment ceux qui ne sont pas en accès direct – restent très présents dans ce secteur, même si une partie de leur activité peut s'exercer en clinique spécialisée (encadré).

Médecins : un exercice libéral aujourd'hui moins fréquent avant 50 ans

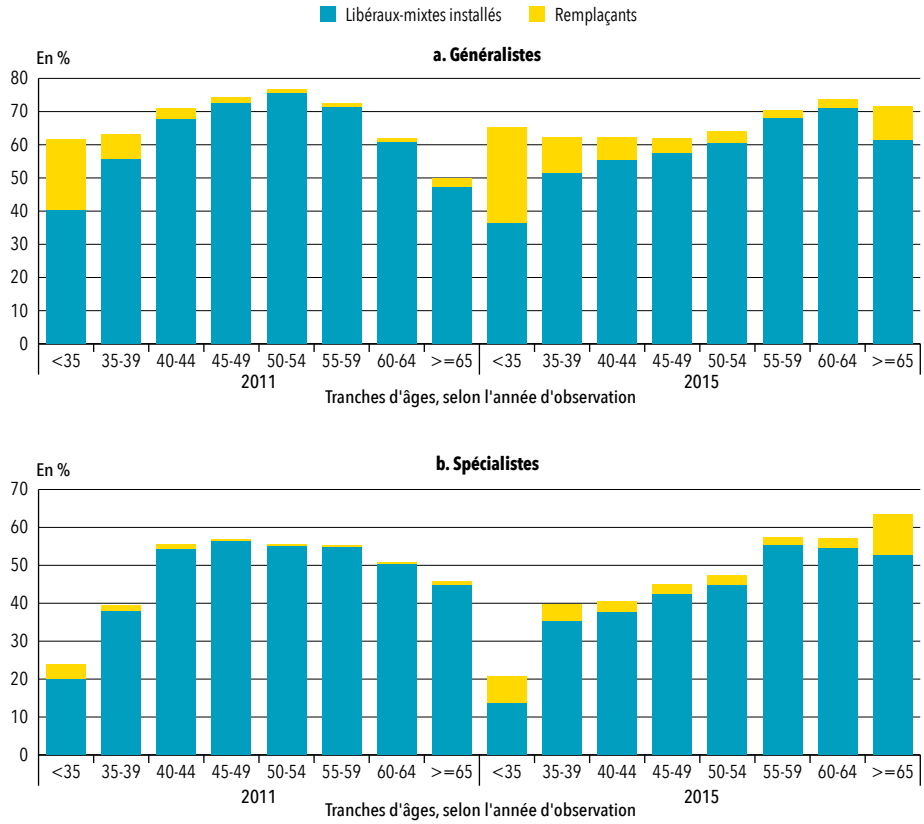
Les médecins exercent presque aussi souvent en libéral aujourd'hui qu'au début des années 2000 : d'après les répertoires Adeli et RPPS (encadré), 68 % des généralistes et 48 % des spécialistes exercent sous ce mode en 2015, soit à peine moins qu'en 2001 (70 % et 51 % respectivement). Le profil selon l'âge de l'exercice en libéral a cependant profondément évolué au cours de la période, on observe ainsi une contraction significative de la part des médecins de moins de 50 ans exerçant en libéral, qui passe de 69 % à 63 % pour les généralistes, et de 49 % à 36 % pour les spécialistes (graphiques 1a et 1b). Chez les généralistes en particulier, alors que le taux d'exercice en libéral était en 2001 fortement croissant avec l'âge jusqu'à 50-54 ans (+7 points par rapport aux moins de 35 ans), il plafonne aujourd'hui autour de 63 % chez les moins de 55 ans, quelle que soit la tranche d'âges. Chez les plus jeunes d'entre eux, l'exercice libéral est par ailleurs fortement tiré par les remplaçants en 2015, un phénomène plus marqué qu'en 2001. Ce n'est qu'à partir de 55-60 ans que la tendance s'inverse, pour les généralistes comme les spécialistes : la proportion de libéraux y est désormais nettement plus élevée qu'il y a quinze ans, si on y inclut les remplaçants. Une des explications peut être que l'allongement des durées de carrière des médecins a été plus marqué chez les libéraux, en raison notamment d'une pratique de plus en plus fréquente du cumul emploi-retraite (qui s'exerce souvent sous forme de remplacements). Ils sont, aujourd'hui, mécaniquement davantage représentés parmi les médecins âgés que leurs confrères salariés.

1. La CNAMTS dénombrait environ 750 centres de santé ayant eu une activité au cours de l'année 2013 sur l'ensemble du territoire français (Métropole + DOM).

En ambulatoire, les jeunes professionnels de santé plébiscitent l'exercice en groupe

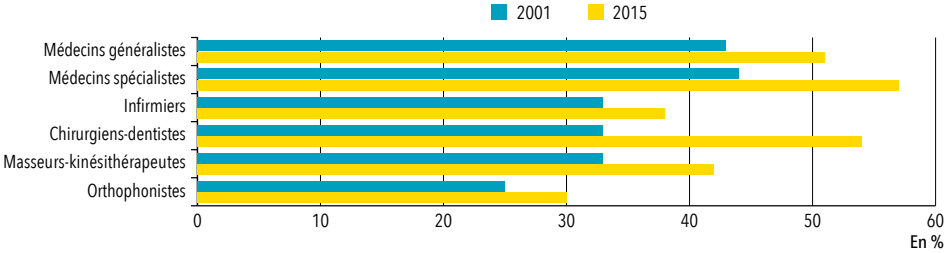
Dans le secteur des soins de ville, les professionnels ont le choix d'exercer de façon isolée, dans leur propre cabinet, ou peuvent exercer avec d'autres confrères, sous forme de société ou non, la plupart du temps au sein d'un cabinet de groupe monodisciplinaire (HCAAM, 2014). Cette forme d'exercice est en nette expansion depuis le début des années 2000, chez la plupart des professionnels de santé où l'exercice libéral est fortement représenté : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou encore orthophonistes (graphique 2). La proportion d'infirmiers exerçant dans ce cadre a ainsi progressé de 33 % en 2011 à 38 % en 2015. Les raisons de ce développement sont multiples : l'exercice en groupe permet notamment la mise en commun de moyens, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail et de disponibilité (Audric, 2004). Concernant la taille des groupes,

Graphique 1 Part des libéraux installés et des remplaçants parmi les médecins, selon l'âge et l'année d'observation



Note > Afin de rendre les champs comparables entre les deux années, les praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé ont été retirés du champ des « libéraux ou mixtes » en 2015.
Champ > Ensemble des médecins actifs au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, Adeli 2001, RPPS 2015.

Graphique 2 Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans Adeli et le RPPS.
Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, Adeli 2001, Adeli 2015, RPPS 2015.

Encadré De la délicate comptabilisation des professionnels de santé dans les structures ambulatoires

Les répertoires RPPS et Adeli sont les seuls qui comptabilisent de façon exhaustive les professionnels de santé, quels que soient leur mode d'exercice ou leur activité. Ils sont relativement fiables pour dénombrer les professionnels, identifier leurs caractéristiques professionnelles (spécialité, diplôme…), ou encore identifier ceux exerçant dans un cadre libéral grâce aux rapprochements réguliers faits avec les données CNAMTS (voir les fiches 1 et 2). L'analyse des structures d'exercice à travers ces répertoires requiert, en revanche, certaines précautions :

> l'analyse de l'exercice en groupe chez les libéraux : chez les médecins notamment, la plupart des activités renseignées par les libéraux sont déclarées comme étant exercées dans un cabinet libéral (91 %, dont 95 % pour les médecins généralistes). La qualité de l'information concernant le type de cabinet (individuel, ou en groupe) déclaré par chaque médecin libéral y semble assez satisfaisante, d'après les comparaisons effectuées avec d'autres sources sur le champ des médecins généralistes comme l'enquête DREES-CNAMTS de 2002 (Audric, 2004), le Baromètre santé médecins généralistes de l'INPES (Baudier *et al.*, 2010), ou encore l'enquête effectuée en 2011 auprès du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale DREES-ORS-URPS (Jakoubovitch *et al.*, 2012). En effet, malgré une vraisemblable légère sous-déclaration de l'exercice en groupe dû au fait que certains médecins peuvent tarder à y signaler leurs changements de cadre d'exercice, l'essor du travail en groupe depuis le début des années 2000 est bien retracé par le RPPS et Adeli, avec une tendance relativement comparable à celle obtenue à partir des sources précitées ;

> la potentielle sous-déclaration de certaines autres activités : l'analyse du RPPS chez les médecins conduit en effet à penser que des activités peuvent être sous-déclarées, quand elles sont exercées dans certains secteurs. Des comparaisons avec d'autres sources de données (Assurance maladie [*cf.* ci-dessous], SAE [voir la fiche 3]) semblent indiquer que l'exercice en clinique privée est par exemple sous-estimé dans le tableau de l'Ordre. Or les médecins travaillant en clinique privée possèdent très souvent un cabinet dans lequel ils exercent une grande partie de leur activité, ce cabinet pouvant être d'ailleurs implanté au sein de la clinique. De la même manière, certaines activités ne sont pas toujours bien renseignées par les médecins lorsqu'elles sont exercées en complément d'une activité principale effectuée en cabinet, notamment celles exercées dans une structure salariée (établissement de santé, centre de santé, établissement médico-social, crèche…). L'hypothèse que ces médecins peuvent avoir tendance à ne déclarer à l'Ordre qu'une seule activité libérale en cabinet (activité principale en termes de volume horaire) semble confirmée par les résultats des enquêtes auprès du panel de médecins généralistes libéraux DREES-ORS-URPS (Jakoubovitch *et al.*, 2012).

l'enquête effectuée en 2011 auprès d'un panel de médecins généralistes (encadré) suggère qu'elle est encore relativement modeste pour ces derniers : plus de la moitié des cabinets de groupes dans lesquels déclarent exercer les généralistes ne comptent que deux médecins.

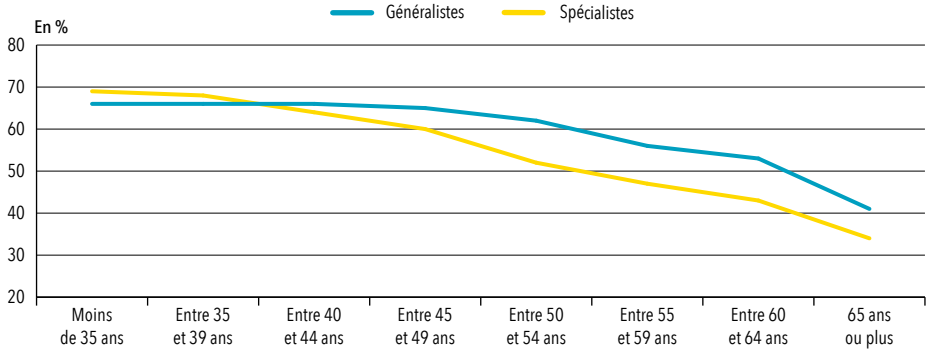
De fait, l'exercice en groupe est très prisé des jeunes générations de professionnels de santé. Ce phénomène est particulièrement visible chez les jeunes médecins : les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus. Cet effet générationnel est encore plus marqué chez les spécialistes (graphique 3). Parmi ces derniers, les jeunes libéraux ont une pratique davantage tournée vers les activités techniques que leurs aînés (Mikol et Pla, 2015), pouvant nécessiter des investissements lourds : la mutualisation en exercice de groupe permet ainsi de les faciliter.

Des formes d'exercice pluriprofessionnel en développement : maisons, pôles et centres de santé

L'exercice en ville organisé sous forme pluriprofessionnelle, même s'il demeure encore marginal, se développe rapidement depuis une dizaine d'années. Il regroupe les centres de santé, structures anciennes composées de personnels majoritairement salariés et généralement destinées à des publics particuliers et des formes nouvelles de création plus récente, pôles et maisons de santé pluriprofessionnels qui connaissent une rapide expansion. Concernant ces derniers, l'usage distingue les maisons de santé – structures regroupant géographiquement des professionnels – et les pôles, si le regroupement ne s'effectue pas au sein des mêmes murs[2].

En mars 2016, il existe près de 800 structures de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en

Graphique 3 Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans les sources.
Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1er janvier, France entière.
Sources > DREES, RPPS 2015.

2. D'après la loi, les maisons de santé – qu'elles soient établies sur un seul ou plusieurs sites géographiques – se caractérisent par une équipe pluriprofessionnelle de premier recours, porteuse d'un projet de santé pour la population d'un territoire, composée d'au moins deux généralistes libéraux et d'un autre professionnel de santé de premier recours (paramédicaux ou pharmaciens). Les pôles au sens de la loi désignent des regroupements de professionnels qui peuvent avoir différents modes d'exercice.

fonctionnement sur le territoire ayant demandé leur reconnaissance par les ARS (source : Observatoire des recompositions de l'offre de soins[3]). En comptant également les 400 MSP ayant vu leur projet sélectionné par les ARS, on peut estimer qu'à l'horizon de la fin de l'année 2016, compte tenu de la dynamique observée, un millier environ de structures pluriprofessionnelles pourraient être en activité. Des éléments particuliers de rémunération ont été mis en place, d'abord à titre expérimental[4] sous forme d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), destinés à financer les fonctions de coordination au sein des maisons et pôles ainsi que les nouveaux services apportés. Dans leur configuration moyenne, ces maisons comportent environ cinq médecins (médecins généralistes pour la plupart, comptés en équivalent temps plein) et une petite dizaine d'autres professionnels (paramédicaux, chirurgiens-dentistes, pharmaciens[5]…). Elles représentent ainsi une part encore modeste de l'offre de soins de ville de premier recours.

Une évaluation réalisée par l'IRDES entre 2009 et 2014 a porté sur environ 90 sites bénéficiaires des ENMR, en majorité des maisons ou pôles de santé. Elle met tout d'abord en évidence une logique d'implantation majoritaire des maisons de santé dans des espaces à dominante rurale fragiles en termes d'accès à l'offre de soins (Chevillard *et al.*, 2013). Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels les maisons de santé sont moins présentes, on observe également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premier recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. Dans ces différents espaces, le développement de ces structures semble assez efficace pour préserver la démographie de médecins généralistes. L'évaluation de l'IRDES met aussi en évidence une meilleure productivité[6] et de moindres dépenses générées en ambulatoire pour ce type de structures pluriprofessionnelles regroupées relativement aux cabinets isolés, ainsi qu'une meilleure qualité des pratiques[7] pour les médecins généralistes y exerçant (Mousquès, 2015[a] et 2015[b]). ■

Pour en savoir plus

- **Assurance maladie**, Données sur l'analyse des dépenses, disponibles sur : www.ameli.fr/l-assurance-maladie, Rubrique statistiques et publications, Analyse-des-depenses.
- **Baudier F., Bourgueil Y., Evrard Y., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J.**, 2010, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 157, septembre.
- **Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J.**, 2009, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 141, avril.
- **Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y.**, 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 190, septembre.

3. Présentation de l'Observatoire des recompositions de la DGOS du ministère chargé de la Santé faite à l'occasion des 5es journées de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) le 11 mars 2016.
4. Ce dispositif expérimental a laissé place en février 2015 à l'adoption d'un règlement arbitral qui inscrit dans le cadre conventionnel, de façon pérenne, des modalités adaptées de rémunération destinées aux structures pluriprofessionnelles de proximité.
5. Le cas des pharmaciens intégrés aux MSP correspond généralement à un exercice au sein d'une officine située à proximité.
6. Les indicateurs de productivité utilisés rapportent le temps travaillé par médecin à trois critères d'activité : la file active de patients de plus de 16 ans, la patientèle inscrite médecin traitant, et le nombre de consultations, visites et actes techniques réalisés pour ces patients.
7. La qualité des pratiques est mesurée ici à travers quatre dimensions : suivi des patients diabétiques, vaccination, dépistage et prévention, et efficience des prescriptions.

- **Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie** (HCAAM), 2014, *La coopération entre professionnels de santé*, Rapport, 10 juillet 2014.
- **Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, nº 797, mars.
- **Mousquès J.**, 2015[a], « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité des dépenses », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 210, juin.
- **Mousquès J.**, 2015[b], « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 211, juillet-août.

05 Les professionnels de santé à diplôme étranger

En France, de nombreux professionnels de santé exercent avec un diplôme obtenu à l'étranger. Leur effectif a particulièrement augmenté au cours de la période récente.

Une part élevée de praticiens diplômés à l'étranger parmi les nouveaux médecins et chirurgiens-dentistes

Les quatre professions médicales et pharmaceutiques (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme) peuvent être exercées de plein droit en France par les titulaires d'un diplôme délivré dans l'un des États membres de l'Union européenne, d'un autre État de l'Espace économique européen (EEE) ou de la Suisse, après inscription au Conseil de l'Ordre correspondant. Les détenteurs d'un diplôme obtenu hors de l'EEE peuvent se porter candidats à la procédure d'autorisation d'exercice organisée par le ministère de la Santé : en cas de succès, cette autorisation leur permet de s'inscrire au Conseil de l'Ordre et d'exercer de plein droit leur profession sur le territoire[1].

D'après les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) [encadré], environ 21 800 médecins actifs inscrits à l'Ordre ont obtenu leur diplôme à l'étranger, soit 10 % de l'ensemble des médecins. Cette proportion, bien qu'elle soit plus élevée qu'il y a dix ans, situe encore la France sous la moyenne des pays de l'OCDE, loin derrière le Royaume-Uni, les États-Unis ou le Canada, mais néanmoins devant l'Allemagne ou les Pays-Bas (OCDE, 2015). En comparaison, 2 600 dentistes diplômés à l'étranger (6 % de l'ensemble) exercent en France, 2 000 pharmaciens (à peine 3 % de l'ensemble[2]) et 1 400 sages-femmes (6 % du total).

Au cours de la période récente, la part des nouveaux inscrits à l'Ordre qui détiennent un diplôme

Encadré L'identification des professionnels à diplôme étranger dans les répertoires

Pour les quatre professions médicales et pharmaceutiques, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) [voir les fiches 1 et 2] fournit des informations sur le lieu d'obtention du diplôme et indique également si le professionnel a reçu une autorisation d'exercice pour sa pratique, ceci signifiant le cas échéant qu'il a été formé à l'étranger. Le lieu d'obtention du diplôme n'étant qu'imparfaitement rempli, ces deux informations sont combinées afin d'identifier les professionnels formés à l'étranger. Pour les sages-femmes, l'année d'inscription à l'Ordre est encore mal renseignée dans le RPPS : de fait, il n'est pas possible pour cette profession de fournir un ordre de grandeur des flux annuels d'installation de diplômés à l'étranger.

De la même manière, les auxiliaires médicaux formés à l'étranger sont identifiés grâce au répertoire Adeli (voir la fiche 2) par l'une ou l'autre de ces deux conditions : avoir un lieu de diplôme situé hors de France ou s'être vu délivrer une autorisation d'exercice par le ministère de la Santé.

Dans le cas où le professionnel de santé bénéficie d'une autorisation d'exercice, le pays d'obtention du diplôme est généralement mal connu. Si cette information est lacunaire pour seulement un médecin sur cinq formé à l'étranger, la proportion dépasse les trois quarts pour les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthophonistes. Pour ces derniers, il n'est donc pas possible de fournir une indication sur les zones majoritaires d'obtention des diplômes.

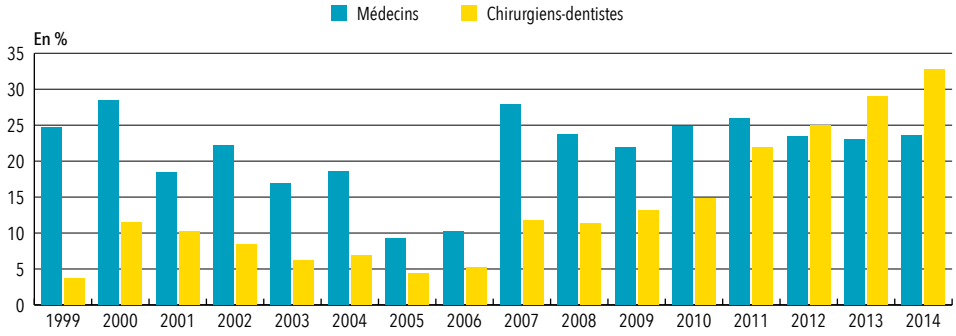
1. Source : www.diplomatie.gouv.fr, rubrique « La reconnaissance des diplômes étrangers en France ».
2. 1,5 %, si l'on se restreint aux pharmaciens à diplôme étranger – en excluant donc ceux qui disposent d'un diplôme français et d'une autorisation d'exercice (voir encadré).

étranger est particulièrement élevée pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Après avoir connu un creux au début des années 2000, les effectifs annuels de nouveaux médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger sont nettement repartis à la hausse depuis 2007-2008 (graphique 1) : ils représentent désormais le quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre. Ces trois dernières années, environ un tiers d'entre eux avaient la nationalité française[3], il est vraisemblable qu'il s'agisse souvent de Français ayant choisi de suivre tout ou partie de leurs études de médecine à l'étranger, afin de maximiser leurs chances de réussite. Le lieu du diplôme des médecins ayant étudié à l'étranger, lorsqu'il est renseigné (encadré), est le plus souvent situé en Europe de l'Est (dans 29 % des cas), juste devant l'Europe de l'Ouest (28 %) et le Maghreb (25 %).

Concernant les chirurgiens-dentistes, la part des nouveaux inscrits titulaires d'un diplôme étranger connaît un essor très significatif depuis une quinzaine d'années, elle atteint aujourd'hui pratiquement un tiers (graphique 1). Au cours des trois dernières années, moins d'un sur huit avait la nationalité française. Les dentistes ayant étudié à l'étranger ont majoritairement passé leur diplôme en Europe de l'Ouest (48 %) et, dans une moindre mesure, en Europe de l'Est (29 %), loin devant les pays du Maghreb (8 %) [ONDPS, 2013].

En 2015, les médecins diplômés à l'étranger sont davantage représentés chez les spécialistes (14 %) que chez les omnipraticiens (5 %). Ils exercent moins souvent en libéral (42 % sont libéraux ou mixtes, contre 59 % pour l'ensemble des médecins), ce qui peut s'expliquer par les modalités de procédure d'autorisation d'exercice pour les diplômés hors de l'EEE, qui requièrent au minimum trois ans d'exercice en milieu hospitalier avant la délivrance d'une autorisation[4], favorisant probablement une poursuite de carrière au sein des hôpitaux. Lorsqu'ils sont encore en attente d'une autorisation d'exercice, les médecins diplômés à l'étranger peuvent en effet exercer à l'hôpital public en tant qu'« assistant » ou « attaché » (voir les fiches 3 et 9). Ils peuvent également être recrutés sur des postes de « faisant fonction d'interne » (FFI) [voir la fiche 3], où ils complètent leur formation d'origine en préparant un diplôme de spécialité.

Graphique 1 Part des détenteurs d'un diplôme étranger chez les médecins et les chirurgiens-dentistes, selon leur date de première inscription à l'Ordre



Lecture > Au 1er janvier 2015, 24 % des médecins actifs inscrits à l'Ordre pour la première fois en 2014 ont obtenu un diplôme à l'étranger.
Champ > Ensemble des médecins et chirurgiens actifs au 1er janvier 2015, France entière.
Source > RPPS.

3. On peut considérer qu'en se restreignant aux trois dernières années d'inscription, la nationalité observée dans le RPPS en 2015 correspond assez bien à la nationalité au moment de l'inscription à l'Ordre, car cette période d'observation est suffisamment courte pour faire l'hypothèse qu'il n'y a pas encore eu (ou très peu) de naturalisations parmi ces nouveaux médecins.
4. Pour plus de précisions, voir le site du Centre national de gestion qui organise ces concours, www.cng.sante.gouv.fr.

Lorsqu'ils exercent en libéral, les médecins diplômés à l'étranger inscrits à l'Ordre sont plus souvent situés en Île-de-France que l'ensemble des médecins libéraux (27 % contre 20 %) ; ils exercent, en revanche, moins fréquemment dans les régions « attractives » du sud de la France (Aquitaine – Limousin – Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées – Languedoc-Roussillon et Provence – Alpes – Côte d'Azur, ces régions n'en rassemblant que 20 %, contre 26 % du total des médecins libéraux). Les chirurgiens-dentistes libéraux diplômés à l'étranger sont également très présents en Île-de-France, où un quart d'entre eux sont installés, contre un cinquième pour l'ensemble des dentistes libéraux, quelle que soit la provenance du diplôme.

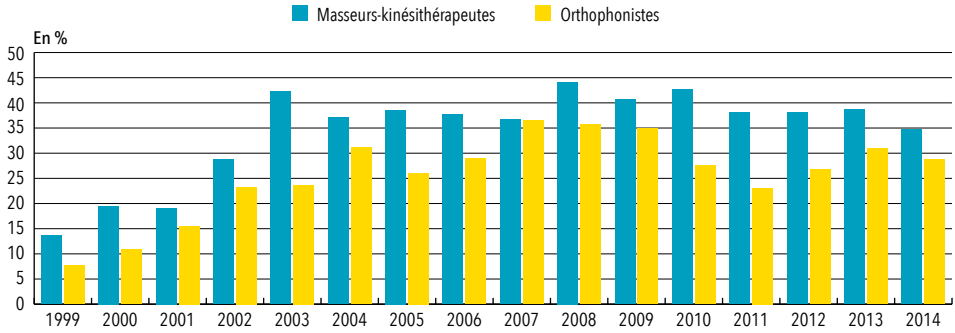
Paramédicaux : les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ou d'orthophonistes gonflés par les diplômés de l'étranger

Pour les auxiliaires médicaux, parmi lesquels les infirmiers et les professionnels de la rééducation (voir la fiche 2), seuls les titulaires d'un diplôme issu d'un des États membres de l'Union européenne, d'un autre État de l'EEE ou de la Suisse, peuvent exercer sur le territoire français[5] après une demande d'autorisation d'exercice auprès de la DRJSCS du lieu d'activité souhaité[6].

Au sein des professionnels paramédicaux, les praticiens diplômés à l'étranger sont nombreux essentiellement chez les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. Le répertoire Adeli (encadré) recense ainsi 16 900 masseurs-kinésithérapeutes diplômés à l'étranger et autorisés à exercer en France le 1er janvier 2015, soit un cinquième de l'ensemble de ces praticiens ; 3 500 orthophonistes sont dans ce cas (soit 15 %). L'exercice en France de professionnels diplômés à l'étranger est en revanche encore marginal pour les infirmiers et ne représente que 3 % des effectifs : cette situation vis-à-vis des infirmiers se retrouve d'ailleurs dans de nombreux pays de l'OCDE, notamment en Europe (OCDE, 2015).

Les professionnels formés à l'étranger contribuent très fortement à l'essor démographique des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes :

Graphique 2 Part des détenteurs d'un diplôme étranger chez les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, selon leur date de première inscription au répertoire Adeli



Lecture > Au 1er janvier 2015, 35 % des masseurs-kinésithérapeutes actifs inscrits au répertoire Adeli pour la première fois en 2014 ont obtenu un diplôme à l'étranger.
Champ > Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes actifs au 1er janvier 2015, France entière.
Source > RPPS.

5. Pour les diplômés hors de l'EEE ou de la Suisse, certaines conventions bilatérales peuvent néanmoins exister, comme par exemple l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) avec le Québec qui permet aux infirmiers ou aux masseurs-kinésithérapeutes de cette province d'exercer en France.
6. Source : www.service-public.fr, rubrique « Peut-on exercer une profession paramédicale en France avec un diplôme étranger ? ».

chaque année depuis 2003, les nouveaux diplômés de masso-kinésithérapie inscrits au répertoire sont près de quatre sur dix à avoir étudié hors de France (graphique 2), et près de trois sur dix concernent les diplômés d'orthophonie. Pour autant, ces nouveaux diplômés à l'étranger sont majoritairement Français au moment de leur inscription au répertoire Adeli : c'est le cas de près de la moitié (45 %) des masseurs-kinésithérapeutes autorisés à exercer au cours des trois dernières années, et même de la quasi-totalité (95 %) des orthophonistes. Ainsi, de façon beaucoup plus marquée que pour leurs collègues médecins ou chirurgiens-dentistes, on peut supposer que pour ces professionnels paramédicaux la formation à l'étranger relève souvent d'une stratégie de contournement des études de santé françaises afin de s'assurer de meilleures chances de réussite.

Les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes diplômés à l'étranger exercent très majoritairement en libéral, comme l'ensemble de leurs confrères. Contrairement aux médecins ou aux chirurgiens-dentistes, on les retrouve moins fréquemment exerçant en libéral en Île-de-France que les autres professionnels diplômés en France. ■

Pour en savoir plus

> **OCDE**, 2015, *Panorama de la santé*, rubriques « Migration internationale des médecins » et « Migration internationale du personnel infirmier ».

> **ONDPS**, 2013, « État des lieux de la démographique des chirurgiens-dentistes », décembre.

06 La répartition géographique des professionnels de santé de premier recours

La répartition des professionnels de santé libéraux de premier recours constitue un enjeu crucial pour l'accès aux soins. La DREES a développé, en collaboration avec l'IRDES, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permettant de dresser un état des lieux de l'accessibilité à l'offre libérale de soins de ville en médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pour les quatre spécialités en accès direct (ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie et psychiatrie) ainsi que pour quatre autres professions de santé (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens). Cet indicateur permet de synthétiser au niveau communal l'adéquation entre l'offre de soins locale (c'est-à-dire celle de la commune ainsi que celles des communes environnantes) et la demande de soins en tenant compte des besoins plus élevés des plus âgés. Le calcul de l'indicateur nécessite de retenir des hypothèses en partie conventionnelles sur l'accessibilité ; il faut donc moins interpréter les résultats en termes absolus qu'en termes relatifs, en comparant le niveau d'accessibilité des zones entre elles.

Une répartition diffuse des médecins généralistes sur le territoire

Les médecins généralistes constituent la profession de santé de premier recours la mieux répartie sur le territoire. En 2013, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et la quasi-totalité de la population accède à un médecin généraliste en moins de 15 minutes. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (encadré 1) révèle par ailleurs des disparités relativement limitées par rapport aux autres spécialités : les 10 % des habitants des communes les mieux équipées ont une accessibilité trois fois plus forte que les 10 % des habitants des communes les moins bien dotées (tableau 1). Ces disparités sont comparables à celles observées pour les pharmacies, dont l'installation est pourtant régulée. En outre, elles n'ont pas augmenté entre 2010 et 2013. Enfin, les personnes âgées de plus de 70 ans, qui recourent deux fois plus souvent au médecin généraliste que les autres patients, ont un accès comparable à ces derniers (Collin *et al.*, 2012).

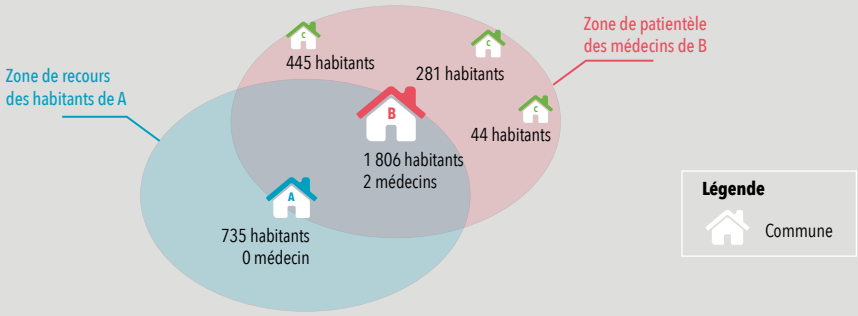
Encadré 1 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'indicateur d'APL est un indicateur fin d'accessibilité géographique aux soins de ville prodigués par des professionnels libéraux. Il permet d'observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité aura tendance à masquer, en minimisant les biais liés au zonage et en tenant compte des tensions entre offre et demande.

L'indicateur dépasse les limites des indicateurs usuels d'accessibilité aux soins. En effet, la densité médicale donne une image uniforme de chaque maille, tout en considérant impossible le franchissement des frontières de ces mailles. De son côté, la distance d'accès au plus proche médecin ne tient compte ni du nombre de médecins accessibles, ni des tensions entre offre et demande en raison desquelles le recours ne se fait pas toujours au plus proche (Barlet *et al.*, 2012).

À l'inverse, l'indicateur d'APL est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune. Il repose sur la définition de deux « secteurs flottants » : une zone de recours, qui rassemble l'ensemble des communes dans lesquelles les habitants d'une commune A peuvent aller consulter, et une zone de patientèle, qui permet de quantifier la demande susceptible de s'adresser aux médecins d'une commune B (schéma). L'indicateur tient ainsi compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes.

Exemple de zone de patientèle et de zone de recours



Le calcul de l'indicateur s'effectue en deux étapes. Est d'abord déterminée, pour chaque commune équipée en médecins (B), sa zone de patientèle : l'offre de médecins disponible dans la commune est alors rapportée à la population totale de cette zone. Pour chaque commune (A), est alors considérée sa zone de recours : les ratios précédemment obtenus pour les communes équipées se trouvant dans cette zone de recours sont alors additionnés. Cette somme est l'indicateur d'APL et se lit comme une densité.

Outre ce principe de base, l'indicateur d'APL comprend plusieurs améliorations. Tout d'abord, afin de ne pas considérer l'accessibilité comme parfaite à l'intérieur d'une zone et nulle en dehors, l'APL intègre une décroissance de l'accessibilité avec la distance (évaluée en temps d'accès par la route par le distancier METRIC de l'INSEE) : par exemple, pour les médecins généralistes, dans la définition des zones de recours, l'offre située à moins de 5 minutes est considérée dans son intégralité. On considère ensuite que l'accessibilité décroît de 70 % pour une distance comprise entre 5 et 10 minutes, et de 90 % pour une distance comprise entre 10 et 15 minutes. L'indicateur d'APL est toutefois très sensible au choix de ces seuils (Lucas-Gabriell *et al.*, 2016). Ceux-ci varient selon la profession considérée (tableau encadré) ; ils sont estimés à partir des taux de recours observés selon la distance.

Seuils de décroissance du recours avec la distance

Taux d'accessibilité (en %)	Médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes	Gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, sages-femmes
100	Entre 0 et 5 min	Entre 0 et 15 min
30	Entre 5 et 10 min	Entre 15 et 30 min
10	Entre 10 et 15 min	Entre 30 et 45 min
0	Au-delà de 15 min	Au-delà de 45 min

Lecture > L'offre de soins en médecine générale d'une commune B située à moins de 5 minutes de la commune A est prise en compte en totalité. L'offre de soins en médecine générale d'une commune C située a 7 minutes de la commune A est prise en compte à 30 %.
Champ > France entière.
Sources > SNIIRAM, 2009, CNAMTS ; population 2008, INSEE ; Odomatrix, INRA. Exploitation DREES.

Ensuite, l'offre de soins est quantifiée en équivalents temps plein (ETP), estimés à partir du nombre d'actes réalisés par chaque professionnel dans l'année. Cela permet de tenir compte, par exemple, de la différence d'offre de soins entre un professionnel exerçant à temps plein en cabinet libéral et un autre exerçant à mi-temps à l'hôpital, dont le cabinet est fermé certains jours.

Enfin, dans la population d'une commune, chaque tranche d'âges est pondérée par sa consommation de soins du professionnel considéré. Cela permet de tenir compte des variations de la demande de soins avec l'âge, propre à chaque type de soins : on donne ainsi, par exemple, plus de poids aux enfants dans le calcul de l'APL aux pédiatres (dans des proportions qui correspondent à la consommation de soins observée).

Les disparités d'accessibilité aux médecins généralistes sont davantage liées au type d'espace (commune urbaine ou rurale, située au centre d'un pôle ou en périphérie) qu'à la région (encadré 2). C'est dans les communes des pôles que l'accessibilité est la plus forte : l'APL aux médecins généralistes y dépasse les 80 ETP pour 100 000 habitants (tableau 2), quelle que soit la taille du pôle – à l'exception notable de l'unité urbaine de Paris qui présente une accessibilité particulièrement faible (55 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants). Notons toutefois que cette faible accessibilité aux médecins généralistes est compensée par une accessibilité bien supérieure à la moyenne aux médecins spécialistes[1].

Dans les espaces ruraux, les communes isolées de l'influence des pôles sont en moyenne mieux loties que les communes rurales des couronnes des pôles (65 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 49 ETP pour 100 000 habitants). Toutefois, cette accessibilité relativement bonne en moyenne est nuancée par l'existence de fortes disparités, d'autant plus importantes que l'on s'éloigne des grands pôles.

Les autres professionnels de premier recours sont très concentrés dans les grands pôles

L'accessibilité aux chirurgiens-dentistes est un peu plus faible que l'accessibilité aux médecins généralistes et leur répartition est assez proche : ils sont concentrés dans les pôles de toutes tailles – à l'exception de l'unité urbaine de Paris, relativement peu dotée – et les communes isolées de l'influence des pôles sont mieux desservies que les couronnes rurales des pôles.

Moins nombreux, les médecins spécialistes en accès direct sont également répartis de façon plus hétérogène sur le territoire. Ils sont essentiellement concentrés dans les grands pôles qui, seuls, bénéficient d'une accessibilité supérieure à la moyenne nationale. L'accessibilité est ensuite d'autant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance. Les communes isolées hors influence des pôles sont donc les moins bien pourvues, avec une accessibilité d'1 ETP de chaque spécialité pour 100 000 habitants.

La répartition des professionnels de santé est en outre plus dispersée pour les professions les moins

Tableau 1 Indicateurs d'inégalité d'accessibilité

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmacies[2]
Rapport interdécile[1]	2,8	6,3	8,3	6,1	13,8	19,4	5,1	4,9	4,8	2,8
Rapport interquartile[1]	1,7	2,4	2,9	2,5	3,8	4,5	2,2	2,3	2,2	1,5

1. Le rapport interdecile est le rapport entre le seuil qui délimite les 10 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 10 % pour qui elle est la plus faible. De même, le rapport interquartile est le rapport entre le seuil qui délimite les 25 % des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil qui délimite les 25 % qui pour qui elle est la plus faible
2. Pour les pharmacies, on ne prend pas en compte le nombre de pharmaciens travaillant dans une pharmacie donnée.
Note > Les calculs sont effectués en pondérant chaque commune par sa population, ce qui permet de raisonner en termes de population plutôt qu'en nombre de communes.
Champ > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.
Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

1. De plus, les médecins exerçant en centre de santé ne sont pas pris en compte ici, alors que leur présence est particulièrement développée dans l'unité urbaine de Paris. L'Île-de-France est la région, tous médecins et spécialités confondus, où le nombre de médecins pour 100 000 habitants est le plus élevé (Barlet *et al.*, 2012).

Tableau 2 Accessibilité par type de commune

En ETP pour 100 000 habitants, en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Pharmacies
Grands pôles										
Unité urbaine (U.U) de Paris	55	49	9	8	5	13	76	53	4	38
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	81	61	9	7	4	10	98	121	7	39
Communes des couronnes										
Communes urbaines	73	46	4	4	2	4	78	112	5	31
Communes rurales	49	22	4	3	2	3	42	76	4	22
Moyens et petits pôles										
Communes des pôles	82	56	3	3	1	2	78	110	5	40
Communes des couronnes	49	22	2	3	1	2	37	75	4	25
Communes isolées hors influence des pôles	65	28	1	1	1	1	47	91	3	35
Ensemble	**69**	**48**	**7**	**6**	**3**	**8**	**77**	**100**	**6**	**35**

Champ > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.
Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

Encadré 2 Typologie des communes

On distingue ici six types de communes en s'appuyant sur les unités urbaines et le zonage en aire urbaine 2010 construits par l'INSEE.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue trois catégories d'aires urbaines :
> les « grandes aires urbaines », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
> les « moyennes aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
> les « petites aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Ici, nous distinguons, au sein des couronnes périurbaines des grandes aires urbaines, les communes rurales des communes urbaines. Nous regroupons les communes des pôles des « moyennes » et des « petites aires ». Sont également regroupées les communes des couronnes de ces aires : 85 % des habitants de ces couronnes vivent dans une commune rurale. Nous regroupons, par ailleurs, les communes hors influence des pôles : 81 % des habitants de ces communes isolées vivent dans une commune rurale. Enfin, nous isolons l'unité urbaine de Paris.

nombreuses : concernant l'accès aux chirurgiens-dentistes, aux gynécologues ou aux ophtalmologues, un rapport de 6 à 8 sépare les 10 % des habitants les mieux lotis des 10 % des habitants les moins bien lotis. Ce rapport monte à 14 pour les pédiatres et jusqu'à 19 pour les psychiatres (tableau 1).

La situation de l'unité urbaine de Paris est particulière, puisqu'elle se caractérise à la fois par une accessibilité aux médecins généralistes très faible par rapport aux autres grands pôles et par une accessibilité aux spécialistes d'accès direct particulièrement élevée.

La répartition des sages-femmes libérales est relativement similaire à celle des spécialistes en accès direct : elles sont d'autant plus accessibles que l'on se trouve proche d'un pôle et que le pôle est de taille importante (à l'exception toutefois de l'unité urbaine de Paris).

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont, comme les médecins généralistes, très concentrés dans les grands pôles, à l'exception de l'unité urbaine de Paris. Les autres espaces urbains (unité urbaine de Paris, petits et moyens pôles, couronne urbaine des grands pôles) bénéficient d'une accessibilité de l'ordre de la moyenne nationale (77 ETP pour 100 000 habitants), tandis que les couronnes rurales des grands pôles et les communes isolées des pôles urbains sont peu dotées (respectivement 42 et 47 ETP pour 100 000 habitants). Les couronnes des petits et moyens pôles sont les moins bien pourvues, avec 37 ETP pour 100 000 habitants.

À l'exception de l'unité urbaine de Paris, les infirmiers libéraux sont également très concentrés dans les grands pôles urbains où l'accessibilité atteint 121 ETP pour 100 000 habitants. Les couronnes urbaines de ces pôles ainsi que les pôles de moindre taille ont également une accessibilité supérieure à la moyenne (respectivement 112 et 110 ETP pour 100 000 habitants). L'accessibilité aux infirmiers est par ailleurs particulièrement faible dans l'unité urbaine de Paris (53 ETP pour 100 000 habitants). En revanche, la situation des communes isolées hors de l'influence des pôles est relativement favorable : comme pour les médecins généralistes, ces communes ne sont pas, en moyenne, les moins bien dotées ; toutefois, les disparités au sein de cette catégorie sont très importantes. Les infirmiers sont, en outre, très concentrés dans certaines zones localisées, comme le littoral méditerranéen, la Gironde et le littoral breton.

Reflet de la régulation qui régit l'implantation des pharmacies, la dispersion de leur accessibilité est faible (avec un rapport interdécile de 2,8 égal à celui des médecins et inférieur à celui des autres professions étudiées) [tableau 2]. Les pharmacies se concentrent toutefois dans les communes des pôles, où l'accessibilité dépasse 38 pour 100 000[2]. Elles sont nettement moins accessibles dans les communes des couronnes des moyens et petits pôles et dans les communes rurales des couronnes de grands pôles (respectivement 25 et 22 pour 100 000 habitants).

Les grands pôles, excepté Paris, cumulent bonne accessibilité et part relativement élevée de professionnels de secteur 1

Les spécialistes en accès direct se répartissent différemment selon leur secteur de conventionnement. Or ce dernier n'est pas sans lien avec l'accessibilité, les dépassements pouvant constituer un obstacle financier à l'accès aux soins.

Les professionnels conventionnés de secteur 2 sont beaucoup plus concentrés dans les pôles que les professionnels de secteur 1[3]. L'unité urbaine de Paris en est l'exemple le plus caractéristique : l'accessibilité aux gynécologues y est par exemple la plus élevée, mais seul un cinquième de cette accessibilité est lié à des professionnels de secteur 1. Le constat est similaire pour les autres spécialités. La part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 est plus forte dans les autres grands pôles (46 % et 47 % respectivement

2. Notons qu'il ne s'agit pas ici d'équivalents temps plein, aucune notion d'activité n'étant prise en compte pour l'APL aux pharmacies, qui raisonne au niveau d'une officine sans prise en compte du nombre de pharmaciens y travaillant et de leur activité.

3. Les tarifs pratiqués par les professionnels de santé (et le remboursement des soins) dépendent de leur adhésion à la convention passée entre la profession et l'Assurance maladie (voir la fiche 7). Par souci de simplification, sont désignés ici comme « professionnels de secteur 1 » les professionnels conventionnés en secteur 1 sans droit permanent à dépassement d'honoraires, c'est-à-dire proposant des soins aux tarifs conventionnels, et comme « professionnels de secteur 2 » l'ensemble des autres professionnels, susceptibles de facturer leurs soins à un tarif supérieur aux tarifs conventionnels.

Tableau 3 Accessibilité aux spécialistes de secteur 1 par type de commune

En ETP pour 100 000 habitants

	Ophtalmologues		Gynécologues		Pédiatres		Psychiatres	
	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)	APL aux professionnels de secteur 1	Part d'APL liée à des professionnels de secteur 1 (en %)
Grands pôles								
Unité urbaine (U.U) de Paris	1,8	23	1,8	19	2,2	46	5,9	44
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	3,4	46	4,1	47	3,1	71	8,1	79
Communes des couronnes								
Communes urbaines	2,0	47	2,1	48	1,7	75	3,6	79
Communes rurales	1,8	52	2,0	57	1,3	79	2,7	82
Moyens et petits pôles								
Communes des pôles	2,0	59	2,0	69	1,2	85	2,0	86
Communes des couronnes	1,6	61	1,6	71	0,9	90	1,6	89
Communes isolées hors influence des pôles	**0,9**	**61**	**0,9**	**71**	**0,5**	**90**	**0,9**	**89**
Ensemble	**2,4**	**42**	**2,8**	**42**	**2,2**	**67**	**5,4**	**77**

Lecture > L'indicateur d'APL aux ophtalmologues de secteur 1 est de 1,8 ETP pour 100 000 habitants dans l'unite urbaine de Paris. Ainsi, 23 % de l'accessibilité aux ophtalmologues constatée dans l'unite urbaine de Paris est relative à des ophtalmologues conventionnés en secteur 1. Au niveau national, il y a 2,4 équivalents temps plein d'ophtalmologues pour 100 000 habitants. 42 % de cette offre de soins est fournie par des professionnels de secteur 1.
Champ > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.
Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

Tableau 4 Part de la population dont l'accessibilité aux professionnels de santé libéraux est faible selon le niveau d'accessibilité aux médecins généralistes

En ETP pour 100 000 habitants, en nombre de pharmacies pour 100 000 habitants

Accessibilité aux généralistes	Chirurgiens-dentistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Sages-femmes	Ensemble
Faible[1]	86	68	61	72	81	82	65	43	70
Moyenne ou Forte	14	22	17	26	36	12	17	16	4
Ensemble	**20**	**26**	**21**	**30**	**40**	**18**	**21**	**18**	**100**

1. L'accessibilité est considérée faible si elle est inférieure de 50 % ou plus à la densité nationale (encadré 1).
Lecture > 26 % de la population réside dans une commune dont l'accessibilité aux gynécologues est inférieure de 50 % ou plus à la densité nationale. Cette part s'élève à 68 % dans les communes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes.
Champ > Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière hors Mayotte.
Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, population municipale 2011, INSEE.

pour les ophtalmologues et gynécologues, plus de 70 % pour les pédiatres et psychiatres), et elle est encore plus élevée dans les petits et moyens pôles ainsi que dans les communes isolées (tableau 3). Ainsi, plus on s'éloigne des pôles et plus les pôles sont petits, plus l'accessibilité aux spécialistes est faible, et plus cette dernière correspond à des professionnels de secteur 1.

L'APL aux spécialistes de secteur 1 dans l'unité urbaine de Paris est équivalente à celle des petits et moyens pôles ainsi qu'à celle des couronnes des grands pôles (autour de 2 ETP pour 100 000 habitants) : c'est essentiellement l'offre de secteur 2 qui assure à l'unité urbaine de Paris une bonne accessibilité aux soins spécialisés en accès direct. Les autres grands pôles, en revanche, profitent d'une situation particulièrement favorable, avec des niveaux d'accessibilité aux spécialistes similaires à ceux du pôle parisien, tout en affichant des parts relativement importantes de soins facturés aux tarifs conventionnels.

Un cumul des déficits dans les espaces ruraux

Les zones de vigilance sont ici définies comme celles pour lesquelles l'accessibilité, mesurée par l'APL, est inférieure à 50 % de la densité nationale. Pour les définir, il est nécessaire de fixer un seuil en dessous duquel l'accessibilité est considérée comme faible, seuil nécessairement arbitraire. Toutefois, les résultats présentés ici sont très proches en retenant un seuil à 40 % ou à 60 % de la densité nationale.

Les zones de vigilance étant définies pour une profession de santé donnée, la question se pose de l'éventuel cumul de faibles niveaux d'accessibilité relatifs à plusieurs professions dans les mêmes zones.

Or, l'analyse montre que les difficultés d'accessibilité sont pour une large part cumulatives. Ainsi, les zones peu dotées en médecins généralistes sont également peu pourvues en spécialistes en accès direct (tableau 4). Selon la spécialité, c'est 60 % à 80 % de la population dont l'accessibilité aux médecins généralistes est faible qui a également une faible accessibilité aux spécialistes en accès direct.

Ainsi, 7 % de la population cumule une accessibilité faible aux médecins généralistes et à au moins deux spécialistes en accès direct. Cette population réside quasi exclusivement (à plus de 90 %) hors des pôles : 46 % de ces personnes résident dans des communes rurales des périphéries des grands pôles, 27 % dans les couronnes des petits et moyens pôles, et 18 % dans les communes isolées hors de l'influence des pôles. Enfin, 4 % de la population cumule une accessibilité faible aux généralistes et aux quatre spécialistes en accès direct.

De la même manière qu'entre médecins généralistes et spécialistes en accès direct, certaines substitutions dans la prise en charge des soins sont envisageables entre médecins généralistes et infirmiers. La présence d'infirmiers pourrait donc, dans certains cas, atténuer la faible accessibilité aux médecins généralistes. Cette substitution est toutefois rarement possible, dans la mesure où, ici aussi, les territoires cumulent les faibles niveaux d'accessibilité : parmi les personnes ayant une faible accessibilité aux médecins généralistes, deux sur trois l'ont également envers les infirmiers.

Le constat est légèrement différent concernant la répartition des gynécologues et des sages-femmes libérales. En effet, 56 % des personnes ayant une faible accessibilité aux gynécologues ont une accessibilité aux sages-femmes moyenne ou élevée.

L'exercice de groupe pluridisciplinaire, une voie d'amélioration ?

La colocalisation des professionnels de santé peut être une opportunité pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les zones les plus déficitaires, l'exercice de groupe étant attractif pour les jeunes professionnels et notamment les médecins (Fournier *et al.*, 2014). L'évaluation menée par l'IRDES (Chevillard *et al.*, 2013) a montré que les logiques d'implantation des maisons, pôles et centres de santé vont dans le sens d'un maintien de l'offre de soins dans les zones les moins dotées. Les trois quarts des maisons et pôles de santé sont situés dans des espaces à dominante rurale. Au sein de ces espaces, ces structures sont surtout situées dans des bassins de vie défavorisés en termes socio-économiques et sanitaires.

En outre, en comparant l'évolution de la densité médicale des espaces défavorisés avec et sans maison ou pôle de santé entre 2008 et 2011, on constate que les espaces dotés d'une telle structure connaissent une évolution plus favorable que les espaces qui n'en sont pas dotés, aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines. ■

Pour en savoir plus

- **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.**, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Document de travail*, série Études et Recherches, DREES, n° 124, décembre.
- **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.**, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 795, mars.
- **Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D.**, 2012, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Études et Résultats*, DREES, n° 817, octobre.
- **Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y.**, 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 190, septembre.
- **Collin C., Evain F., Mikol F., Minodier C.**, 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes », *Études et Résultats*, DREES, n° 816, octobre.
- **Fournier C., Frattini M.- O., Naiditch M., avec la contribution de Durand G.**, 2014, Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé, *Rapport*, IRDES, n° 557, septembre.
- **Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M.**, 2016, « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », *Document de travail*, IRDES, n° 70, février.
- **Vergier N.**, 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

Les revenus

07 Les revenus des médecins libéraux

La DREES recueille tous les trois ans les données relatives aux revenus complets des médecins exerçant en libéral, à travers les déclarations d'imposition sur le revenu appariées aux données de l'Assurance maladie. Ces données disponibles pour les années 2005, 2008 et 2011 permettent d'étudier la disparité des revenus des médecins et leur évolution selon la spécialité ou le secteur de conventionnement. Grâce à la richesse des informations sociodémographiques d'origine fiscale recueillies, elles permettent également d'étudier les différences de pratiques entre les générations ou encore les déterminants des évolutions de revenus en début de carrière. Une source complémentaire, exploitée pour les années 2012 et 2013, permet par ailleurs de connaître l'évolution de la partie libérale des revenus de ces médecins (encadré 1).

Le revenu d'activité des médecins libéraux en 2011, des disparités importantes selon la spécialité et le secteur de conventionnement

Le revenu d'activité annuel global d'un médecin s'élève en moyenne, en 2011, à 106 000 euros (tableau 1) [Pla, 2014]. Cette moyenne masque des disparités importantes selon la spécialité exercée. Les anesthésistes et les radiologues, avec plus de 189 000 euros déclarés en moyenne en 2011, ont des revenus deux fois plus élevés que les dermatologues, les pédiatres ou les psychiatres, spécialités situées au bas de l'échelle des revenus, à un niveau proche de celui des omnipraticiens[1]. Chirurgie et ophtalmologie (respectivement 177 000 et 160 000 euros) sont les deux autres spécialités procurant les revenus d'activité les plus élevés en moyenne.

Encadré 1 Sources, champ et méthode

Sources

Les revenus des médecins libéraux sont calculés tous les trois ans à partir d'une source exhaustive (INSEE-CNAMTS-DGFiP) associant à chaque médecin libéral des données relatives à son activité (fournies par la CNAMTS) et des données relatives à ses différents types de revenus (issues de la déclaration d'imposition sur le revenu et fournies par la DGFiP). On dispose ainsi à la fois, pour chaque médecin exerçant une activité libérale, de son revenu libéral et de son éventuel revenu salarié, et donc de son revenu d'activité total. Cet appariement est disponible pour les années 2005, 2008 et 2011, et le sera début 2017 pour l'année 2014.

Pour faire évoluer les revenus des médecins libéraux entre les années où ils sont disponibles, la DREES dispose d'une source annuelle d'informations sur les revenus : le fichier construit par la CARMF à partir des déclarations de revenus des médecins nécessaires au calcul de leurs cotisations sociales. Ce fichier, exhaustif, comprend des informations sur les bénéfices non commerciaux, comme sur les dividendes et rémunérations de gérance[1] ; il ne couvre toutefois que les revenus libéraux et ne présente pas de données sur les ressources tirées d'une éventuelle activité salariée. Il est apparié à des données de la CNAMTS permettant de caractériser l'activité du médecin (honoraires, spécialité, secteur de conventionnement).

Les données sur les charges professionnelles proviennent des statistiques fiscales de la DGFiP. Celles-ci concernent les médecins, conventionnés ou non, ayant rempli une déclaration contrôlée des bénéfices non commerciaux (BNC 2035). Les médecins exerçant en société d'exercice libérale (SEL) en sont donc exclus.

•••

1. Médecins généralistes y compris ceux qui ont un mode d'exercice particulier (acupuncteurs ou homéopathes, par exemple).

Dans les charges professionnelles sont comptabilisés l'ensemble des dépenses professionnelles (loyers, location de matériel, dépenses de personnel, frais de transport…), les impôts et taxes professionnelles, les cotisations sociales personnelles du praticien et les dotations aux amortissements. Pour calculer le taux de charge, ces charges professionnelles sont rapportées aux honoraires nets (honoraires hors débours et rétrocessions d'honoraires).

Champ

Le champ de l'étude couvre tous les médecins conventionnés exerçant en France métropolitaine, âgés de moins de 70 ans l'année d'observation, ayant perçu au moins un euro d'honoraires et étant actifs le 31 décembre de l'année. Sont exclus les médecins ayant débuté leur activité libérale l'année d'observation et ceux ayant déclaré des revenus libéraux nuls. Les remplaçants sont absents de ces données. Le regroupement « Autres médecins » rassemble les spécialités à faible effectif libéral : médecine interne, médecine physique et de réadaptation, neurologie, gériatrie, néphrologie, anatomo-cyto-pathologie, endocrinologie, hématologie et oncologie médicale.

Méthode

Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus, une fois les charges déduites. Pour les médecins exerçant en nom propre, il est déclaré à l'impôt sur le revenu en tant que bénéfice non commercial (BNC), tandis que pour ceux exerçant en société soumise à l'impôt sur les sociétés, comme les sociétés d'exercice libéral (SEL), il est déclaré en tant que rémunérations de gérance et dividendes versés par la société. À partir de ces éléments présents ou reconstitués dans les données de l'appariement INSEE-CNAMTS-DGFiP, la DREES recalcule un revenu libéral homogène pour tous les médecins, quel que soit le cadre juridique dans lequel ils exercent. À ce revenu libéral peut s'ajouter éventuellement un revenu salarié. La somme de ces deux revenus constitue le revenu d'activité global du médecin.

En revanche, dans le fichier CARMF, seul le revenu libéral est mentionné. Il est directement disponible, quel que soit le statut juridique du médecin. Le seul retraitement effectué concerne les médecins (2,4 % d'entre eux en 2011) qui ne renvoient pas leur déclaration fiscale à la CARMF. Ils sont alors taxés d'office : la cotisation maximale leur est appliquée. La DREES leur attribue un revenu libéral correspondant au revenu moyen déclaré par les médecins proches du non-déclarant (même spécialité, même secteur de conventionnement, même tranche d'honoraires déclarés à la CNAMTS).

Pour les années où l'appariement INSEE-CNAMTS-DGFiP est disponible (2005, 2008 et 2011), le revenu publié est le revenu déclaré dans l'appariement. Pour les années 2012 et 2013, le revenu libéral est provisoire : il a été estimé en faisant évoluer le revenu 2011 moyen par spécialité estimé dans l'appariement par des évolutions 2011-2012 et 2012-2013 calculées à partir du fichier CARMF sur les revenus moyens par spécialité. Lorsque le prochain appariement INSEE-CNAMTS-DGFiP relatif à l'année 2014 sera disponible, début 2017, ces revenus seront susceptibles d'être révisés.

1. Les statistiques publiées annuellement par la CARMF ne concernent que les bénéfices non commerciaux. Elles diffèrent en cela des chiffres calculés par la DREES.

Le revenu d'activité varie également en fonction du secteur de conventionnement. La part des médecins exerçant en secteur 2 est très variable d'une spécialité à l'autre : si 10 % des omnipraticiens ont fait ce choix, c'est le cas de 41 % des spécialistes, et notamment de 79 % des chirurgiens (encadré 2). Les omnipraticiens en secteur 2 déclarent des revenus inférieurs à leurs confrères en secteur 1, en raison d'une activité moindre. En revanche, les médecins spécialistes installés en secteur 2 déclarent en moyenne des revenus 15 % supérieurs à ceux de leurs confrères en secteur 1. Cet écart atteint même 48 % pour les ophtalmologues, 40 % pour les gynécologues et 32 % pour les anesthésistes. Quelques spécialités qui se distinguent par des taux d'installation en secteur 2 parmi les plus faibles (cardiologues et pneumologues

notamment) présentent cependant des revenus plus élevés en moyenne en secteur 1 qu'en secteur 2. Pour la plupart des spécialités, l'activité réalisée par les libéraux en secteur 1 est plus importante que celle de leurs confrères de secteur 2. En 2011, les spécialistes de secteur 2 ont ainsi réalisé 30 % d'actes en moins par rapport à leurs collègues de secteur 1, mais avec un prix moyen[2] de l'acte nettement plus élevé (71 euros contre 45 euros en secteur 1).

Le taux moyen de dépassements[3] par médecin de secteur 2 a diminué de 1,6 point entre 2011 et 2014 (tableau 2). Il décroît dans la quasi-totalité des spécialités, particulièrement depuis 2012, en lien avec la mise en place des contrats d'accès aux soins (encadré 2).

Parallèlement à leur activité libérale, une part importante des médecins exercent une activité salariée complémentaire, que ce soit par exemple à l'hôpital, dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) ou dans un centre de santé. Ainsi, en 2011, 27 % des généralistes et 44 % des spécialistes ont perçu un revenu salarié en sus de leur revenu libéral[4]. Toutefois, celui-ci reste peu élevé comparativement au revenu libéral, puisqu'il ne représente en moyenne qu'un dixième environ du revenu libéral. Ce complément salarial s'élève en moyenne à 3 900 euros par an

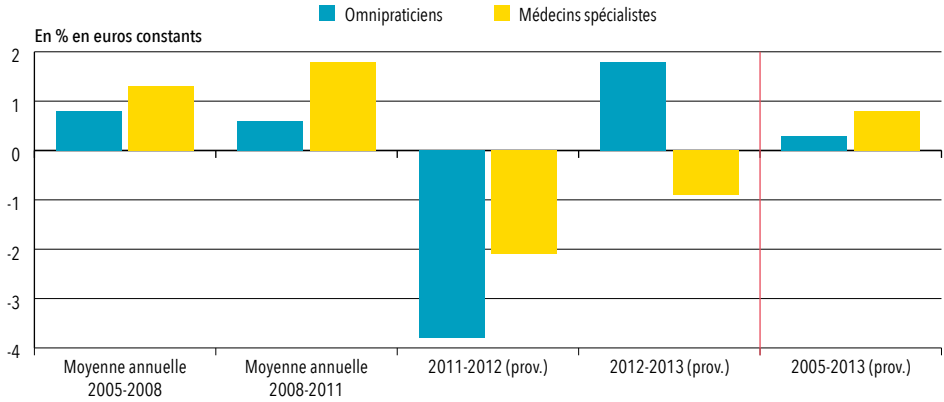
Tableau 1 Le revenu d'activité des médecins libéraux en 2011

	Revenu d'activité (en euros)			dont revenu libéral (en %)			Effectifs	Part du secteur 2 (en %)	Activité salariée (en %)
	Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2			
Omnipraticiens	**82 020**	**83 120**	**72 520**	**95,3**	**95,5**	**93,6**	**57 493**	**10,6**	**27,2**
Anesthésistes	189 660	170 660	224 500	96,5	95,7	97,6	3 173	35,7	15,8
Cardiologues	143 550	143 800	142 500	86,7	86,6	87,3	4 200	19,2	54,0
Chirurgiens	176 840	152 310	183 370	85,3	68,0	89,1	5 972	79,2	45,7
Dermatologues	86 230	80 910	93 800	94,3	96,1	92,0	3 094	41,9	35,0
Gastro-entérologues	125 770	121 270	132 960	86,8	85,0	89,3	2 018	38,9	54,9
Gynécologues	104 630	85 830	119 790	84,5	80,6	86,7	5 160	56,0	43,3
Ophtalmologues	159 810	126 210	187 250	95,3	96,1	94,9	4 438	55,6	36,6
Oto-rhino-laryngologistes	118 700	111 720	123 810	84,5	84,0	84,9	2 122	57,5	61,0
Pédiatres	86 160	81 020	96 270	86,5	85,8	87,8	2 499	33,7	52,7
Pneumologues	109 990	111 760	101 670	84,0	84,5	81,7	1 100	18,1	61,1
Psychiatres et neuropsychiatres	84 470	83 300	87 350	82,5	82,6	82,2	5 880	29,6	48,3
Radiologues	189 770	186 250	212 980	91,0	90,8	92,1	5 658	13,4	32,9
Rhumatologues	94 830	91 320	99 100	89,3	92,4	85,9	1 752	45,6	50,7
Stomatologues	141 570	129 320	157 890	92,6	93,1	92,1	952	43,5	36,9
Autres spécialistes	113 310	119 320	101 630	83,3	85,3	78,9	4 134	31,0	54,4
Ensemble des spécialistes	**133 460**	**125 060**	**145 610**	**88,6**	**87,8**	**89,5**	**52 152**	**41,0**	**44,1**
Ensemble des médecins	**106 140**	**98 560**	**129 260**	**91,3**	**91,9**	**90,0**	**109 645**	**25,1**	**35,1**

Champ > France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral.
Sources > CNAMTS (Effectifs et part du secteur 2), INSEE-DGFiP-CNAMTS, exploitation DREES (Revenus et activité salariée).

2. Le prix moyen de l'acte est calculé en rapportant les honoraires moyens des médecins au nombre moyen d'actes.
3. Le taux moyen de dépassements est calculé comme le ratio entre le montant total annuel des dépassements et le montant total annuel des honoraires hors dépassements.
4. La source ne permet pas de savoir, avec certitude, si ce revenu salarié est lié à une activité médicale ou pas.

Graphique Évolution annuelle du revenu libéral des médecins



Prov : provisoire.
Champ > France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral.
Sources > INSEE-DGFiP-CNAMTS, exploitation DREES pour 2005, 2008 et 2011 et fichiers CARMF pour 2012 et 2013.

Tableau 2 Taux de dépassement moyen des médecins de secteur 2

En %

	2011	2012	2013	2014
Omnipraticiens*	**43,0**	**43,6**	**42,3**	**40,8**
Anesthésistes	50,4	50,6	50,7	50,5
Cardiologues	22,7	22,9	23,1	22,7
Chirurgiens	59,2	59,9	59,8	60,4
Dermatologues	68,5	67,2	64,6	64,1
Gastro-entérologues	32,3	32,5	33,4	33,0
Gynécologues	79,0	78,5	76,8	73,9
Ophtalmologues	35,1	35,4	36,4	35,8
Oto-rhino-laryngologistes	49,7	49,8	49,6	49,1
Pédiatres	65,9	67,3	66,7	62,1
Pneumologues	28,1	28,7	28,9	27,7
Psychiatres et neuropsychiatres	52,5	52,5	52,5	50,6
Radiologues	60,9	60,4	59,0	57,8
Rhumatologues	82,5	77,5	75,3	72,0
Stomatologues	97,2	95,3	93,0	90,7
Autres spécialistes	46,9	45,9	44,0	39,7
Ensemble des spécialistes	**56,1**	**55,9**	**55,3**	**54,2**
Ensemble des médecins	**54,3**	**54,3**	**53,7**	**52,7**

* L'accès des omnipraticiens au secteur 2 est très restreint depuis 1990 (encadré 2), si bien que leur taux de dépassement est calculé sur des effectifs limités.
Note > Le taux moyen de dépassement est calculé comme le ratio entre le montant total annuel des dépassements et le montant total annuel des honoraires hors dépassements.
Champ > France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral.
Source > CNAMTS.

pour les généralistes et à 15 300 euros pour les spécialistes. La dispersion des revenus des médecins est importante entre spécialités, mais aussi à l'intérieur d'une même spécialité. Les 10 % des généralistes les mieux rémunérés ont perçu en moyenne des revenus 7,4 fois plus élevés que les 10 % les moins bien rémunérés. Cet écart s'élève à 10,8 et 11,8 pour les spécialistes de secteur 1 et 2 respectivement.

Le revenu libéral augmente en euros constants de 0,6 % par an en moyenne entre 2005 et 2013

Entre 2005 et 2011, les revenus libéraux ont progressé dans la plupart des spécialités : en moyenne annuelle, le gain de pouvoir d'achat a été de 1,0 % entre 2005 et 2008 et 1,4 % entre 2008 et 2011, en euros constants[5]. Un repli a été observé, en revanche, entre 2011 et 2012 (-2,7 %). Les médecins exerçant une activité libérale en 2012 ont perçu, à ce titre, en moyenne un revenu de 96 000 euros. Toutefois, dès 2013, les revenus libéraux augmentent à nouveau (de 0,3 %) [tableau 3] pour atteindre 97 200 euros.

Entre 2005 et 2013, les revenus libéraux ont davantage progressé, en moyenne, pour les spécialistes que pour les généralistes, avec une hausse des revenus libéraux plus marquée entre 2005 et 2011 pour les premiers que pour les seconds, et une baisse moins sensible entre 2011 et 2012 (graphique). L'année 2013 fait toutefois figure d'exception : les omnipraticiens ont perçu 78 700 euros de revenu libéral (soit une hausse de 1,8 % en euros constants par rapport à 2012) et les spécialistes 117 900 euros (-0,9 %).

Encadré 2 L'activité libérale : une rémunération à l'acte qui dépend du secteur de conventionnement

L'activité libérale des médecins est en grande partie rémunérée à l'acte, le tarif des actes étant différencié selon leur nature (consultation, visite, ou acte technique). En secteur 1, les prix sont fixés au tarif conventionnel. Les médecins ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires, ou seulement dans des circonstances très particulières (lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonné par exemple). Les médecins conventionnés à honoraires libres en secteur 2[1] ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs opposables, avec « tact et mesure ». Pour les médecins de secteur 1, en contrepartie des tarifs fixés, l'Assurance maladie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales.

Le secteur 2 a été créé par la convention nationale de 1980 et est resté en accès libre jusqu'en 1990, date à laquelle son accès a été restreint aux seuls anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux, le choix se faisant de façon irréversible au moment de l'installation du médecin. Depuis, cette contrainte a très fortement limité l'accès à ce secteur aux médecins généralistes, dont une part marginale s'installe chaque année en secteur 2. Les spécialistes sont, en revanche, d'année en année de plus en plus nombreux à faire ce choix (Bellamy et Samson, 2011).

En décembre 2012, a été mis en place le contrat d'accès aux soins par l'avenant n° 8 à la convention médicale. Il prévoit un engagement du médecin à maintenir son taux moyen de dépassement d'honoraires observé en 2012 et la part de ses actes réalisés à tarif opposable – c'est-à-dire sans dépassement –, en échange de la prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales.

1. Par « secteur 2 », on désigne ici à la fois les médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 titulaires d'un droit au dépassement permanent (cette possibilité a cependant été supprimée lors de la convention de 1980 : ces derniers sont donc peu nombreux).

5. Les revenus sont dits en euros courants lorsqu'ils sont exprimés en monnaie de l'année. La conversion en euros constants consiste à neutraliser l'effet de l'inflation en utilisant l'indice des prix à la consommation de l'INSEE ; il s'agit de faire « comme si les prix n'avaient pas varié ». L'inflation s'est élevée à +2,1 % en 2011 et à +1,9 % en 2012.

Les évolutions récentes s'expliquent par les mesures tarifaires et la hausse des cotisations sociales

Entre 2005 et 2011, les revalorisations successives du tarif de la consultation des médecins généralistes passé de 20 euros en 2005 à 23 euros en 2011, soit une hausse plus importante que l'inflation[6], ont permis la hausse générale des revenus libéraux observée durant cette période. De façon concomitante, l'adoption de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques s'est notamment traduite par la revalorisation de certains actes de l'ensemble des spécialités, à l'exception de la radiologie.

Concernant les évolutions récentes, la principale contribution à l'amélioration des revenus des généralistes entre 2012 et 2013 provient du versement de la

Tableau 3 Le revenu libéral des médecins entre 2005 et 2013

Niveau en euros et évolution en %

Spécialités	2005	2008	2011	2012 (prov.)	2013 (prov.)	Moyenne annuelle 2005-2008*	Moyenne annuelle 2008-2011*	2011-2012* (prov.)	2012-2013* (prov.)	Moyenne annuelle 2005-2013 (prov.)
Omnipraticiens	**68 100**	**74 000**	**78 200**	**76 700**	**78 700**	**0,8**	**0,6**	**-3,8**	**1,8**	**0,3**
Anesthésistes	139 600	166 200	183 000	181 300	179 100	3,9	2,0	-2,8	-2,1	1,6
Cardiologues	104 000	112 500	124 500	123 300	123 200	0,6	2,2	-2,8	-0,9	0,6
Chirurgiens	126 200	137 800	150 800	148 500	143 100	0,9	1,8	-3,4	-4,5	0,0
Dermatologues	67 500	73 500	81 300	81 300	80 000	0,9	2,2	-1,9	-2,4	0,6
Gastro-entérologues	86 000	101 700	109 100	110 600	110 400	3,7	1,1	-0,6	-1,0	1,6
Gynécologues	79 900	84 900	88 400	87 500	90 300	0,1	0,1	-2,9	2,3	0,0
Ophtalmologues	118 600	134 300	152 300	153 000	153 000	2,2	3,0	-1,5	-0,8	1,7
Oto-rhino-laryngologistes	80 600	91 300	100 400	99 300	97 400	2,1	2,0	-3,0	-2,7	0,8
Pédiatres	67 900	71 100	74 600	73 500	72 100	-0,4	0,3	-3,3	-2,7	-0,8
Pneumologues	71 700	81 100	92 400	94 800	95 300	2,2	3,2	0,6	-0,3	2,0
Psychiatres et neuropsychiatres	65 600	67 400	69 700	71 100	71 200	-1,1	0,0	0,0	-0,7	-0,5
Radiologues	154 100	161 200	172 800	171 700	174 500	-0,5	1,1	-2,5	0,7	0,0
Rhumatologues	69 700	80 300	84 700	82 700	82 300	2,7	0,6	-4,2	-1,3	0,5
Stomatologues	112 500	120 800	131 100	128 800	127 200	0,4	1,5	-3,6	-2,1	0,0
Autres spécialistes	75 300	84 200	92 800	93 300	95 500	1,8	2,0	-1,3	1,5	1,4
Ensemble des spécialistes	**97 900**	**108 000**	**118 200**	**117 900**	**117 900**	**1,3**	**1,8**	**-2,1**	**-0,9**	**0,8**
Ensemble des médecins	**81 800**	**89 500**	**96 900**	**96 000**	**97 200**	**1,0**	**1,4**	**-2,7**	**0,3**	**0,6**

* Ces évolutions sont calculées en euros constants.

Champ > France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral. Ce champ n'était pas exactement le même dans les premières publications portant sur les données 2005 et 2008, ce qui explique des différences avec les chiffres qui en sont issus.

Sources > INSEE-DGFiP-CNAMTS, exploitation DREES pour 2005, 2008 et 2011 et fichiers CARMF pour 2012 et 2013.

6. 20 euros en 2005 sont équivalents à 22 euros en 2011, une fois l'inflation prise en compte.

rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) [encadré 3], effectué pour la première fois au printemps 2013, au titre de l'année 2012. Distribuée plus largement que l'ancien contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et atteignant des niveaux de prime moyens par médecin concerné plus élevés, elle contribue largement au rebond mesuré entre 2012 et 2013 pour les omnipraticiens. Elle compense ainsi la stabilité du tarif de la consultation à 23 euros depuis le 1er janvier 2011.

Entre 2011 et 2012, les honoraires des omnipraticiens et des spécialistes (qui correspondent aux consultations et actes pratiqués et aux forfaits versés par l'Assurance maladie) sont restés stables. Entre 2012 et 2013, la hausse des honoraires des omnipraticiens a été entièrement portée par la mise en place de la ROSP et les nouveaux forfaits et revalorisations issus de l'avenant 8 à la convention médicale (forfait médecin traitant et majoration pour personnes âgées), tandis que celle des honoraires des spécialistes est liée à la fois à une progression de l'activité et à celle des dépassements. Le revenu libéral ne suit pas entre 2012 et 2013 cette augmentation des honoraires, en raison de la hausse du taux de charge (de 0,5 point pour les généralistes et 0,8 point pour les spécialistes) [tableau 4], qui provient essentiellement d'une hausse des cotisations sociales payées par les médecins. Plus marquée dans certaines spécialités comme la chirurgie (+1,6 point), elle y explique en grande partie une baisse plus importante des revenus (-4,5 %).

Diverses mesures ont relevé, en effet, pour 2013 le niveau des cotisations sociales : déplafonnement et hausse à 6,5 % de la cotisation d'Assurance maladie pour les affiliés au Régime social des indépendants, hausse des taux de cotisation pour la retraite de base, pour l'assurance vieillesse complémentaire et hausse du taux de la cotisation d'ajustement du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV).

Des revenus libéraux comparables aux salaires des 10 % des cadres les mieux rémunérés

Parmi les revenus des professionnels libéraux titulaires ou dirigeants, ceux des médecins se situent en bonne place – avec un revenu libéral net mensuel

Tableau 4 Taux de charge des médecins

En %

Spécialités	2011	2012	2013
Omnipraticiens	**43,2**	**44,2**	**44,7**
Anesthésistes	26,8	27,9	29,2
Cardiologues	41,9	42,7	43,7
Chirurgiens	44,3	45,4	47,0
Dermatologues	52,3	53,4	54,8
Gastro-entérologues	43,9	44,3	44,6
Gynécologues	50,4	52,0	52,2
Ophtalmologues	46,6	48,0	49,3
Oto-rhino-laryngologistes	48,5	49,4	50,4
Pédiatres	46,3	47,1	48,2
Pneumologues	45,7	45,8	46,9
Psychiatres et neuropsychiatres	44,1	44,1	44,8
Radiologues	53,7	54,7	54,4
Rhumatologues	49,2	50,3	51,4
Stomatologues	56,3	57,3	56,9
Ensemble des spécialités étudiées*	**46,3**	**47,2**	**48,0**
Ensemble des médecins étudiés*	**44,8**	**45,8**	**46,4**

* Toutes les spécialités ne sont pas disponibles dans la source utilisée ici.

Champ > France métropolitaine, ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année et ayant rempli une déclaration des bénéfices non commerciaux (BNC). Les médecins installés en société d'exercice libéral, soit 2,2 % des généralistes et 13,3 % des spécialistes en 2013 d'après la CARMF, sont donc hors champ.

Source > Fichiers BNC 2035 (DGFiP-INSEE), exploitation DREES.

médian à 7 200 euros en 2010 pour les médecins spécialistes[7] –, mais ceux-ci sont toutefois largement dépassés par certaines professions réglementées du droit, comme les greffiers de tribunal de commerce, mandataires judiciaires ou administrateurs judiciaires, qui ont déclaré en 2010 des revenus mensuels médians supérieurs à 25 000 euros (Inspection générale des finances, 2012). Les notaires (13 300 euros), les pharmaciens biologistes dirigeant un laboratoire d'analyses médicales (10 600 euros) et les pharmaciens (7 700 euros) ont également déclaré un revenu médian supérieur à celui des médecins spécialistes. Enfin, les revenus des chirurgiens-dentistes (6 900 euros) et des huissiers de justice (6 300 euros) se situent juste au-dessus de ceux des médecins généralistes (5 700 euros). Excepté ces quelques professions libérales, le niveau de rémunération des médecins est proche ou supérieur à celui de la moyenne de la plupart des autres professions libérales (Attal-Toubert et Legendre, 2007). Il est en revanche bien supérieur à la moyenne des cadres salariés.

En effet, parmi les cadres du secteur privé, la position des médecins, généralistes et spécialistes, est comparable à celle des 10 % des cadres les mieux rémunérés, qui ont perçu en 2011 un salaire net supérieur à 74 000 euros (INSEE, 2014). Cette proximité n'est pas nouvelle et vaut également si l'on

Encadré 3 Principales mesures tarifaires ayant eu des effets sur les revenus des médecins

Les tarifs des consultations et visites des omnipraticiens sont passés de 20 euros en 2002 à 23 euros depuis le 1er janvier 2011. Les revalorisations intermédiaires datent d'août 2006 (passage à 21 euros) et de juillet 2007 (passage à 22 euros). Au cours des dix dernières années, les rémunérations forfaitaires se sont multipliées.

Le 1er juillet 2005 sont entrés en vigueur le parcours de soins coordonnés et la notion de médecin traitant. Un médecin traitant chargé du suivi d'un patient en affection longue durée (ALD) bénéficie d'une rémunération annuelle de 40 euros par patient.

En 2009, le forfait CAPI est mis en place pour les médecins traitants. Souscrit pour une durée de trois ans, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) leur procurait une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique. En 2011, 16 000 médecins adhéraient au CAPI et la prime annuelle moyenne s'élevait à environ 3 000 euros.

Ce dispositif a été remplacé le 1er janvier 2012 par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ouverte à tous les médecins. Il s'agit également d'une rémunération à la performance fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. La ROSP 2013 versée début 2014 s'élevait en moyenne à 4 000 euros pour les 85 000 médecins concernés : 5 500 euros pour les omnipraticiens (médecins généralistes et médecins à exercice particulier [MEP]) et 1 100 euros pour les spécialistes (source CNAMTS).

Le 1er juillet 2013 ont été mis en place le forfait médecin traitant – rémunération annuelle de 5 euros par patient âgé de 16 ans ou plus – et une nouvelle majoration pour personne âgée (MPA), pour les médecins de secteur 1 – rémunération de 5 euros par consultation d'un patient de 85 ans ou plus.

Les rémunérations de garde ou d'astreinte sont également intégrées dans les forfaits : en 2008, la permanence de soins a été élargie aux samedis après-midi et aux « ponts ».

Enfin, pour les actes techniques, une nouvelle codification a été mise en place depuis 2005 : la classification commune des actes médicaux (CCAM). La revalorisation des tarifs s'est échelonnée depuis, avec pour principe général que le nouveau tarif ne peut être inférieur au tarif antérieur – à l'exception de certains forfaits, notamment en radiologie, qui ont été revus à la baisse ou pour lesquels une tarification dégressive a été adoptée.

7. Les revenus concernent la composante libérale des revenus des médecins établis en nom propre calculés à partir de leurs déclarations de bénéfices non commerciaux (BNC).

considère les revenus actualisés sur l'ensemble de la carrière. Des travaux sur données longitudinales de 1990 à 2004 ont établi que médecins généralistes libéraux et cadres supérieurs salariés perçoivent des rémunérations nettes comparables sur leur carrière (Dormont et Samson, 2011).

En termes d'évolution, les médecins sont toutefois mieux lotis dans la période récente, puisque entre 2008 et 2011, alors que leurs revenus d'activité progressaient de 1,3 % par an en moyenne en euros constants (Pla, 2014), le seuil délimitant les revenus des 10 % des cadres du secteur privé les mieux rémunérés a diminué de 0,6 % par an, traduisant la mauvaise conjoncture du marché du travail durant cette période et la stagnation des salaires des cadres.

Les jeunes médecins libéraux : plus de femmes, plus de spécialistes et une activité plus souvent mixte

Les profils et les comportements des jeunes médecins – ici définis comme les médecins installés en libéral depuis moins de cinq ans –, diffèrent de ceux de leurs aînés. Ils sont âgés en moyenne de 41 ans, contre 54 ans pour l'ensemble des médecins libéraux. La profession se féminise et parmi les jeunes généralistes, les femmes sont majoritaires depuis 2011 (Mikol et Pla, 2011). Les jeunes médecins exercent plus fréquemment que leurs aînés une activité salariée en plus de leur activité libérale. La répartition entre spécialités se modifie : les jeunes sont plus souvent chirurgiens ou anesthésistes et moins souvent généralistes que leurs aînés. De plus, les jeunes spécialistes sont beaucoup plus fréquemment installés en secteur 2 : c'est le cas de 59 % d'entre eux, contre 41 % en moyenne.

En moyenne, les jeunes médecins touchent des revenus supérieurs à ceux de leurs aînés (108 500 euros en moyenne contre 106 000 euros, en 2011), ce qui traduit l'importance des différences de structure évoquées précédemment. En effet, lorsque l'on raisonne à spécialité et secteur de conventionnement donnés, les revenus des jeunes médecins sont, à l'inverse, dans la plupart des cas, plus faibles que ceux de leurs aînés, traduisant un effet positif de l'ancienneté : moins de cinq après leur installation, ils n'ont pas encore constitué l'ensemble de leur patientèle. L'écart le plus important est celui qui concerne les omnipraticiens (-15 %). Il est en partie lié à la proportion croissante de femmes (53 % des jeunes généralistes contre 29 % de l'ensemble), qui réalisent en moyenne 25 % d'actes de moins que les hommes[8] dans la profession : l'écart se réduit si la comparaison est restreinte aux hommes (5 % d'écart entre jeunes et anciens omnipraticiens) ou aux femmes (9 %).

La situation financière des jeunes médecins s'améliore : les revenus d'activité des jeunes médecins installés en 2011 sont nettement plus élevés que ceux des jeunes médecins installés en 2005. Le surcroît est de 2 % pour les généralistes et de 11 % pour les spécialistes, en euros constants. Les deux facteurs principaux de cette hausse sont l'augmentation des revenus salariaux, d'une part et, d'autre part, l'augmentation du tarif moyen des actes médicaux qui joue à la hausse sur les revenus libéraux au cours de la période.

Les trajectoires des jeunes médecins, étudiées à partir des parcours de ceux qui se sont installés en 2005, se caractérisent par une importante progression moyenne du revenu, de +2,8 % par an en moyenne entre 2005 et 2011, en euros constants (+2,5 % pour les omnipraticiens et +3,0 % pour les spécialistes) [Pla et Zaytseva, à paraître]. Cette évolution très dynamique s'explique par la progression du revenu libéral. Cette moyenne cache toutefois de grandes disparités : 30 % environ des jeunes médecins ont subi une baisse de leurs revenus au cours de cette période. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hétérogénéité. Toutes choses observables égales par ailleurs, les revenus des femmes médecins évoluent moins favorablement que ceux de leurs confrères masculins. La localisation joue également : en tenant compte des caractéristiques inobservées des médecins, qui peuvent être corrélées avec leurs choix de localisation, une densité médicale locale plus élevée semble exercer un effet significatif à la baisse sur le revenu du médecin. ■

8. Notons que cette différence en termes de nombre d'actes ne se traduit pas par une différence de temps de travail équivalente, les femmes consacrant en moyenne un temps supérieur à chaque consultation (fiche 18).

Pour en savoir plus

- **Assurance maladie**, Données statistiques disponibles sur www.ameli.fr/l-assurance-maladie, rubrique Statistiques et Publications, sous-rubrique Données statistiques, professionnels de santé libéraux.
- **Attal-Toubert K., Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F.**, 2009, Dossier « Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale » dans Les Revenus d'activité des indépendants, édition 2009, *Insee Références*, INSEE.
- **Attal-Toubert K., Legendre N.**, 2007, « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », *Études et Résultats*, DREES, n° 578, juin.
- **Bellamy V.**, 2014, « Les revenus des médecins libéraux – Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008 », *Document de travail*, série Sources et méthodes, DREES, n° 45, juin.
- **Bellamy V., Samson A.-L.**, 2012, « Les dépassements d'honoraires des médecins libéraux » dans *Les Comptes de la santé 2011*, DREES.
- **Bellamy V., Fréchou H.**, 2010, « Les revenus libéraux des professionnels de santé », *Document de travail*, série Sources et méthodes, DREES, n° 16, juillet.
- **Dormont B., Samson A.-L.**, 2011, « Est-il profitable d'être médecin généraliste ? », *Document de travail*, série Études, DREES, n° 105, février.
- **INSEE**, 2011, Fiches thématiques « Synthèse des actifs occupés », « Salariés du privé » dans *Emploi et salaires,* édition 2011, *Insee Références*, INSEE.
- **INSEE**, 2014, Fiches thématiques « Synthèse des actifs occupés », « Salariés du privé » dans *Emploi et salaires*, édition 2014, *Insee Références*, INSEE.
- **Inspection générale des finances**, 2013, Les professions réglementées, Rapport.
- **Le Garrec M.-A.**, 2014, « L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013 » dans *Les Comptes de la santé* 2013, DREES.
- **Mikol F., Pla A.**, 2015, Dossier « Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés » dans *Emploi et revenus des indépendants*, édition 2015, *Insee Références,* INSEE.
- **Pla A.**, 2014, « Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011 » dans *Les Comptes de la santé 2013*, DREES.
- **Pla A., Zaytseva A.**, 2016, « Les premières années de carrière des jeunes médecins installés en 2005 : comment évoluent leur activité, leurs revenus et leur localisation ? », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

08 Les revenus des professionnels de santé libéraux (hors médecins)

Depuis quelques années, la DREES recueille les données relatives aux revenus complets des médecins et des quatre autres principales professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) exerçant en libéral, à travers les déclarations d'imposition sur le revenu appariées aux données de l'Assurance maladie (encadré). La dernière année disponible date de 2011. Quant aux pharmaciens, seuls les revenus des titulaires d'officine ont fait l'objet jusqu'ici d'estimations à travers les liasses fiscales déclarées par leurs commerces.

Les chirurgiens-dentistes, de fortes disparités de revenus

Les chirurgiens-dentistes libéraux[1] ont déclaré en 2011, en moyenne, 102 700 euros de revenus d'activité (tableau[2]), qui se partagent entre 101 180 euros de revenu libéral et 1 530 euros de revenu salarié. Le revenu salarié des dentistes est donc très faible par rapport à la composante libérale du revenu. En revanche, plus encore que pour les médecins, la dispersion des revenus est très importante chez les chirurgiens-dentistes, cette spécialité regroupant ici les spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) aux

Tableau Revenus des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes en 2011

	Effectifs	Activité mixte* (en %)	Revenu d'activité (en euros)	dont revenu libéral (en euros)	dont revenu salarié (en euros)	Ratio des revenus extrêmes**	TCAM*** 2008-2011 en euros constants
Dentistes	34 264	8,6	102 700	101 180	1 530	13,0	1,2
dont chirurgiens-dentistes omnipraticiens	32 336	8,3	96 760	95 390	1 380	11,7	0,9
dont chirurgiens-dentistes spécialisés en orthopédie dento-faciale	1 928	13,6	205 250	201 110	4 150	13,4	3,6
Infirmiers	61 702	11,6	47 710	47 130	580	6,2	0,6
Masseurs-kinésithérapeutes	47 887	11,0	44 510	43 630	880	7,5	-1,4
Sages-femmes	2 964	39,0	30 000	25 880	4 120	8,8	non disp.

* Exercice d'un emploi salarié en complément de l'activité libérale.
** Rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés.
*** TCAM : taux de croissance annuel moyen.
Champ > France métropolitaine, professionnels de santé conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte des non-appariés. La différence entre l'effectif de sages-femmes mentionné ici (2 964) et celui mentionné à la page suivante (3 500) est liée aux filtres énumérés ci-dessus et à la différence de champ (France métropolitaine pour ce tableau, France entière page suivante).
Sources > CNAMTS (Effectifs), INSEE-DGFiP-CNAMTS - Exploitation DREES (Revenus et activité mixte).

1. Définis ici comme ceux ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires.
2. Les revenus présentés dans le tableau ne couvrent que les praticiens exerçant en France métropolitaine. En effet, les revenus déclarés dans les DOM ne sont pas repris, en raison de la plus grande fragilité de la source sur ce champ qui rend délicate la distinction entre les revenus libéraux et les revenus salariés. De façon globale cependant, il apparaît que les revenus sont supérieurs dans les DOM pour les professions considérées ici, en particulier pour les infirmiers et les sages-femmes (Pla, 2014).

revenus très élevés et les autres chirurgiens-dentistes. Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève à 13,0 en 2011, contre 10,7 pour les médecins. Rappelons que contrairement aux médecins, tous les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer des tarifs libres, mais pas sur tous les types d'actes : si les consultations et les soins dentaires sont toujours facturés au tarif opposable, le tarif est en revanche libre notamment sur les prothèses dentaires, activité qui contribue le plus aux honoraires perçus par l'ensemble de cette profession (Bellamy et Badara M'Baye, 2013). Les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) constituent leur deuxième source d'honoraires, viennent ensuite les actes d'orthodontie et enfin les actes de chirurgie.

Entre 2008 et 2011, les revenus des chirurgiens-dentistes ont crû de façon dynamique (+1,2 % par an en moyenne, en euros constants), à un rythme très proche de celui des médecins (+1,3 %). Restreinte aux praticiens qui exerçaient aux deux dates, la progression est légèrement plus modérée (+1,0 %). Ce champ exclut en effet les dentistes ayant cessé leur activité entre 2008 et 2011 (les « sortants »), ainsi que les nouveaux dentistes installés entre les deux dates (les « entrants »), les effectifs étant équivalents pour

Encadré Les sources sur les revenus des autres professionnels de santé libéraux

La source permettant de documenter les revenus complets des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est la même que celle mobilisée pour les médecins. Il s'agit de l'appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : un fichier sur l'activité des professionnels de santé libéraux géré par la CNAMTS et le fichier des déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers géré par la DGFiP. Cette base associe ainsi à chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à ses différentes sources de revenus et à la composition de son ménage. Plus précisément, les données issues des déclarations de revenus de la DGFiP fournissent des informations sur l'ensemble des revenus déclarés individuellement par le professionnel de santé (revenu salarié, bénéfice non commercial [BNC]…) ainsi que sur certains revenus déclarés au niveau du foyer. Le revenu libéral documenté ici correspond au revenu provenant de l'activité libérale du professionnel de santé, dont la source provient des honoraires perçus. Le revenu salarié provient des éventuelles activités exercées à l'hôpital, dans un service de protection maternelle et infantile, en centre de santé, etc. Le revenu d'activité correspond à la somme du revenu libéral et du revenu salarié.

Cet appariement est disponible en 2008 et 2011 pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ; il n'est disponible qu'en 2011 pour les sages-femmes. La prochaine actualisation portera sur les revenus relatifs à l'année 2014, qui seront disponibles d'ici à 2017.

Les revenus des pharmaciens titulaires d'officine ont été appréhendés par la DREES et l'INSEE pour l'année 2006 à travers des informations comptables des secteurs des « commerces de produits pharmaceutiques ». Le calcul du revenu individuel des titulaires d'officines résulte de l'exploitation des déclarations fiscales des entreprises. Il correspond au profit brut courant avant impôt (concept proche de celui d'excédent brut d'exploitation), auquel sont ajoutés les éventuels salaires de gérance que les titulaires se sont accordés, le tout étant rapporté par le nombre moyen de titulaires par officine (Collet et De Kermadec, 2009[a] et [b]). Cette estimation n'est pas valable, en revanche, pour les titulaires exerçant au sein des sociétés d'exercice libéral (SEL), qui sont nombreux à se verser une partie importante de leur rémunération sous forme de dividendes, non pris en compte dans le calcul. Le champ utilisé par la DREES et l'INSEE dans cette étude excluait donc de fait les pharmacies en SEL : si cette approximation pouvait être acceptable en 2006, où moins de 10 % des pharmacies étaient exploitées en SEL, elle ne l'est plus aujourd'hui, où près du tiers sont exploitées sous cette forme (Ferrante, 2014). Un travail d'actualisation de ces revenus est ainsi en cours à la DREES et à l'INSEE, qui devrait tenir compte cette fois-ci de cette spécificité de l'exercice en SEL et fournira des informations, non plus seulement sur les revenus des titulaires d'officines, mais aussi sur ceux de leurs salariés.

ces deux groupes. Or, en 2008, les revenus des premiers étaient significativement inférieurs à ceux des seconds en 2011, en lien avec un niveau d'activité des libéraux souvent réduit à l'approche de la retraite. La neutralisation de cet effet « entrées-sorties » tend donc à infléchir l'évolution des revenus observée entre 2008 et 2011.

Les sages-femmes, une forte proportion d'activité mixte

Les sages-femmes libérales sont encore peu nombreuses (environ 3 500 en 2011 d'après le SNIIRAM), mais le mode d'exercice libéral se répand progressivement au sein de cette profession (voir la fiche 2). Elles déclarent des revenus d'activité de 30 000 euros en moyenne en 2011. On observe une forte dispersion de leurs revenus, les 10 % de sages-femmes les mieux rémunérées percevant en moyenne 9 fois plus que les 10 % les moins rémunérées, soit un rapport des revenus extrêmes qui se rapproche plutôt de celui des médecins. Lorsqu'elles exercent une activité libérale, les sages-femmes la complètent près de quatre fois sur dix avec une activité salariée. Ainsi, la part des revenus d'activité issue d'une activité salariée (14 %) est relativement élevée par rapport aux autres professions.

En libéral, l'activité des sages-femmes est majoritairement orientée vers les cours de préparation à la naissance ; vient ensuite la rééducation périnéale, très loin devant les visites et consultations de suivi de grossesse (Cavillon, 2012). Les accouchements restent encore une activité très marginale des sages-femmes libérales.

Les infirmiers libéraux, des revenus moyens en hausse malgré une forte augmentation des effectifs

Les infirmiers exerçant une activité libérale ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des infirmiers, un sur six environ (voir la fiche 2), mais leur effectif est en forte progression depuis une dizaine d'années. Il provient de l'augmentation générale du nombre d'infirmiers depuis le relèvement important des quotas de places offertes en instituts de formation au début des années 2000. De 2008 à 2011, le nombre des infirmiers libéraux a crû de 15 %[3]. Les revenus moyens ont augmenté au cours de la période : les infirmiers libéraux déclarent en moyenne 47 710 euros de revenus d'activité en 2011, soit une augmentation de 0,6 % par an en euros constants (c'est-à-dire corrigés de l'inflation) par rapport aux revenus déclarés en 2008. Pour les infirmiers en activité en 2008 et en 2011, la progression est légèrement plus faible (0,4 % par an en moyenne durant la période). Cette dernière évolution est, de fait, neutralisée de l'effet « entrées-sorties » qui, comme pour les dentistes, est positif. Les infirmiers libéraux partis en retraite entre 2008 et 2011 avaient un niveau de revenu en moyenne plus faible en 2008 que les nouveaux infirmiers recensés en 2011, avec des effectifs équivalents.

La dispersion des revenus d'activité est nettement plus faible que celle observée chez les médecins ou les chirurgiens-dentistes, même si elle reste significative, avec un rapport de 6,2 entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés.

Pour ces infirmiers libéraux, la part de leur revenu issue d'une activité salariée est extrêmement faible (1,2 %) ce qui laisse à penser que pour la plupart des infirmiers « mixtes », c'est-à-dire ayant à la fois une activité salariée et une activité libérale, l'activité libérale est prépondérante.

En 2015, les soins de nursing (ensemble des soins d'hygiène et de confort) ou actes infirmiers de soins (AIS) représentent le tiers des actes facturés par les infirmiers libéraux, les deux tiers restants correspondant aux actes médicaux infirmiers (AMI) [source : SNIIRAM, Assurance maladie]. La part des actes réalisés en AIS est fortement variable selon les territoires, elle est notamment très importante dans les zones à forte densité d'infirmiers libéraux comme le sud de la France (Barlet et Cavillon, 2011).

Les revenus des masseurs-kinésithérapeutes en baisse entre 2008 et 2011

Les masseurs-kinésithérapeutes exercent en grande majorité en libéral (voir la fiche 2). Comme les infirmiers, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes

3. Source : Système national d'informations interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM).

libéraux exclusifs ou mixtes ont augmenté entre 2008 et 2011 (+9 % d'après le SNIIRAM), suivant un mouvement régulier tout au long des années 2000. Leurs revenus moyens enregistrent cependant une baisse durant la période : ils ont déclaré en moyenne 44 510 euros de revenu d'activité en 2011, soit une diminution de 1,4 % par an en moyenne depuis 2008, en euros constants. Parmi ceux qui exerçaient en 2008 et en 2011, la baisse est cependant plus modérée, de 0,7 % par an en moyenne. À l'inverse des infirmiers ou des dentistes, l'impact des « entrées-sorties » est en effet cette fois-ci négatif : les nouveaux entrants en 2011 sont deux fois plus nombreux que les sortants de 2008 (c'est-à-dire ceux partis en retraite entre les deux dates), or ils ont en moyenne un revenu plus faible que l'ensemble.

La dispersion des revenus de cette profession est du même ordre de grandeur que celle des infirmiers libéraux : les 10 % les mieux rémunérés perçoivent 7,5 fois plus que les 10 % aux revenus les plus faibles.

De même que pour les infirmiers, la part des revenus issue d'une activité salariée est très faible : 2 %.

Les pharmaciens titulaires d'officine, des revenus provenant, pour l'essentiel, des ventes de médicaments

Les revenus des pharmaciens titulaires d'officine proviennent essentiellement des ventes de médicaments remboursables, qui constituent les trois quarts du chiffre d'affaires des 22 000 pharmacies recensées en France en 2012 (Ferrante, 2014). Le reste provient du commerce des médicaments non remboursables ainsi que de la parapharmacie, dont le poids dans le chiffre d'affaires augmente régulièrement au cours des quinze dernières années. L'activité économique des officines, et donc le revenu des pharmaciens titulaires, reste ainsi très influencée par la régulation des autorités sur les médicaments remboursables en matière de fixation des prix et de marges perçues. Il dépend également de l'évolution des charges d'exploitation, notamment des frais de personnels qui peuvent être importants, une pharmacie employant en moyenne quatre salariés en équivalent temps plein en 2012 (Ferrante, 2014).

Selon la dernière évaluation disponible, déjà ancienne, les revenus nets perçus par les pharmaciens titulaires d'officine – hors ceux installés en société d'exercice libéral (SEL), non pris en compte ici (encadré) – étaient d'environ 110 000 euros en 2006 (Collet et De Kermadec, 2009[a]). Ce montant est proche du niveau moyen de rémunération perçu par les médecins spécialistes la même année (Collet et De Kermadec, 2009[b]). Entre 2001 et 2006, ce revenu moyen avait baissé en euros constants[4], en raison de l'accroissement des charges sociales et de la contraction des taux de marge commerciale[5]. Elle concordait aussi avec un léger fléchissement de la croissance de la consommation de médicaments en 2005 et 2006, et surtout avec une nette baisse des prix. L'évolution des revenus des titulaires d'officine apparaît ainsi très liée à celle du taux de marge d'exploitation[6], qui avait diminué régulièrement entre 2000 et 2006. Or ce dernier s'est ensuite stabilisé entre 2007 et 2009, avant de connaître une remontée jusqu'en 2012 malgré une croissance ralentie du chiffre d'affaires (Ferrante, 2014). On peut ainsi s'attendre à ce que cette hausse du taux de marge d'exploitation au cours de la période récente ait aussi un effet favorable sur les revenus des titulaires d'officine. ■

Pour en savoir plus

> **Barlet M. et Cavillon M.**, 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 759, mai.

> **Bellamy V. et Badara Mbaye A.**, 2013, « Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 849, août.

4. C'est-à-dire en corrigeant de l'inflation.
5. Le taux de marge commerciale est le rapport de la marge commerciale aux ventes de marchandises.
6. Le taux de marge d'exploitation est le rapport de l'excédent brut d'exploitation à la valeur ajoutée hors taxe.

> **Cavillon M.**, 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, n° 791, mars.
> **Collet M. et De Kermadec C.**, 2009[a], « Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 703, septembre.
> **Collet M. et De Kermadec C.**, 2009[b], « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001 », *Document de travail*, série Études et Recherches, DREES, n° 92, juillet.
> **Ferrante A.**, 2014, « Les pharmacies depuis 2000 : mutations d'un secteur très réglementé », *Insee Première*, n° 1525, décembre.
> **Pla A.**, 2014, « Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011 » dans *Les Comptes de la santé 2013*, DREES.

09 Les salaires des professionnels de santé dans le secteur hospitalier

En 2012, le salaire net annuel moyen en équivalents temps plein (ETP) dans le secteur hospitalier s'élève à 26 300 euros d'après les déclarations annuelles de données sociales (DADS) et le système d'information des agents des services publics (SIASP) [encadré]. Il est plus élevé au sein du secteur public (26 700 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif (26 300 euros) et à but lucratif (22 900 euros).

Les salaires dans le secteur hospitalier : plus élevés dans le public pour les personnels non médicaux

Ces écarts de salaire entre le public et le privé se retrouvent très nettement parmi les personnels de santé non médicaux. D'une part, les professions intermédiaires soignantes et sociales, qui regroupent en majorité des infirmiers, sages-femmes, spécialistes de la rééducation ainsi que des techniciens médicaux[1], perçoivent un salaire net moyen de 27 600 euros en ETP dans le public en 2012, soit 6 % de plus que dans le privé non lucratif et 7 % de plus que dans le privé lucratif (tableau 1). D'autre part, la catégorie des agents de services et employés administratifs, dont les aides-soignants forment la principale profession, perçoit un salaire net moyen de 20 140 euros en ETP dans le public, soit respectivement 9 % et 13 % de plus que dans les secteurs privés à but non lucratif et lucratif. En dehors des effets d'ancienneté qui jouent favorablement pour les personnels exerçant dans la fonction publique hospitalière, ces écarts de rémunération entre secteurs traduisent des formes d'emploi différentes. Ainsi dans le secteur public, seulement 21 % des postes de professions intermédiaires soignantes et sociales et 18 % des agents de service et employés administratifs sont exercés à temps partiel, contre respectivement 29 % et 32 % dans le privé non lucratif et 31 % et 22 % dans le privé lucratif (Loquet [2015])[2]. Or en moyenne dans le secteur privé, le salaire horaire des postes à temps partiel est plus faible que celui des postes à temps complet, ce qui s'explique à la fois par une part plus faible de personnel qualifié parmi les salariés à temps partiel, mais aussi par des salaires horaires, à niveau de qualification égal, inférieurs à ceux des salariés à temps complet (Chaput *et al.*, 2015).

La comparaison entre secteurs des salaires moyens des médecins est plus délicate, en raison de la spécificité des modes de rémunération : en particulier, la part des médecins salariés dans l'effectif total des établissements privés à but lucratif est très faible par rapport à la part équivalente dans les deux autres secteurs, puisque dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent majoritairement en tant que libéraux. La rémunération de la catégorie médecins, pharmaciens et psychologues y est ainsi significativement inférieure à celle pratiquée dans les deux autres secteurs. Notons toutefois également la présence dans cette catégorie des psychologues, moins bien rémunérés que les médecins à l'hôpital public, qui fait baisser le salaire moyen. La rémunération moyenne des seuls médecins titulaires à l'hôpital public est en effet nettement plus élevée (voir *infra*).

En 2012, la dispersion des salaires dans l'ensemble du secteur hospitalier, mesurée par le rapport interdécile (D9/D1), est de 2,3. Les revenus sont les plus dispersés parmi les personnels médicaux (rapport interdécile de 3,5) [tableau 1].

Des écarts de salaires selon l'âge beaucoup plus marqués pour les catégories les plus qualifiées

En 2012, les médecins, pharmaciens, psychologues ou cadres employés d'un établissement de santé perçoivent, en début de carrière, un salaire annuel compris en moyenne entre 25 300 euros s'ils sont âgés de moins de 30 ans et 42 800 euros

1. Les résultats fournis sur l'ensemble des secteurs hospitaliers (public, privé non lucratif et privé lucratif) ne peuvent être déclinés que par grandes catégories socioprofessionnelles (encadré).
2. Les données complémentaires sont disponibles sur le site Internet de la DREES.

s'ils ont entre 30 et 39 ans (tableau 2). Entre 50 et 59 ans, ils perçoivent en moyenne 65 200 euros par an. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les personnels plus qualifiés que pour les autres salariés de l'hôpital. Ainsi, parmi les professions intermédiaires (dont, en particulier, les professions soignantes), les salariés de moins de 30 ans gagnent en moyenne 21 500 euros par an, tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent en moyenne 31 800 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service (où sont comptés notamment les aides-soignants), de 17 200 euros pour les plus jeunes à 21 400 euros pour leurs aînés. Le salaire moyen des hommes est supérieur de 22 % à celui des femmes dans le secteur public, et dépend en partie des fonctions occupées. Les médecins, pharmaciens, psychologues représentent 20 % des postes en équivalent temps plein occupés par des hommes, contre 6 % pour les femmes. Ces dernières exercent plus souvent des postes de la filière soignante (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.).

Les salaires dans le secteur hospitalier public en 2012

La source SIASP disponible sur le champ du secteur public (encadré) permet d'affiner ces résultats en termes de statut et de filière d'emploi. Les personnels non médicaux du secteur hospitalier public perçoivent un salaire net annuel moyen de 23 800 euros, soit 24 800 euros lorsqu'ils sont titulaires, mais seulement 18 800 euros pour les agents non titulaires (agents en contrats à durée déterminée ou à durée indéterminée) [tableau 3]. Cet écart se retrouve quelle que soit la profession considérée. Les non-titulaires sont en particulier souvent plus jeunes, notamment parmi les personnels soignants (âge moyen de 33 ans,

Tableau 1 Salaires nets annuels moyens en ETP selon la catégorie professionnelle et le statut de l'employeur, en 2012

	Salaires nets de prélèvements en 2012 (en euros courants)				Rapport interdécile en 2012[1]
	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble	
Ensemble des salariés, hors internes, externes, etc.[2]	**26 700**	**26 300**	**22 900**	**26 300**	**2,3**
Médecins, pharmaciens, psychologues[3]	57 600	65 900	52 000	58 200	3,5
Cadres de direction, d'administration, de gestion	44 000	44 300	49 600	44 800	3,2
Professions intermédiaires soignantes et sociales[4]	27 600	26 000	25 700	27 200	1,8
Professions intermédiaires administratives et techniques	25 200	23 200	23 800	24 800	1,8
Agents de service et employés administratifs[5]	20 100	18 500	17 800	19 600	1,6
Ouvriers	19 600	19 000	19 100	19 600	1,5
Femmes	25 100	24 200	22 100	24 600	2,1
Hommes	32 200	33 800	27 100	32 000	3,9

ETP : équivalent temps plein.
1. La dispersion des salaires est mesurée par le rapport interdécile D9/D1, soit le rapport du salaire net annuel moyen au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés sur celui en deçà duquel se situent les 10 % des salariés aux plus faibles revenus.
2. Y compris non ventilés.
3. Hors internes et externes.
4. Les professions intermédiaires soignantes sont constituées des infirmiers(ères), des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux. Les professions intermédiaires sociales regroupent les assistantes sociales et les éducateurs spécialisés.
5. Les agents de service recouvrent les agents des services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.
Champ > France entière, hors Mayotte, hors bénéficiaires de contrats aidés, internes et externes.
Sources > INSEE SIASP 2012, DADS 2012 ; calculs DREES.

contre 42 ans chez leurs collègues titulaires), et de ce fait leurs salaires traduisent moins les effets de carrière liés à l'ancienneté dans l'établissement.

Pour les médecins hospitaliers, la source SIASP permet également de reconstituer l'ensemble des revenus salariaux, c'est-à-dire intégrant à la fois les revenus issus de leurs activités de soins à l'hôpital (rémunérations versées par les employeurs appartenant à la fonction publique hospitalière), et ceux liés à d'éventuelles activités d'enseignement et de

Encadré Sources et définitions

Le secteur hospitalier recouvre l'ensemble des établissements de santé dont le secteur d'activité est « 8610Z – Activités hospitalières » ou dont la catégorie juridique de l'entreprise est « 7364 – Établissement d'hospitalisation ».

Les salaires et les emplois en ETP sont établis à partir de deux fichiers statistiques élaborés par l'INSEE, à partir des déclarations annuelles de données sociales (DADS). Pour les établissements du secteur hospitalier privé, à but lucratif et à but non lucratif, l'exploitation est réalisée au sein d'une application propre au secteur privé ; pour les établissements du secteur hospitalier public, les salaires et les emplois en ETP sont élaborés grâce au système d'information des agents des services publics (SIASP), qui traite l'ensemble des données relatives aux trois fonctions publiques. Cette application intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans SIASP permet de réaliser des analyses plus fines que sur le secteur privé en termes de filières d'emploi. *A contrario*, quand l'étude porte sur le secteur hospitalier dans son ensemble, les descripteurs utilisables sont ceux communs aux deux fichiers, souvent moins détaillés. En particulier, les professions ne peuvent, dans ce cas, être détaillées qu'au deuxième niveau de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (PCS 2003). Cette dernière regroupe, par exemple, dans un même ensemble les infirmiers, sages-femmes, paramédicaux, et autres professions sociales, administratives ou techniques de même niveau, au sein de la catégorie « Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques » (tableaux 1 et 2).

Le salaire net annuel moyen (SNA) est calculé à partir du salaire net fiscal déclaré dans la DADS. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il comprend les primes de partage de profit (intéressement, participation, abondement) versées par l'établissement aux salariés et qui ne sont pas placées (elles sont en effet alors imposables). Il prend en compte également la rémunération des heures supplémentaires non imposables (loi TEPA) qui sont réintégrées lors du traitement statistique.

Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en ETP annualisés, au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Pour chaque poste, les salaires sont pondérés par leur poids en ETP annualisés pour le calcul des moyennes. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP annualisé, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP annualisé rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP annualisés. Il s'agit, en définitive, d'un salaire moyen par poste en ETP annualisé.

Le revenu salarial net annuel moyen correspond au salaire total perçu par une personne sur l'ensemble des postes qu'elle a occupés. Ce revenu est converti en ETP annualisé au prorata du nombre d'heures rémunérées. Par exemple, si une personne occupe un poste durant trois mois, à raison de 35 heures par semaine pour une rémunération correspondante de 10 000 euros, alors ce poste comptera pour 0,25 ETP annualisé. Si cette même personne a occupé un autre poste durant six mois à raison également de 35 heures par semaine, rémunéré à 20 000 euros, ce poste comptera pour 0,5 ETP annualisé. Au total, la personne aura travaillé 0,75 ETP annualisé et aura perçu un revenu salarial de 30 000 euros, soit un revenu salarial exprimé en ETP de 40 000 euros (=30 000/0,75).

Tableau 2 Structure des emplois et salaires nets annuels moyens par tranche d'âges et catégorie socioprofessionnelle, en 2012

Tranche d'âges	Médecins, pharmaciens, psychologues, cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents de service, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)**	
	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)
Moins de 30 ans	4,2***	25 300	21,7	21 500	16,5	17 200	17,5	19 700
30 à 39 ans	27,2	42 800	27,3	24 600	22,6	18 700	25,0	24 000
40 à 49 ans	26,3	57 000	24,4	28 900	30,9	19 900	27,7	26 700
50 à 59 ans	29,0	65 200	23,9	31 800	27,6	21 400	26,2	30 200
60 ans ou plus	13,3	69 500	2,8	32 700	2,4	21 800	3,6	42 600

* Hors internes et externes.
** Y compris personnels non ventilés.
*** Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.
Champ > Salariés, France entière hors Mayotte, hors SSA.
Sources > INSEE, DADS 2012-SIASP 2012, traitement DREES.

Tableau 3 Salaires nets annuels moyens en ETP des personnels non médicaux et sages-femmes du secteur hospitalier public en 2012, par filière d'emploi

	Non-titulaires			Titulaires et stagiaires		
	Répartition des postes (en %)	SNA* (en euros)	Âge moyen	Répartition des postes (en %)	SNA (en euros)	Âge moyen
Personnels de direction, dont :	14,6	18 116	36,5	11	24 539	46,2
Adjoints administratifs hospitaliers	8,9	15 691	35,1	25,1	19 504	44,9
Personnels soignants, dont :	62,7	18 839	32,9	71,8	24 927	41,8
Cadres de santé	0,4	29 335	49	3,1	34 973	49,5
Infirmiers en soins généraux	12,9	20 536	30,1	27,1	27 013	39,2
Infirmiers spécialisés	0,5	25 620	36,5	3,1	33 513	42,3
Aides-soignants	19,2	18 122	32,8	26,1	22 013	42,9
Agents de service hospitaliers	21,6	15 985	33,7	8,7	18 487	43,6
Sages-femmes	1,3	22 222	28,3	1,3	32 398	39,4
Peronnels médico-techniques	4,3	19 577	31,6	4,9	28 645	43,6
Personnels éducatifs et sociaux	2,1	17 504	34,7	1,5	24 476	43,7
Personnels techniques et ouvriers	16,3	20 469	37,6	10,9	22 200	46,2

* SNA : salaire net annuel moyen.
Champ > Salariés ayant exercé dans un établissement public dont l'activité économique principale est hospitalière (APET 8610Z ou Catégorie juridique 7364). France entière hors Mayotte. Hors bénéficiaires de contrats aidés.
Sources > INSEE SIASP 2012, DADS 2012. Calculs DREES.

recherche à l'université (rémunérations versées par les employeurs des fonctions publiques d'État et territoriale). On passe d'une notion de salaire versé par les établissements à la notion de revenu salarial individuel. Le revenu salarial net annuel moyen (encadré) des médecins du secteur public s'établit à environ 67 000 euros en 2012, dont 93 % sont liés à l'activité de soins à l'hôpital. Il est très variable selon le statut, les revenus salariaux les plus élevés étant ceux des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) des disciplines médicales (104 000 euros), provenant pour la moitié de leur activité hospitalière et pour l'autre moitié de leurs activités d'enseignement et de recherche (tableau 4). ■

Tableau 4 Revenu salarial net annuel moyen des médecins du secteur public en 2012

	Répartition des postes (en %)	Âge moyen	Revenu salarial net annuel moyen		
			Part liée à l'activité de soins à l'hôpital[1] (en %)	Part liée à l'activité d'enseignement et de recherche[2] (en %)	Montont (en milliers d'euros)
Personnels hospitalo-universitaires titulaires, dont :	5,7	53	53,4	46,6	92,2
PU-PH des disciplines médicales	3,7	55	53,0	47,0	103,6
MCU-PH des disciplines médicales	1,9	50	54,3	45,7	69,8
Personnels hospitalo-universitaires non titulaires	4,8	32	70,5	29,5	44,7
Praticiens hospitaliers	46,4	50	99,9	0,1	73,7
Assistants	5,1	34	99,7	0,3	39,4
Attachés	23,5	47	99,0	1,0	45,7
Autres médecins salariés	14,5	44	93,8	6,2	66,2
Ensemble des médecins	**100**	**47**	**93,3**	**6,7**	**66,7**

PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier. MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier.
1. Rémunérations versées par tous les employeurs de la fonction publique hospitalière.
2. Rémunérations versées par tous les employeurs des fonctions publiques d'État et territoriale.
Note > Le revenu salarial est constitué de l'ensemble des salaires nets perçus par les médecins hospitaliers au titre de leurs activités dans l'ensemble de la fonction publique.
Champ > Salariés ayant exercé dans un établissement public dont l'activité économique principale est hospitalière (APET 8610Z ou catégorie juridique 7364), France entière hors Mayotte. Hors internes et externes.
Sources > INSEE, SIASP 2012, traitement DREES.

Pour en savoir plus

> **Chaput H., Pinel C., Wilner L.**, 2015, « Salaires dans le secteur privé et les entreprises publiques », *Insee Première*, INSEE, n° 1565, septembre.
> **DGAFP**, 2015, Rapport annuel sur l'état de la fonction publique.
> **DREES**, 2015, *Panorama des établissements de santé – Édition 2014*.
> **INSEE**, 2014, Fiches « Emploi et salaires dans le secteur public hospitalier » et « Emploi et salaires dans le secteur hospitalier privé et public » dans *Emploi et salaires, édition 2014* (et éditions précédentes), Insee Référence.
> **Loquet J.**, 2015, « Emplois et salaires dans le secteur hospitalier en 2012 », *Études et Résultats*, DREES, n° 934, septembre.
> **Nahon S.**, 2014, « Les salaires dans le secteur social et médico-social en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 879, avril.

10 Rémunération des médecins et des infirmiers : comparaisons internationales

Les modes de rémunération des médecins d'un pays à l'autre sont extrêmement variables. En France, le paiement à l'acte pour les médecins de ville et le salariat à l'hôpital représentent la norme. À l'étranger, les pratiques de rémunération s'organisent autour de trois modes principaux : la rémunération à l'acte, le salariat (ou rémunération fixe) et la capitation, qui correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins prodigué. Dans la plupart des pays, ces trois modes de paiement coexistent, mais interviennent dans des proportions variables.

Le paiement à l'acte est ainsi le mode de rémunération dominant en médecine de ville dans de nombreux pays à l'instar de la France, comme la Belgique, le Canada, l'Allemagne, l'Irlande, le Japon, la Corée, le Luxembourg ou encore la Suisse (Paris *et al.*, 2010). L'Allemagne a cependant un système de rémunération sophistiqué, avec un paiement à l'acte plafonné par des enveloppes financières globales, qui dépendent du nombre de patients traités par région (Albouy et Deprez, 2008). D'autres pays, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas, accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas). Au Danemark, si le paiement à l'acte des médecins de premier recours est majoritaire, il est complété par un paiement à la capitation pour environ un tiers d'entre eux (Paris *et al*., 2010). La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative (Albouy et Deprez, 2008).

À l'hôpital, le salariat représente le mode de rémunération principal des médecins dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Canada, du Japon et des Pays-Bas où le paiement à l'acte domine (Paris *et al*., 2010). Les situations dans lesquelles les médecins hospitaliers sont salariés mais conservent une activité privée complémentaire payée à l'acte sont cependant très fréquentes. En France, c'est notamment le cas des praticiens hospitaliers à temps plein autorisés à exercer une partie de leur activité sous forme privée à l'hôpital : ils représentent plus de 4 000 praticiens en 2015, d'après le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) [voir la fiche 1].

En complément de ces trois modes de rémunération principaux se développent depuis le milieu des années 2000 des systèmes de paiement à la performance qui rémunèrent les médecins selon des résultats obtenus sur une série d'objectifs liés à la qualité des soins et à des missions de santé publique (Massin *et al.*, 2014), principalement en ambulatoire. Le Royaume-Uni a été l'un des précurseurs avec le *Quality and Outcomes Framework* (QOF) en 2004, qui s'étend progressivement, sous une forme ou une autre, à de nombreux pays européens, aux États-Unis ou encore au Japon (Paris *et al*., 2010). En France, ce système a été mis en place pour les médecins généralistes à titre optionnel à travers le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en 2009. Il a été généralisé à l'ensemble des médecins libéraux *via* la Convention médicale de 2011, avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Des écarts de revenus qui continuent de se creuser entre généralistes et spécialistes, en France comme à l'étranger

Cette diversité et cette complexité des modes de rémunérations des médecins en France et à l'étranger rendent la comparaison de leurs revenus entre pays très délicate. L'OCDE réalise pourtant l'exercice chaque année auprès de la plupart de ses pays membres (OCDE, 2015). Ces comparaisons distinguent les rémunérations des médecins salariés et celles des médecins libéraux, même si l'OCDE reconnaît que cette distinction devient de plus en plus floue en raison des pratiques « mixtes » combinant les deux modes de rémunération de plus en plus fréquentes, comme évoqué plus haut.

Afin de neutraliser les différences de niveaux de vie existant entre pays, l'indicateur central mobilisé par l'OCDE rapporte la rémunération moyenne des

médecins au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs de chaque pays. Il ressort tout d'abord et sans surprise, que la rémunération des médecins est nettement plus élevée que le salaire moyen dans tous les pays de l'OCDE. Deux autres tendances globales se dégagent également de cet indicateur : d'une part, dans quasiment tous les pays, la rémunération des spécialistes est significativement supérieure à celle des généralistes, avec un écart qui a continué de se creuser au cours des dix dernières années. D'autre

Encadré Une comparabilité fragile des résultats entre pays

Les revenus des médecins libéraux recensés par l'OCDE correspondent, selon la définition retenue par l'Organisation, aux revenus annuels bruts moyens, qui incluent les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié, mais excluent les frais professionnels. Pour les médecins ayant une activité mixte, c'est-à-dire ceux qui combinent un emploi salarié et une activité libérale, l'OCDE demande que le total de leurs rémunérations correspondantes soit reporté dans la mesure du possible ; ces médecins sont classés dans la catégorie (libéraux ou salariés) pour laquelle ils perçoivent la rémunération la plus importante. Pour les salariés, seuls les temps pleins sont considérés.

Les données fournies par les différents pays membres s'approchent plus ou moins de cette définition[1], impliquant que les comparaisons doivent être réalisées avec précaution. Dans le cas de la France, quelques écarts à cette définition ont été corrigés entre la publication de l'OCDE et cette fiche conduisant vraisemblablement à réévaluer à la hausse les revenus des médecins libéraux.

Pour les médecins libéraux français, depuis l'édition 2015, les revenus fournis par la France proviennent des déclarations d'impôt sur le revenu, les médecins libéraux étant repérés grâce à un appariement de ces données avec celles de l'Assurance maladie. Si elles prennent bien en compte l'ensemble des revenus perçus (y compris les éventuels salaires provenant d'une activité complémentaire), en revanche les recettes déclarées sont nettes de cotisations sociales personnelles. Cela conduit à une sous-estimation des revenus de ces médecins libéraux par rapport à la définition OCDE, de l'ordre de 18 %. La deuxième source de sous-estimation est liée à l'inclusion des médecins dont l'activité libérale n'est pas la principale, ce qui crée toutefois un biais d'ampleur très limitée.

> Ainsi, les revenus des médecins libéraux relevés ici (tableau 1) sont augmentés de 18 % par rapport à ceux diffusés dans le panorama de l'OCDE ou dans les autre publications de la DREES (Mikol et Pla, 2015). Selon ces estimations notamment, le ratio entre la rémunération des médecins et le salaire moyen (tableau 1) serait pour la France de 2,8 pour les généralistes et de 4,6 pour les spécialistes libéraux (au lieu de 2,4 et 3,9 respectivement selon les revenus non corrigés).

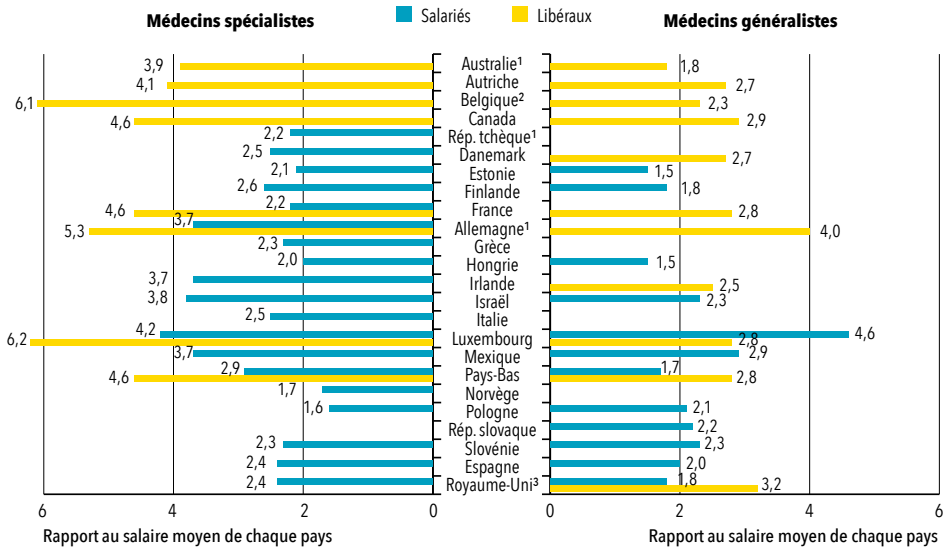
Pour les médecins salariés français : les données qui concernent les médecins exerçant dans le secteur privé sont issues des déclarations annuelles de données sociales (DADS), et celles sur les médecins du secteur public des données du système d'information sur les agents du service public (SIASP). Ces données ne permettent pas de distinguer les généralistes des spécialistes : de ce fait, le salaire reporté par l'OCDE peut être sous-estimé par rapport aux autres pays, car il est classé au sein des spécialistes. Néanmoins l'ampleur de cette sous-estimation ne peut pas être évaluée.

Par ailleurs, ces données n'incluent pas les éventuelles rémunérations perçues dans le cas d'une activité libérale complémentaire. Or, celles-ci peuvent être importantes, par exemple dans le cas des praticiens hospitaliers à temps plein disposant d'un secteur privé, dont les revenus issus de l'activité libérale représentent plus du tiers du revenu d'activité total (Mikol et Pla, 2015). Sur l'ensemble du champ des médecins salariés, il en résulte une sous-estimation d'environ 2 %.

> Les revenus des médecins salariés sont donc réévalués de 2 % à la hausse, cet ordre de grandeur ne tenant pas compte du fait que les généralistes ne sont pas distingués des spécialistes.

1. Pour plus de détails, consulter les documents de l'OCDE « Définitions, sources et méthodes » relatifs à la rémunération des médecins, téléchargeables sur le site de la base statistique de l'OCDE.

Graphique 1 Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche)



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation).
2. Les données incluent les dépenses professionnelles (ce qui résulte en une surestimation).
3. Les médecins spécialistes en formation sont inclus (ce qui résulte en une sous-estimation).
Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, calculs DREES pour la France.

part, on constate que c'est en libéral que l'on retrouve en général les rémunérations les plus élevées dans ces différents pays.

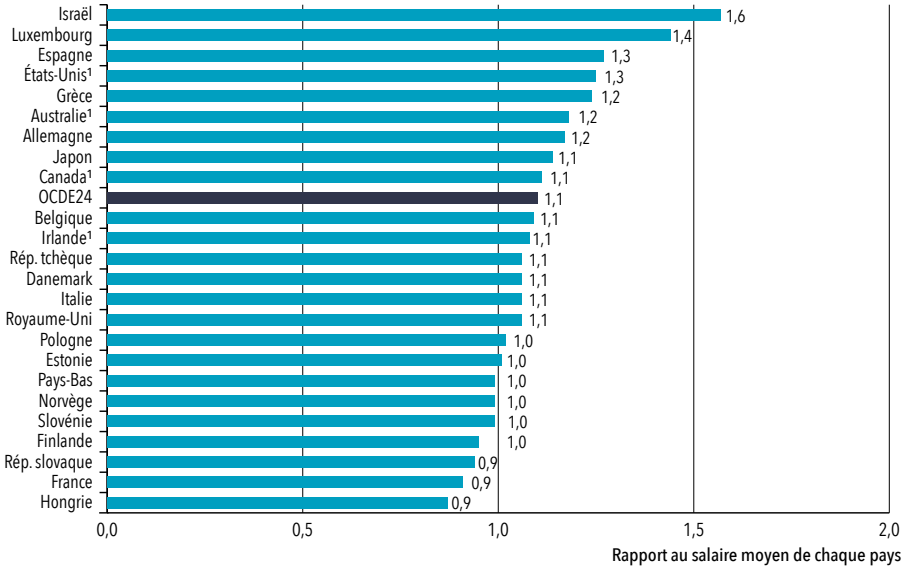
Le positionnement de la France par rapport aux autres pays est difficile à évaluer avec précision, compte tenu des limites de comparabilité (encadré). On peut estimer que la France se situe plutôt dans une position intermédiaire au sein des pays de l'OCDE en ce qui concerne les médecins libéraux. S'ils sont dans une situation plus favorable qu'en Australie, en Belgique ou en Irlande, et assez comparable à celle de l'Autriche, du Danemark, du Canada, ou des Pays-Bas, les généralistes libéraux exerçant en France apparaissent relativement moins bien lotis que leurs voisins du Royaume-Uni[1] ou d'Allemagne. Concernant les revenus des médecins spécialistes libéraux, la France est mieux positionnée que l'Australie ou l'Autriche (graphique 1[2]), elle se place à un niveau comparable au Canada ou aux Pays-Bas, et est légèrement en retrait par rapport à l'Allemagne. Les médecins salariés français perçoivent de leur côté des rémunérations plutôt proches de celles de leurs confrères du Royaume-Uni, du Danemark, d'Espagne, d'Italie ; elles restent cependant plus faibles que celles de leurs homologues des Pays-Bas, d'Allemagne ou d'Irlande.

Personnel infirmier : un niveau de rémunération proche du salaire moyen dans presque tous les pays de l'OCDE

À l'instar des médecins, l'indicateur central mobilisé par l'OCDE pour évaluer le niveau de revenu du personnel infirmier dans chaque pays est celui correspondant au rapport de la rémunération moyenne des infirmiers au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs de chaque pays. La distribution de cet indicateur est beaucoup plus resserrée que celle des médecins :

1. 80 % des médecins généralistes britanniques sont libéraux.
2. Le graphique 1 n'est pas celui de l'OCDE présenté dans la rubrique « Rémunération des médecins » de son *Panorama de la santé 2015,* certains biais évoqués pour la France ont été corrigés (encadré 1).

Graphique 2 Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Australie, Canada et Irlande (d'où une surestimation).
Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

il reste pour l'essentiel compris entre 0,9 et 1,2, signe que dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération du personnel infirmier est relativement proche du salaire moyen (graphique 2). Avec un rapport de 0,9 par rapport au salaire moyen, les revenus perçus par les infirmiers en France se situent plutôt en bas de la fourchette de cette distribution. L'OCDE note cependant que les données concernent uniquement les infirmiers de niveau supérieur (aussi communément appelées infirmiers en pratiques avancées) en Australie, au Canada, en Irlande et aux États-Unis, d'où une surestimation par rapport aux pays dans lesquels l'ensemble des infirmiers sont pris en compte, quel que soit leur niveau. En France, notamment, la profession d'infirmière en pratiques avancées n'existe pas encore à ce jour, alors qu'elle se développe dans un certain nombre de pays (Delamaire *et al*., 2010). La structure du personnel infirmier en termes de qualification n'est ainsi pas équivalente entre les différents pays étudiés par l'OCDE, ce qui tend, comme pour le cas des médecins, à considérer ces comparaisons avec précaution. ■

Pour en savoir plus

> **Albouy V., Deprez M.**, 2008, « Mode de rémunération des médecins », *Trésor-Eco*, Direction générale du Trésor (ex-DGTPE), n° 42, septembre.

> **Delamaire M., Lafortune G.**, 2010, "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", *OECD Health Working Papers*, n° 54.

> **Massin S., Paraponaris A., Bernhard M., Verger P., Cavillon M., Mikol F., Ventelou B.**, 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », DREES, *Études et Résultats*, n° 873, février.

> **Mikol F., Pla A.**, 2015, « Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés » dans *Emploi et revenus des indépendants - édition 2015*, Insee Références.

> **OCDE**, 2015, *Panorama de la santé*, rubriques « Rémunérations des médecins » et « Rémunérations du personnel infirmier ». Données disponibles sur le site Internet de l'OCDE, rubrique Publications, sous-rubrique iLibrary, puis Statistiques : http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr

> **Paris V., Devaux M., Wei L.**, 2010, "Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, n° 50.

La formation

11 Les évolutions du *numerus clausus* et des quotas pour les professionnels de santé

La plupart des professions de santé font l'objet d'une régulation en France par les flux étudiants, en fixant à l'entrée des établissements de formation un nombre de places limité : c'est le système du *numerus clausus* en vigueur pour les professions médicales et pharmaceutiques (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et des quotas pour les autres professions de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, audioprothésistes et orthoptistes). Ce type de régulation par les flux étudiants se retrouve également dans de nombreux pays, sous des modalités diverses (OCDE, 2015) [voir encadré].

La régulation des quatre professions médicales et pharmaceutiques par le *numerus clausus*

Le *numerus clausus* désigne le nombre de places disponibles en seconde année d'études médicales pour les quatre professions que sont la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique. Fixé par l'État, il a été mis en place pour la première fois en 1971 pour les études de médecine, afin de réguler de façon quantitative le nombre de médecins à former. Son objectif initial était d'établir un nombre de places en adéquation avec les capacités d'accueil des établissements hospitaliers universitaires dispensant les formations[1]. À l'issue du

Encadré La régulation étudiante à l'étranger

La plupart des pays de l'OCDE limitent l'accès des formations médicales aux étudiants (OCDE, 2015), afin de sélectionner les étudiants les plus compétents d'exercer une influence sur le nombre de médecins diplômés, mais aussi pour limiter les coûts de la formation. La France est, en revanche, le seul pays de l'Union européenne avec la Belgique à le faire à l'issue de la première année et non dès son début.

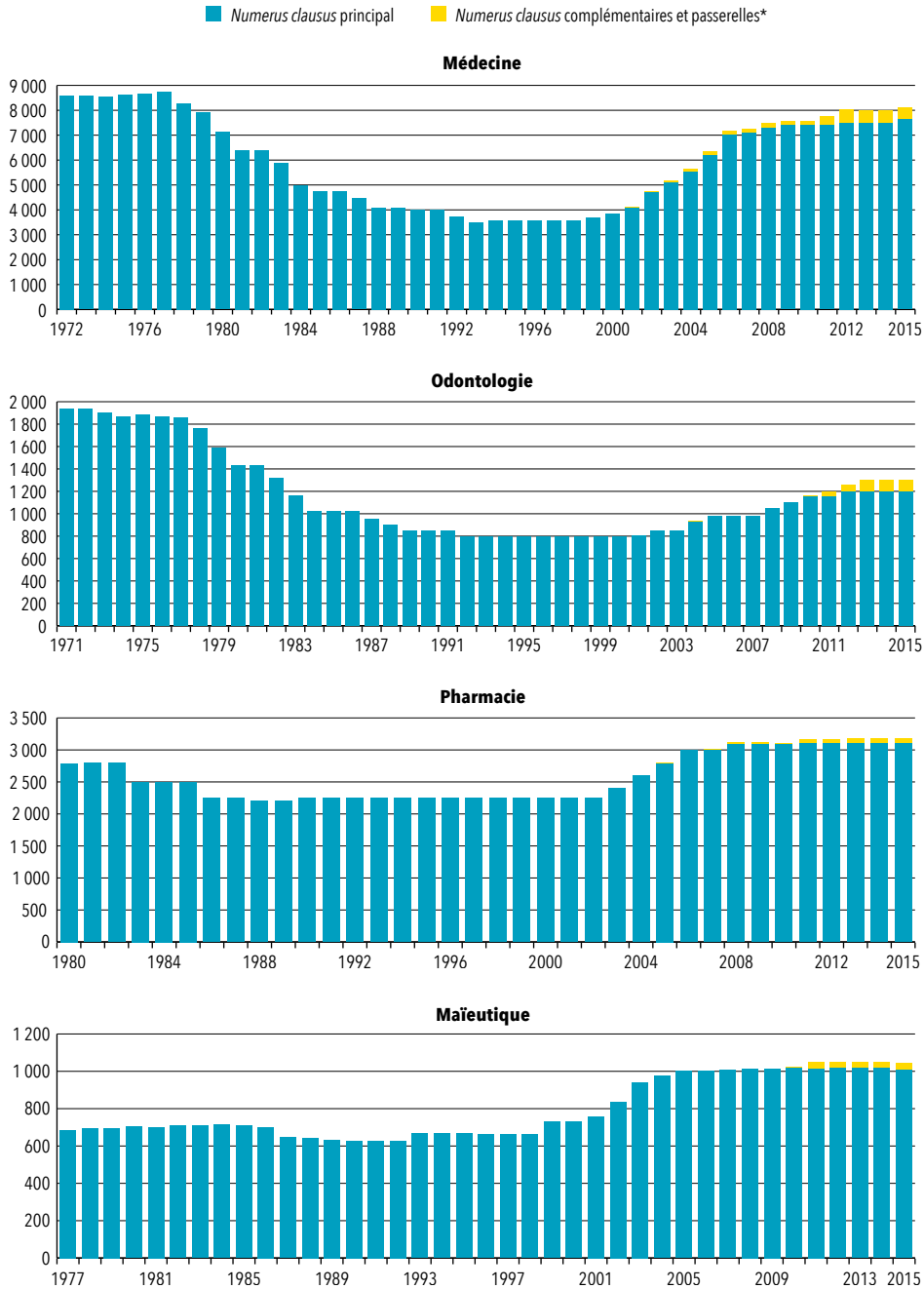
En Allemagne, la sélection se fait après le baccalauréat (*Abitur*), soit par l'Office fédéral en charge des admissions, soit directement par les universités (Bourgueil *et al.*, 2002). La sélection prend en compte les résultats obtenus à l'*Abitur,* le temps d'attente depuis le baccalauréat (nombre de semestres écoulés) et un oral pour la sélection à l'université. Toutefois, le nombre de places n'est en théorie pas restreint. De fait, le nombre de places disponibles est fixé au niveau des Länder en fonction du nombre de places disponibles et non des besoins futurs.

En Italie, en revanche, la sélection repose sur un concours. Les jeunes bacheliers (titulaires du *Diploma di istruzione secondaria superiore*) doivent passer un concours dont le *numero chiuso* est fixé directement par le ministère en charge de l'Enseignement supérieur.

Concernant la sélection des étudiants, des pays comme l'Australie, le Canada, le Japon ou certains États américains favorisent l'accès aux études médicales pour les étudiants s'engageant à travailler dans les zones à faibles densités (Ono *et al.*, 2014). En France, ce type d'incitations des étudiants à l'installation dans certaines zones sous-denses existe aussi, mais à partir de la deuxième année seulement avec le dispositif des contrats d'engagement de service public (CESP) [voir fiche 13], et non directement *via* le processus de sélection au cursus médical.

1. Arrêté du 21 octobre 1971.

Graphique 1 Évolutions du *numerus clausus* pour les quatre professions médicales et pharmaceutiques depuis son instauration



* Estimation provisoire concernant les *numerus clausus* complémentaires pour la rentrée 2015.
Champ > France entière.
Sources > ONDPS (rapport 2013-2014). Actualisation DGOS.

deuxième cycle des études médicales, les épreuves classantes nationales (ECN) qui procèdent à une répartition par subdivision et par spécialité des médecins à former, sont plus déterminantes en matière de répartition régionale. Selon le rapport 2014-2015 de l'ONDPS, 63 % des primo-inscrits à l'Ordre s'installent en effet dans la région de leur diplôme.

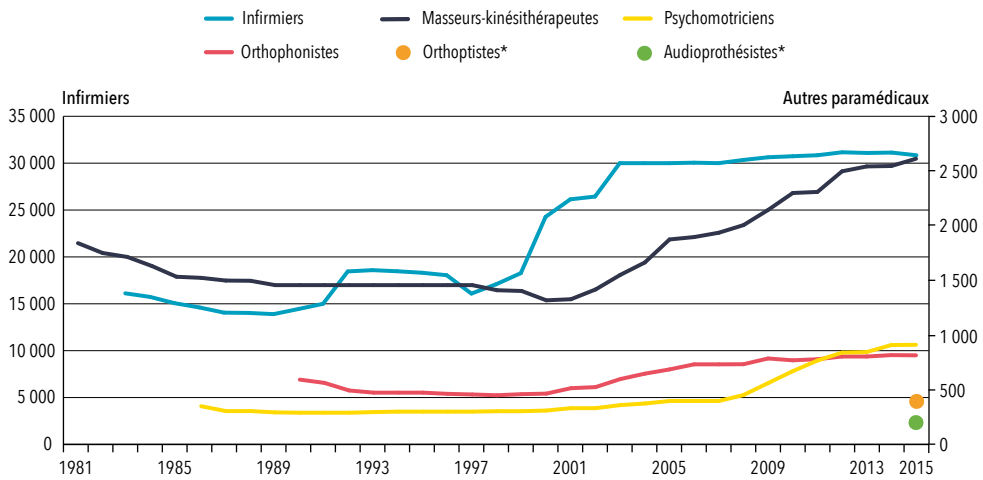
Le nombre de professionnels médicaux n'est par ailleurs pas uniquement déterminé par le *numerus clausus*. Le phénomène d'installations de professionnels de santé à diplôme étranger y contribue également (voir les fiches 5 et 19), ces derniers échappant par définition au dispositif du *numerus clausus*. Les étudiants européens rejoignant le troisième cycle des études de médecine en France par le biais des ECN échappent également à la régulation quantitative du *numerus clausus*. Enfin, son effet sur la démographie des professions concernées est très différé, avec des durées d'études allant de cinq ans pour les sages-femmes à onze ans pour certaines spécialités de médecine.

Les différents *numerus clausus* et les passerelles

Au *numerus clausus* principal, qui définit le nombre de places offertes par filière aux étudiants à l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES) [voir la fiche 12], viennent s'ajouter des voies d'accès complémentaires et des passerelles, visant des publics spécifiques : étudiants provenant d'autres cursus, professionnels exerçant déjà une activité paramédicale, ou étudiants étrangers.

Le *numerus clausus* principal désigne tout d'abord le nombre de places disponibles en deuxième année pour les étudiants français ou européens (Union européenne [UE], Espace économique européen [EEE], Andorre et Suisse) inscrits en PACES. Il est fixé annuellement par arrêté conjoint du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé de l'Enseignement supérieur, pour chaque unité de formation et de recherche (UFR) et chaque filière. Pour l'année universitaire 2015-2016, il est ainsi fixé à 7 633 en médecine, 1 199 en odontologie, 3 095 en pharmacie et 1 006 en maïeutique. Après avoir fortement baissé

Graphique 2 Évolution des quotas d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'orthoptistes et d'audioprothésistes



* Quotas en vigueur pour ces deux professions depuis la rentrée 2015 seulement.
Champ > France entière.
Sources > DGOS.

jusque dans les années 1990 en médecine et en odontologie, le *numerus clausus* s'est très nettement redressé depuis le début des années 2000 pour ces deux filières, avec des hausses respectives de +86 % et +50 % entre 2000-2001 et 2015-2016 (graphique 1). Ce redressement a reflété la volonté de rééquilibrer la démographie de ces praticiens, dans la perspective de nombreux départs pour ceux issus des promotions des années 1970 à fort *numerus clausus*. Une augmentation du *numerus clausus* est observée sur la période récente en pharmacie et en maïeutique, mais de façon beaucoup moins prononcée (respectivement +38 % et +32 % entre 2000-2001 et 2015-2016).

Des passerelles existent également pour des étudiants français ou européens (UE, EEE, Andorre et Suisse) provenant d'autres cursus et qui souhaiteraient se réorienter. Les étudiants titulaires d'un diplôme national de master peuvent ainsi demander leur admission en deuxième année directement, quand un certain nombre d'autres étudiants ayant achevé ou venant d'une formation précise (Écoles normales supérieures [ENS] ou écoles d'ingénieur par exemple) peuvent demander leur admission en troisième année. Une passerelle permet également à des étudiants ayant concouru dans plusieurs filières et justifiant de la validation d'au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la PACES et qui regrettent ce choix, de se réorienter dans la filière à laquelle ils pouvaient initialement prétendre à l'issue des épreuves de classement de fin de première année. L'importance de ces trois passerelles est variable selon les filières : les places offertes à ce titre représentent 7,3 % du *numerus clausus* principal d'odontologie, contre 2,5 % pour la pharmacie en 2016.

S'ajoutant au *numerus clausus* principal, un contingent de places supplémentaires est réservé, par UFR, aux étudiants étrangers hors Europe (c'est-à-dire hors UE, EEE, Andorre et Suisse) inscrits en PACES, classés en rang utile et souhaitant continuer le cursus médical français. En 2016, ce nombre de places est fixé à 8 % des places offertes, par UFR, au titre du *numerus clausus* principal, pourcentage identique à celui de 2015.

La régulation de six professions paramédicales par les quotas

Six formations paramédicales sont soumises à une régulation *via* les flux étudiants par des quotas. Ceux-ci fixent le nombre de places disponibles chaque année par arrêté ministériel pour les différentes formations en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de ladite profession. Il s'agit des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et, depuis la rentrée scolaire 2015, des orthoptistes et des audioprothésistes. Ce quota s'applique dès la première année, et non à la fin de la première année comme pour le *numerus clausus* des professions médicales et pharmaceutiques.

Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les psychomotriciens, les quotas sont fixés par arrêté ministériel chaque année et par région. La répartition des quotas entre les différents instituts de formation relève en revanche de la compétence de la région. Pour les orthoptistes, les orthophonistes et les audioprothésistes, les quotas sont fixés de la même façon que le *numerus clausus* médical, c'est-à-dire par arrêté, annuellement et par UFR.

D'autres formations sous la double tutelle du ministère chargé de l'Enseignement supérieur et celui chargé de la Santé ont encadré leur nombre de places disponibles : s'il ne s'agit pas de quotas à proprement parler, le nombre de places n'étant pas fixé par arrêté ministériel, la délivrance des agréments qui précisent la capacité d'accueil total de chaque institut ou école[2] exerce une forme de régulation *de facto*. Ces professions, définies dans le Code de la santé publique[3], exercent ainsi également avec un diplôme d'État[4].

2. Code de la santé publique, L. 4383-2.
3. Code de la santé publique, Partie législative, Quatrième Partie, Livre III, Titre II à VII.
4. Ce sont les diplômes de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de technicien de laboratoire médical, d'opticien-lunetier, de prothésiste, d'orthésiste ou encore de diététicien.

Une forte croissance des quotas depuis quinze ans

Par son volume (plus de 30 000 places disponibles, contre seulement 200 à 2 500 pour les cinq autres professions), la formation d'infirmiers diplômés d'État (IDE) est la plus importante. Si le quota correspondant a connu une stagnation du nombre de places ouvertes entre 1985 et 1999, oscillant entre 15 000 et 19 000, une augmentation importante a fait grimper le nombre de places total à 30 000 places entre 2000 et 2003. Le quota est depuis stable à environ 31 000 places (graphique 2). Le nombre d'admis en école n'a pas toujours été parfaitement en adéquation avec le quota décidé, notamment du fait de la rapidité de cette évolution, les écoles ayant mis quelques années pour augmenter d'autant leur capacité d'accueil (Marquier, 2006).

Le nombre de places ouvertes pour les masseurs-kinésithérapeutes a presque doublé en quinze ans, passant de 1 369 en 1999 à 2 631 en 2015 (graphique 2). Pour la formation d'orthophonistes, ce nombre a également doublé en quinze ans, passant de 461 en 1999 à 819 en 2015. Ce nombre a triplé pour la formation de psychomotriciens, passant de 304 en 1999 à 916 en 2015. Pour la rentrée 2015-2016, le nombre d'étudiants admis en première année de formation au diplôme d'audioprothésiste a été fixé pour la première fois à 199. Pour les orthoptistes, ce nombre a été arrêté à 396. ■

Pour en savoir plus

> **Bourgueil Y., Dürr U., Pouvourville G., Rocamora-Houzard S.**, 2002, « La régulation des professions de santé – études monographiques Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis », *Document de travail*, DREES, série Études, nº 22, mars.

> **Le Breton-Lerouvillois G.**, 2015, « Les flux migratoires et trajectoires des médecins », Conseil national de l'ordre des médecins.

> **Marquier R.**, 2006, « Les étudiants en soins infirmier en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, nº 458, janvier.

> **Observatoire national des professions de santé** (ONDPS), 2015, *Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens*, volume 1, mars.

> **Observatoire national des professions de santé** (ONDPS), 2014, Rapport 2013-2014.

> **OCDE**, 2015, Panorama de la santé 2015.

> **Ono T., Schoenstein M., Buchan J.**, 2014, "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing.

12 La PACES, porte d'entrée des études médicales en France

La première année commune aux études de santé (PACES) réunit depuis la rentrée universitaire 2010-2011 la formation initiale des quatre professions médicales et pharmaceutiques que sont la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique. Si elle est ouverte à tous les étudiants, à l'instar des autres formations universitaires en France, le concours d'entrée en deuxième année pour ces quatre filières, dont le nombre de places est fixé par un *numerus clausus* national (voir la fiche 11) en fait une année charnière. Aussi, il est possible de valider la PACES, sans pour autant pouvoir passer en deuxième année d'études médicales, le passage étant conditionné par le rang final au sein de l'unité de formation et de recherche (UFR). Cette régulation à l'issue de la première année, et non à son début, fait de la France un cas atypique au sein de nombreux autres pays comparables. La PACES peut être également la voie d'entrée pour un certain nombre d'autres formations paramédicales, comme celle de masseur-kinésithérapeute. Au 15 janvier 2015, un total d'environ 58 000 étudiants étaient inscrits en PACES. Elle est composée de deux semestres, chacun sanctionné par des épreuves à l'issue desquelles l'étudiant est classé.

Le cadre de la réforme : ce que change la PACES

Avant 2010, il existait deux voies pour l'accès à ces quatre filières : une voie réunissant la médecine, l'odontologie et la maïeutique (première année de premier cycle des études de médecine ou PCEM1), et une autre pour la pharmacie débutant par la première année du premier cycle des études de pharmacie (PCEP1).

La réforme de la PACES, qui s'appuie sur l'article L 631-1 du Code de l'éducation[1], s'inscrit dans un mouvement général de réformes des formations

Encadré 1 Le programme de la PACES : les compétences scientifiques au cœur de la formation

La PACES est découpée en 8 unités d'enseignement (UE) réparties sur deux semestres et dont le programme est national (sauf pour l'UE de spécialité : le programme est alors défini par l'unité de formation et de recherche [UFR] elle-même). Le cœur de la formation se fonde sur les matières scientifiques. Il s'agit essentiellement de l'étude de l'anatomie et des tissus humains à travers la biologie, l'histologie (étude des tissus biologiques) et la biochimie, de l'étude des mécanismes et processus organiques avec la biophysique (utilisation des phénomènes physiques appliqués aux molécules d'origine biologique), la physiologie (rôle, fonctionnement et organisation mécanique et physique) et la pharmacologie, mais aussi de la biostatistique (UE 4), matière très mathématique et donc relativement discriminante. Une UE (UE 7 « Santé, société, humanité ») est en outre axée sur les sciences humaines en santé.

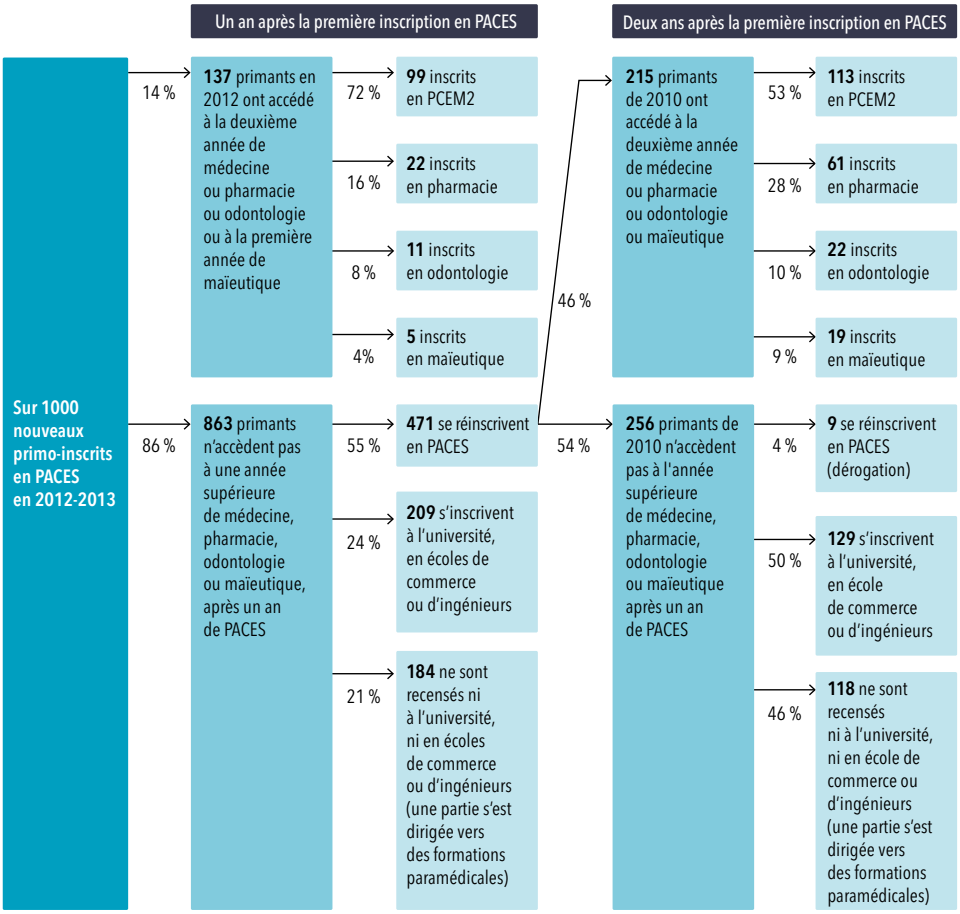
Le second semestre est l'occasion pour les étudiants de choisir une UE de spécialité en fonction du (ou des) concours qu'ils souhaitent passer. Le contenu est fixé par chaque université. Cette UE de spécialité est composée de quatre matières, qui parfois se recoupent entre les différentes filières. Il reste donc malgré tout possible de passer plusieurs concours et de suivre plusieurs UE de spécialités, même si cela augmente la charge de travail. En somme, les compétences requises sont essentiellement des compétences scientifiques théoriques. Les concours se font sous la forme de questionnaires à choix multiples, sauf pour l'UE 7 de sciences humaines qui prend la forme d'une épreuve rédactionnelle. On peut noter l'absence de valorisation et d'approfondissement des dimensions humaines, de la motivation ou des capacités pratiques des étudiants. Le contenu des épreuves du concours est fixé par chaque UFR.

1. Définie dans la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 – art. 1 (V), L 631-1 du Code de l'éducation, annexe I, page 81.

Encadré 2 Les sources

La base SISE Université (système d'information sur le suivi de l'étudiant) est une base de données gérée par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MENESR) qui recense l'ensemble des étudiants à l'université. Son champ englobe donc l'ensemble des étudiants inscrits en école de sages-femmes, ainsi que ceux inscrits en premier cycle d'études médicales ou en deuxième année de médecine, d'odontologie et de pharmacie. Les données sont récoltées à partir des bases de gestion des universités et constituent une photographie des effectifs d'étudiants le 15 janvier de chaque année.

Schéma Le devenir des étudiants en PACES deux ans après leur inscription en 2012-2013



PACES : première année commune aux études de santé.
Champ > 37 126 primants de 2012.
Sources > MENESR, DGESIP, DGRI, SIES, bases SISE le 15 janvier de chaque année.

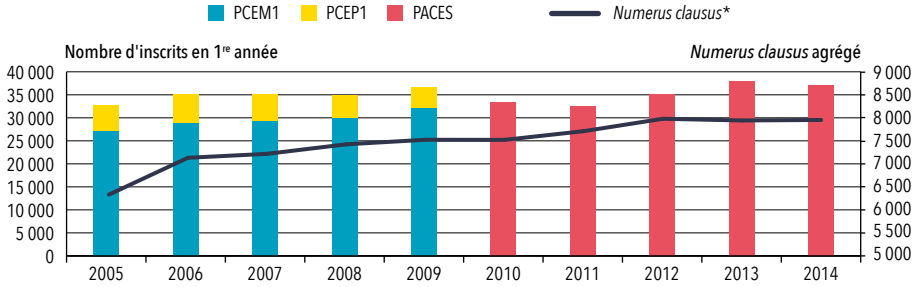
médicales et entend répondre à plusieurs objectifs. Tout d'abord, elle entend souscrire aux exigences du processus de Bologne et à la refonte des formations universitaires pour correspondre au format LMD (Licence, Master et Doctorat). Il s'agit aussi de favoriser les réorientations en cas d'échec à ce concours particulièrement sélectif. Si le principe du *numerus clausus* n'est pas modifié, l'idée est en revanche de favoriser et valoriser les réorientations, notamment en cas d'échec dès les épreuves du premier semestre. Ainsi, jusqu'à 15 % des étudiants les moins bien classés peuvent être réorientés vers d'autres filières de façon contraignante et ce dès l'issue du premier semestre, à la discrétion des universités. Ces réorientations ont cependant concerné moins de 2 % des étudiants en 2010-2011, avec 639 réorientations obligatoires et 306 réorientations volontaires (ONDPS, 2014).

Les règles des concours changent également. Le principe clef est tout d'abord que les matières deviennent communes pour les quatre formations, sauf pour la dernière unité d'enseignement (UE) qui est spécifique à la filière préparée (encadré 1). La présence de cette UE de spécialité a néanmoins pour conséquence de rendre difficile de passer les concours des quatre filières simultanément, même si certaines matières sont communes aux différentes UE de spécialités. En 2010-2011, 62 % des candidats de PACES avaient passé un seul concours, 26 % en avaient passé deux ; seuls 8 % en avaient passé trois et 4 % les quatre concours simultanément (ONDPS, 2014). Il n'est en outre plus possible de passer les concours trois ou quatre fois de suite comme cela arrivait par le passé, avec le système de navettes entre les concours de la PCEP1 et de la PCEM1 : le nombre de tentatives est désormais limité à deux.

Le 15 janvier 2010, les nouveaux entrants à l'université inscrits en PACES étaient environ 33 400, d'après les sources du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (encadré 2). Ce nombre est un peu inférieur à celui enregistré l'année précédente au sein des formations PCEM1 et PCEP1 : les réorientations dès l'issue du premier semestre mises en place par la réforme PACES réduisent mécaniquement les effectifs dénombrés en janvier. Les effectifs des nouveaux inscrits en PACES augmentent ensuite entre 2010 et 2014, à un rythme plus soutenu que celui du *numerus clausus* agrégé des différentes filières concernées (graphique 1).

Depuis 2014, dans le cadre des expérimentations PACES, de nouveaux parcours éligibles à la voie

Graphique Effectifs des nouveaux entrants à l'université inscrits en première année d'études médicales



PCEM1 : première année du premier cycle des études de médecine ; PCEP1 : première année du premier cycle des études de pharmacie ; PACES : première année commune aux études de santé.
* Il s'agit de la somme des *numerus clausus* des quatre professions médicales et pharmaceutiques.
Note > Un étudiant nouvel entrant est un étudiant s'inscrivant pour la première fois en première année de cursus licence dans une université française, qu'il soit nouveau bachelier ou non. Sur le champ des études de santé, ce concept diffère légèrement de celui de « primant » mobilisé dans l'étude DREES de 2015 (Fauvet *et al.*, 2015), qui incluait aussi les étudiants déjà inscrits à l'université par le passé mais se réorientant ou en reprise d'études. Les effectifs présentés sur ce graphique sont donc légèrement inférieurs à ceux du graphique 1 de l'étude DREES.
Champ > France entière.
Source > Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (Références statistiques 2015).

d'admission directe en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou maïeutiques ont été définis (encadré 3).

Qui réussit les concours ? Le profil des étudiants

La mise en place de la PACES n'a pas introduit de changement dans le profil social des étudiants inscrits et passant avec succès les concours (Fauvet *et al.*, 2015). Les catégories sociales favorisées continuent d'être surreprésentées. Au cours des dernières années, les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures représentent ainsi 40 % du nombre d'inscrits, contre 30 % de l'ensemble des inscrits à l'université. De façon liée, la filière médicale accueille également moins de boursiers sur critères sociaux que la moyenne universitaire, mais cette pratique est en progression. Entre 2006 et 2014, la proportion d'étudiants boursiers est ainsi passée de 24 % à 31 %, une hausse similaire à celle constatée au sein de l'enseignement supérieur dans sa globalité (27 % à 34 %) [Ministère de l'Éducation nationale, 2015].

L'immense majorité des étudiants de PACES sont titulaires d'un baccalauréat scientifique (90 %) et une majorité sont des femmes (65 %). La filière maïeutique est encore plus féminisée à la suite de la réforme. Depuis la mise en place de la PACES, les hommes, déjà peu présents avant 2010 (ils représentaient environ 10 % des effectifs), ont quasiment disparu de la filière. Cette évolution peut résulter de la réforme PACES en elle-même puisque désormais, les étudiants doivent choisir leur(s) filière(s) d'intérêt avant de passer le concours, chaque filière nécessitant de suivre des cours supplémentaires. Ainsi, il est possible que, pour les hommes, le choix de la filière sages-femmes soit plus courant *a posteriori* qu'*a priori*. La féminisation en revanche est en léger recul en deuxième année pour les filières pharmacie et odontologie.

Les étudiants en première année sont souvent plus jeunes que la moyenne des nouveaux bacheliers à l'université. 87 % des inscrits sont « à l'heure »[2] contre 73 % de l'ensemble des inscrits à l'université. Si les « primants » (étudiants inscrits pour la première

Encadré 3 Les expérimentations PACES

Dans le cadre de l'article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, un arrêté du 20 février 2014 portant sur l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques a défini, dans son article 5, les parcours éligibles à la voie d'admission directe en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou maïeutiques :

> pour l'université d'Angers, un parcours pluridisciplinaire dédié et commun à un ensemble de licences, organisé à compter de l'année universitaire 2015-2016 ;

> pour les universités Paris-V, Paris-VII et Paris-XIII, la validation d'une deuxième ou d'une troisième année d'une ou plusieurs licences existantes adaptées ainsi que la validation d'unités d'enseignement complémentaires, dont la nature et le nombre dépendent du cursus de licence suivi, organisées à partir de l'année universitaire 2014-2015 ;

> pour l'université de Saint-Étienne, la validation d'une troisième année d'une ou plusieurs licences existantes adaptées en vue de la poursuite des études médicales ou pharmaceutiques, ainsi que la validation d'unités d'enseignement complémentaires, dont la nature et le nombre dépendent du cursus de licence suivi, organisées à compter de l'année universitaire 2014-2015 ;

> pour l'université de Rouen, la validation d'une deuxième ou d'une troisième année de la licence « sciences pour la santé » proposée à compter de l'année universitaire 2014-2015 ;

> pour l'université de Strasbourg, la validation d'une deuxième année de licence « sciences du vivant ». L'admission à poursuivre des études pharmaceutiques est ouverte soit après ce même parcours, soit après la validation d'une deuxième année de licence de « chimie ».

2. C'est-à-dire n'ayant connu aucun redoublement.

fois en PACES) représentent 60 % des inscrits, ils étaient seulement 14 % en 2012-2013 à réussir du premier coup l'un des concours d'entrée aux professions médicales et pharmaceutiques, un taux qui se décompose comme suit : 10 % en médecine, 2 % en pharmacie, 1 % en odontologie et 0,5 % en maïeutique (schéma). En définitive, 35 % des primo-inscrits intègrent la deuxième année de l'une des quatre filières médicales.

Les formations paramédicales liées à la PACES

La PACES (et la PCEM1 avant elle) est également une porte d'entrée pour certaines formations paramédicales, avec des places réservées aux étudiants ayant validé cette année d'étude. Cela concerne aujourd'hui six formations : masseurs-kinésithérapeutes (de façon désormais pérenne[3]), techniciens de laboratoire médical, manipulateurs en électroradiologie médicale, ergothérapeutes, pédicures-podologues et psychomotriciens (de façon dérogatoire).

La part des admis issus de la PACES est variable selon les filières, elle représente jusqu'à 60 % pour la formation de masseur-kinésithérapeute. Pour les psychomotriciens, la part des étudiants passant par une première année d'études médicales est restée stable entre avant et après la réforme de la PACES, à environ 10 %. Quant aux ergothérapeutes, cette proportion a plutôt décru, passant de 30 % en 2007 à 17 % en 2012 (Fauvet *et al.*, 2015). ■

Pour en savoir plus

> **Fauvet L., Jakoubovitch S., Mikol F.**, 2015, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études et Résultats*, DREES, n° 927, juillet.

> **Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche** (MENESR), 2015, *Repères et références statistiques*, DEPP.

> **Observatoire national des professions de santé** (ONDPS), 2014, *Rapport 2013-2014*.

3. À partir de la rentrée 2016-2017, le passage par une première année de PACES, une première année de licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ou dans le domaine sciences, technologies, santé devient obligatoire pour tous les étudiants désirant intégrer le cursus de masseur-kinésithérapeute (arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute). Ce dispositif met fin au concours d'entrée actuel « Physique-Chimie-Biologie » (PCB) de niveau bac.

13 Médecins : les épreuves classantes nationales (ECN)

Le passage en troisième cycle des études de médecine (TCEM) qui permet de se spécialiser après six ans d'études est conditionné depuis 2004 par les épreuves classantes nationales (ECN). En fonction de leur rang de classement aux épreuves et après validation de leur dernière année de deuxième cycle, les étudiants choisissent un poste d'interne, c'est-à-dire à la fois une spécialité et une subdivision géographique (un lieu de formation), dans une liste arrêtée conjointement par les ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur sur proposition de l'ONDPS. Depuis la création des ECN, la médecine générale est mise sur le même plan que les autres spécialités, auparavant séparées entre résidanat et internat (encadré 1).

Trente spécialités au choix pour un tiers des étudiants

En 2014, 8 357 étudiants se sont présentés aux ECN sur 8 668 inscrits (Bachelet, 2015). Le nombre de postes proposés aux étudiants est arrêté après les épreuves et les invalidations du deuxième cycle des études médicales, afin de tenir compte du nombre de candidats pouvant effectivement choisir un poste (encadré 1). En 2014, 7 860 candidats ont été affectés sur l'un des 8 190 postes offerts : seuls 330 postes sont ainsi restés vacants (4 %) [tableau].

Parmi les 7 860 candidats affectés, 136 étaient signataires d'un contrat d'engagement de service public (CESP) [encadré 2]. 7 755 sont entrés pour la première fois en troisième année de cycle des études médicales (TCEM), tandis que 105 étaient déjà en TCEM lors de l'année universitaire 2013-2014.

En 2014, 34 % des candidats (hors CESP) peuvent choisir entre les trente spécialités offertes et 50 % entre 21 spécialités. Tous ont pu choisir entre les cinq spécialités pour lesquels des postes n'ont pas trouvé preneur. C'est le cas, comme les années précédentes, de la médecine générale, de la santé publique et de la médecine du travail. Depuis 2012, la psychiatrie est dans ce même cas et, pour la première fois en 2014, la biologie médicale.

L'attractivité des spécialités

L'analyse du choix des spécialités par les étudiants permet de distinguer celles qui semblent les plus (ou les moins) attractives. La DREES a en ce sens développé depuis plusieurs années un indicateur d'attractivité compris entre 0 et 1 (voir Bachelet, 2015, ainsi que les autres études annuelles de la DREES sur les ECN). Pour chaque spécialité, il consiste à agréger les rangs (points) des étudiants la choisissant, puis cette agrégation est normalisée pour que le résultat soit comparable d'une spécialité à l'autre, quel que soit le nombre de places offertes. Plus une spécialité a un indicateur proche de 0, plus on considère qu'elle est attractive, puisque meilleurs sont classés les étudiants l'ayant choisie. La hiérarchie de cet indicateur par spécialité est globalement stable d'une année sur l'autre. En 2014, tout comme en 2011, 2012 et 2013, la spécialité la plus attractive est l'ophtalmologie. Les autres spécialités qui figurent en haut du tableau depuis 2011 sont toutes des spécialités médicales : radiodiagnostic et imagerie médicale, néphrologie, dermatologie et cardiologie.

De cette analyse, on peut tout d'abord remarquer que les spécialités les plus rémunératrices ne sont pas nécessairement les plus prisées. C'est par exemple le cas de la dermatologie, spécialité très prisée mais qui ne figure que dans la seconde moitié du classement des disciplines les mieux payées (voir la fiche 7). D'autre part, on observe que les spécialités qui s'exercent majoritairement en libéral figurent parmi les plus attractives (radiologie et dermatologie par exemple).

Un groupe de spécialités plutôt salariées peine à recruter les internes les mieux classés aux ECN : la médecine physique et de réadaptation, la psychiatrie, la biologie médicale, la santé publique et la médecine du travail. La médecine générale figure aussi dans ce dernier groupe même si, avec son contingent de postes offerts très important, elle continue de recruter à tous les niveaux du classement (*cf. infra*).

Les femmes représentent 59 % des internes en 2014, une part stable par rapport à 2013, mais leur répartition demeure assez inégale au sein des

Encadré 1 Le fonctionnement des épreuves classantes nationales (ECN)

Avant 2004 : une distinction entre la médecine générale et les autres spécialités d'exercice (Fauvet, 2012)

Depuis 1984, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialiste passaient les concours de l'internat à l'issue du deuxième cycle. Ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes, voie unique pour certaines spécialités comme les spécialités chirurgicales, et préparaient un diplôme d'études spécialisé (DES) en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient aux concours de l'internat ou qui ne s'y présentaient pas pouvaient entrer en troisième cycle en qualité de résident de médecine générale dans leur unité de formation et de recherche (UFR) d'origine et préparer une qualification de médecine générale en trois ans. Une dernière possibilité existait néanmoins pour l'accès à certaines spécialités médicales (gastro-entérologie ou cardiologie par exemple) : l'obtention d'un certificat d'études spéciales (CES), voie courante et moins sélective que l'internat.

À partir de 2004 : les ECN

Les ECN, instituées par décret le 16 janvier 2004, se sont substituées au concours de l'internat en 2004. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent se soumettre à ces épreuves pour accéder au troisième cycle. Selon leur rang de classement et sous réserve d'avoir validé leur deuxième cycle, les étudiants ayant participé aux ECN choisissent, depuis 2010, une subdivision (un lieu de formation, parmi 28) ainsi qu'une spécialité (parmi 30) au sein des postes ouverts par les pouvoirs publics. Chaque étudiant peut formuler différents vœux correspondants à des choix préférentiels de spécialité et subdivision.

Depuis 2011, la procédure de choix des postes à l'issue des ECN se fait *via* Internet, à travers l'application CELINE du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Auparavant, les étudiants choisissaient leur poste d'interne lors d'un « amphi-garnison » physique (réunion par ordre de classement de tous les étudiants).

Les étudiants passent les ECN au cours de la dernière année du deuxième cycle et peuvent les repasser l'année qui suit – au cours de leur première année de troisième cycle –, s'ils ne sont pas satisfaits de leur affectation. Les étudiants ne peuvent ainsi se présenter que deux fois à ces épreuves.

Le contenu des ECN et les ECNi en 2016

Le contenu des ECN est constitué de trois types d'épreuves qui se déroulent sur plusieurs jours. Tout d'abord, une épreuve d'analyse composée de trois sous-épreuves, elles-mêmes composées de six dossiers cliniques progressifs, pour un total de neuf heures d'examen (70 % de la note finale). La deuxième épreuve est un questionnaire à choix multiples pendant trois heures (20 % de la note finale). Enfin, la dernière épreuve est un questionnaire fondé sur la lecture critique de deux articles scientifiques, pendant trois heures (10 % de la note finale). En mars 2013, les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur ont annoncé que les ECN seraient dès 2016 dématérialisées et informatisées (ECNi) et se passeraient sur des tablettes, afin notamment d'alléger la lourde procédure de correction (Aubert *et al*., 2015).

Un éventail de 30 spécialités médicales ouvertes à l'issue des ECN

Les 30 spécialités correspondent aux diplômes d'études spécialisées (DES) délivrés en fin de troisième cycle :

> 9 spécialités existaient déjà en tant que discipline avant 2010 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique ;

> 16 spécialités étaient regroupées dans la discipline des spécialités médicales : anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénérologie, endocrinologie, diabétologie, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, rhumatologie ;

•••

> 4 spécialités étaient regroupées dans la discipline des spécialités chirurgicales : chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
> Enfin, en 2011, la chirurgie orale devient une nouvelle spécialité à la place de la stomatologie.

À noter qu'en plus du DES délivré en fin de troisième cycle, les études de médecine doivent être obligatoirement sanctionnées par une thèse d'exercice (qui diffère de la thèse de doctorat dans le sens où elle ne nécessite pas de recherche expérimentale et est effectuée en principe beaucoup plus rapidement). La soutenance et la validation de la thèse donnent ainsi droit au titre de docteur en médecine. Une fois leur DES obtenu et leur thèse soutenue avec succès, les étudiants en médecine se voient délivrer le diplôme d'État de docteur en médecine qui leur permet de s'inscrire à l'Ordre et d'exercer.

Un taux d'inadéquation désormais limité (Bachelet, 2015)
Depuis les ECN de 2012, les modalités de validation du deuxième cycle ont été modifiées (décret n° 2011-954 du 10 août 2011). Elles prévoient que les validations du deuxième cycle sont appréciées au plus tard à la date de la délibération du jury des ECN. Cette nouvelle réglementation vise à réduire le taux d'inadéquation entre le nombre d'étudiants qui ont passé les ECN et ceux qui prennent effectivement un poste d'interne en participant à la procédure nationale de choix. Les étudiants n'ont désormais plus la possibilité, en cas de mauvais classement aux ECN, d'invalider les stages de la dernière année du deuxième cycle après les ECN pour redoubler et repasser les épreuves l'année suivante. Il est toutefois possible, à titre dérogatoire, de repasser les ECN l'année suivante avec le statut d'auditeur, dans la limite de 8 % du nombre d'étudiants en 6e année inscrits dans la même unité de formation et de recherche et aux ECN ayant validé le deuxième cycle et à la discrétion d'une commission.

Les résultats de cette réforme se sont fait sentir dès son instauration : le nombre de candidats classés mais non affectés est passé de 700 en 2011 à 248 en 2012. En 2014, moins de 4 % des postes d'internes proposés n'ont pas été pourvus, contre environ 10 % avant la réforme.

spécialités. Elles composent les trois quarts des effectifs en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique, en endocrinologie et en dermatologie, mais moins de 40 % des internes en anesthésie-réanimation, radiodiagnostic et imagerie médicale, neurochirurgie, médecine nucléaire, chirurgie générale et chirurgie orale. Le taux de féminisation atteint 98 % en gynécologie médicale. Cette situation ne s'explique pas par des taux de réussite différents en fonction du sexe des individus, puisque le rang moyen des femmes et des hommes est à peu près identique (3 802 pour les femmes, 3 756 pour les hommes). Il s'agit vraisemblablement d'une question d'inclinations personnelles et de préférences.

Le cas de la médecine générale

Les postes d'interne en médecine générale composent, en 2014, près de la moitié des effectifs. Avant la réforme de 2011 (encadré 1), un nombre important d'entre eux ne trouvaient pas preneur à l'issue de la procédure de choix des étudiants. La politique volontariste menée pendant cette période avait en effet conduit à ouvrir un grand nombre de postes en médecine générale, mais impliquait qu'un nombre important d'entre eux restaient vacants. L'un des objectifs de la réforme de 2011 a ainsi consisté en un rééquilibrage entre la médecine générale et les autres spécialités, puisque la progression de la part des postes pourvus a été particulièrement marquée dans cette spécialité, où elle est passée de 84 % en 2011 à 94 % en 2014. Au total, la part de la médecine générale dans l'ensemble des postes pourvus se maintient autour de 47 % entre 2011 et 2014.

Si cette spécialité ne pourvoit pas entièrement ses postes, elle recrute en revanche à tous les niveaux. Ainsi, en 2014, 5 % des 1 000 premiers ont opté pour cette voie, dont 90 % de femmes. En 2014, le premier à la choisir était classé 25e.

Dans le cadre de la validation du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, l'interne doit réaliser trois stages, pour un total de six semestres. Le stage de niveau 1 est un stage chez un médecin généraliste, au cours duquel l'interne a pour mission d'observer, d'exécuter des actes en présence du maître de stage (supervision directe) et certains actes en supervision indirecte, le maître de stage n'intervenant

Tableau Répartition des postes ouverts et pourvus et attractivité des différentes spécialités pour les ECN 2014

Spécialités	Nombre de postes ouverts*	Part des postes pourvus (en %)	Part des femmes (en %)	Indicateur d'attractivité (hors CESP)
Anesthésie - réanimation médicale	433 (+2)	100	39,8	0,23
Biologie médicale	120	93	53,6	0,72
Gynécologie médicale	48	100	97,6	0,30
Gynécologie obstétrique	212 (+2)	100	82,7	0,32
Médecine générale	3 752 (+108)	94	62,3	0,84
Médecine du travail	177	66	59,0	0,82
Pédiatrie	320 (+3)	100	83,9	0,31
Psychiatrie	526 (+3)	96	62,8	0,68
Santé publique	96	75	41,7	0,73
Spécialités chirurgicales	**686 (+10)**	**100**	**37,4**	**-**
Chirurgie générale	423 (+1)	100	31,4	0,27
Neurochirurgie	24	100	37,5	0,28
ORL et chirurgie cervico-faciale	86 (+1)	100	47,1	0,20
Ophtalmologie	142 (+8)	100	49,3	0,11
Chirurgie orale	11	100	27,3	0,38
Spécialités médicales	**1 684 (+8)**	**100**	**55,9**	**-**
Anatomie et cytologie pathologiques	65 (+1)	100	68,2	0,32
Cardiologie et maladies vasculaires	203 (+3)	100	45,6	0,14
Dermatologie et vénérologie	96 (+1)	100	86,6	0,14
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	79	100	70,9	0,39
Gastro-entérologie et hépatologie	124	100	66,9	0,21
Génétique médicale	21	100	66,7	0,51
Hématologie	45	100	51,1	0,33
Médecine interne	132	100	50,8	0,18
Médecine nucléaire	40	100	35,0	0,28
Médecine physique et de réadaptation	97 (+1)	100	53,1	0,55
Néphrologie	87	100	55,2	0,16
Neurologie	118	100	64,4	0,24
Oncologie	132	100	57,6	0,26
Pneumologie	114 (+1)	100	51,3	0,29
Radiodiagnostic et imagerie médicale	244 (+1)	100	39,2	0,16
Rhumatologie	87	100	67,8	0,26
Ensemble des spécialités hors médecine générale	**4 302 (+28)**	**97**	**56,0**	**-**
Ensemble des spécialités	**8 054 (+136)**	**96**	**59,0**	**-**

* Arrêté fixant le nombre de postes offerts aux epreuves classantes nationales (ECN) en médecine. Les chiffres entre parenthèses indiquent les postes ouverts au titre du contrat d'engagement de service public.
Note > Concernant la lecture de l'indicateur d'attractivité, plus l'indicateur est faible, plus la spécialité est prisée.
Champ > Ensemble des étudiants en médecine, hors étudiants du service de santé des armées.
Sources > Fichiers de gestion automatisée des épreuves classantes nationales (ECN), traitement DREES-CNG.

qu'en cas de besoin. Un semestre doit également être réalisé en pédiatrie ou en gynécologie. En troisième année enfin, le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) se rapproche de l'exercice professionnel à venir.

Le nombre de postes ouverts à l'internat en médecine générale depuis les ECN de 2004 ne se retrouve pas, trois années plus tard (la durée de l'internat pour cette spécialité), dans le nombre de titulaires d'un DES de médecine générale recensés dans les données du tableau de l'Ordre (CNOM, 2012), laissant présager une « déperdition » des étudiants au cours du cursus. S'il s'agit bien d'une spécificité de la médecine générale par rapport aux autres spécialités[1], dont on peut craindre qu'elle ralentisse l'installation de nouveaux médecins généralistes – en particulier des libéraux qui prodiguent les soins de premiers recours à la population –, cette inquiétude mérite cependant d'être relativisée au vu de plusieurs constats. Premièrement, les études durent souvent plus longtemps que les trois années prévues dans la maquette de médecine générale. Les médecins généralistes peuvent notamment compléter leur formation par des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de deux ou trois ans, comme la médecine du sport, la médecine d'urgence ou encore la médecine légale, retardant d'autant le moment d'enregistrement des diplômes correspondants à l'Ordre. Ensuite, la soutenance de la thèse peut intervenir dans les trois ans après la validation du troisième cycle des études médicales et donc l'obtention du DES. La validation de la thèse peut ainsi être faite tardivement, ce qui est également susceptible de différer l'inscription au tableau de l'Ordre. Cette validation peut notamment être d'autant plus tardive qu'il est possible d'exercer la médecine générale avant, sans avoir encore obtenu le titre de Docteur, en tant que remplaçant. Il s'agit d'une pratique très courante, puisque selon une enquête de 2006 de la Direction de la Sécurité sociale, neuf médecins généralistes sur dix avaient effectué des remplacements avant de s'installer (ONDPS, 2007). Enfin, la médecine générale est une profession relativement féminisée parmi les plus jeunes (voir la fiche 1). Pour celles désirant avoir des enfants autour des âges de l'internat, il peut être notamment socialement plus protecteur de mener leur grossesse pendant l'internat qu'ensuite.

Encadré 2 Le contrat d'engagement de service public (CESP)

L'article 46 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») a instauré le contrat d'engagement de service public à destination des étudiants admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année commune aux études de santé (voir la fiche 12) ou ultérieurement. Les étudiants signataires perçoivent une allocation mensuelle brute de 1 200 euros jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement correspond à la durée de versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans. La montée en charge du nombre de postes pourvus dans le cadre d'un CESP à l'issue des ECN a été forte et régulière : elle est passée de 34 postes en 2011 à 136 postes en 2014 (après respectivement 62 et 83 postes en 2012 et 2013). En 2014, les 136 postes CESP sont ouverts dans 14 spécialités et dans toutes les subdivisions sauf à Dijon. La majorité des postes sont ouverts en médecine générale, mais le CESP couvre également les quatre spécialités les plus attractives en 2014 (tableau 1). Si, en 2014, le premier classé en CESP a opté pour la médecine générale, il permet à des étudiants d'accéder à des spécialités recherchées, auxquelles ils n'auraient pas accès autrement compte tenu de leur rang de classement national, comme l'ophtalmologie (8 postes de CESP correspondants en 2014).

1. D'après des estimations réalisées par la DREES en 2012 à partir des données du RPPS.

La mobilité géographique

Près d'un interne sur cinq (hors CESP) est affecté en Île-de-France, et plus de la moitié d'entre eux le sont dans les neuf subdivisions les plus importantes en capacités : Île-de-France, Lille, Lyon, Aix-Marseille, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Strasbourg, Nancy. Seules huit subdivisions sur vingt-six conservent plus de la moitié de leurs étudiants : Amiens, Besançon, Paris, Lille, Limoges, Nancy, Reims et Strasbourg.

Un peu moins de la moitié des étudiants prennent leur poste dans leur subdivision d'origine. Deux cas de mobilité se présentent. La mobilité contrainte correspond à la situation où la spécialité n'est plus accessible dans la subdivision d'origine de l'étudiant, elle a concerné 20 % des étudiants affectés en 2014. La mobilité choisie correspond, quant à elle, à un changement délibéré de zone, malgré la disponibilité de la spécialité dans la zone d'origine, et concerne 33 % des étudiants. ■

Pour en savoir plus

> **Aubert S., Vicente G.**, 2015, « Mémento du candidat aux ECNi », *AUFEMO/Faculté de médecine de Strasbourg/ECNi/CNG*, novembre.

> **Bachelet M.**, 2015, « 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, nº 937, octobre.

> **Bachelet M**., 2014, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Études et Résultats*, DREES, nº 894, octobre.

> **Conseil national de l'Ordre des médecins** (CNOM), 2012, Étude sur la répartition des médecins généralistes, *Rapport coordonné par le Pr. Nicodeme*, avril.

> **Fauvet L.**, 2012, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, nº 802, mars.

> **Hardy-Dubernet A.-C, Arliaud M., Horellou-Lafarge C., Le Roy F., Blanc M.-A.**, 2001, « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », INSERM/CNRS/MIRE, novembre.

> **Hardy-Dubernet A.-C., Faure Y.**, 2006, « Le choix d'une vie… Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », *Études et Résultats*, DREES, nº 66, décembre.

> **Labarthe G., Herault D**., 2003, « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et résultats*, DREES, nº 244, juin.

> **Observatoire national de la démographie des professions de santé** (ONDPS), 2008, La médecine générale, *Rapport 2006-2007*, Tome 1.

14 La formation aux professions de santé non médicales

En dehors des professions médicales et pharmaceutiques (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique), un grand nombre d'autres professionnels opèrent dans le domaine sanitaire. Il s'agit principalement des infirmiers, des professionnels de la rééducation, dont les masseurs-kinésithérapeutes composent le plus gros du contingent, et des aides-soignants (voir la fiche 2). Les formations à ces professions de santé non médicales relèvent, pour certaines d'entre elles, directement du ministère chargé de la Santé. C'est le cas des infirmiers, des aides-soignants et de certaines professions de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens et ergothérapeutes). Les autres relèvent du ministère chargé de l'Enseignement supérieur : orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes et diététiciens. Ces doubles tutelles expliquent que les sources statistiques diffèrent selon la profession (encadré). Certaines formations sont encadrées par des quotas (voir la fiche 11) comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes. Les autres ne le sont pas, mais font en revanche l'objet de délivrances d'agréments, régulant *de facto* le nombre d'étudiants pouvant accéder à la première année de formation (aides-soignants ou ergothérapeutes par exemple).

90 500 étudiants en formation d'infirmier en 2013

En 2013, l'enquête Écoles (encadré) recense plus de 90 500 étudiants en formation d'infirmier, dont 31 100 inscrits en première année (tableau). L'entrée en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est soumise à des quotas fixés chaque année par arrêté ministériel et qui s'appliquent à l'entrée de la première année (voir la fiche 11). Le concours d'entrée comprend deux épreuves écrites d'admissibilité et une épreuve orale d'admission[1]. La formation est accessible aux titulaires d'un baccalauréat ou aux personnes ayant trois ans d'expérience dans le secteur sanitaire et médico-social (cinq ans dans un autre secteur, après passage devant un jury de présélection) et dure au total trois ans (hors spécialisation) [*cf. infra*]. Depuis 2012, les étudiants ayant validé leur première année commune aux études de santé (PACES) mais n'entrant pas en deuxième année d'études médicales peuvent accéder directement à l'épreuve d'admissibilité orale (voir la fiche 12)[2]. À l'image de la profession, la formation d'infirmier est largement féminisée avec 83 % d'étudiantes en formation (tableau), même si cette part s'est progressivement réduite depuis 1970 où les femmes représentaient 95 % des diplômés (Marquier, 2006). Seuls 20 % des étudiants en soins infirmiers ont un père cadre ou ayant une profession intellectuelle supérieure, une part nettement inférieure à celle des autres étudiants en formation paramédicale de niveau comparable (tableau), un constat déjà établi dix ans auparavant (Marquier, 2006). Les étudiants en soins infirmiers sont également plus âgés que ceux des formations paramédicales de niveau équivalent, avec un tiers des nouveaux inscrits ayant plus de 22 ans en 2013 (contre 10 % à 15 % seulement chez les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ou pédicures-podologues) [tableau]. Ceci peut être lié au fait que la formation au métier d'infirmier correspond souvent à une reprise d'études. Une partie importante (27 %) des étudiants en soins infirmiers occupait en effet un emploi l'année précédant la première entrée en établissement de formation, d'après les derniers chiffres de l'enquête Écoles (Casteran-Sacreste, 2015), alors que cette part est marginale pour les autres formations paramédicales de niveau équivalent recensées par l'enquête.

L'abandon en cours d'études semble relativement important pour cette formation. On observe une forte déperdition entre les quotas et le nombre de diplômés trois ans après, même si cet écart semble se réduire progressivement au cours des années récentes (écart de 16 % entre 2012 et 2014, contre 26 % en

1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.
2. Arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Tableau Caractéristiques des étudiants des formations aux principaux métiers d'auxiliaires médicaux et d'aides-soignants en 2013

	Nombre d'établissements	Effectifs total	Effectifs total en 1re année	Part de femmes (en %)	Nouveaux inscrits en 1re année*			
					Part des niveaux bac et plus (en %)	Part des moins de 22 ans (en %)	Part en emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social avant d'intégrer la formation (en %)	Part dont le père est cadre ou prof. intellectuelle supérieure (en %)
Infirmiers	328	90 531	31 116	83	88,2	66,8	17,0	20,2
Masseurs-kinésithérapeutes	43	7 676	2 780	54	97,8	89,4	0,9	41,8
Ergothérapeutes	19	2 112	819	84	94,9	88,7	1,8	34,3
Psychomotriciens	11	2 575	844	91	97,3	84,2	0,8	39,4
Pédicures-podologues	10	1 695	572	61	97,5	88,4	0,4	43,7
Aides-soignants	485	26 181	26 181	89	48,3	29,7	38,3	8,8

* C'est-à-dire hors redoublants.
Champ > Tous les inscrits ayant commencé entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année de l'enquête pour les professions concernées, France métropolitaine.
Source > Enquête École 2013, traitement DREES.

Encadré L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé de la DREES, principale source sur les formations des professions non médicales

L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé, « enquête Écoles », est une enquête exhaustive réalisée annuellement depuis 1980 par la DREES auprès des centres de formation délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé et de leurs étudiants. Le champ de l'enquête couvre ainsi 12 formations de base (infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulancier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie hospitalière) ainsi que 4 formations de spécialisation (puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, cadre de santé). Elle recueille deux types d'informations : des données individuelles, recueillies auprès de chacun des étudiants (sexe, âge, niveau de formation, mobilité géographique…), et des données agrégées par formation, fournies par les établissements.

Quant aux formations aux professions de santé pour lesquelles les diplômes sont délivrés par le ministère de l'Enseignement supérieur, il n'existe pas de source disponible permettant un dénombrement aussi fin que l'enquête Écoles. Seules certaines remontées académiques ont pu être exploitées par la DREES à ce jour, pour comptabiliser le nombre d'entrants en formation (Rochut, 2014).

L'insertion professionnelle des jeunes diplômés des formations sanitaires est en revanche bien documentée grâce aux enquêtes Génération du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ), dont l'objectif est d'apporter des connaissances sur le parcours professionnel des jeunes diplômés de façon régulière depuis 1992. Les personnes sorties de formation initiale y sont interrogées trois ans après la fin de leurs études. Les diplômes de la santé concernés sont ceux dits de « niveau III » (ergothérapeutes, infirmiers diplômés d'État, manipulateurs en électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens, puéricultrices et sages-femmes) et de « niveau V » (aides-soignants et auxiliaires de puériculture). La DREES mobilise régulièrement ces enquêtes pour établir des constats sur l'insertion des infirmiers (Marquier, 2005 ; Ferretti et Garrouste, 2008) ou des aides-soignants (Collin, 2015), professions pour lesquelles les effectifs enquêtés sont les plus nombreux.

moyenne entre 2005 et 2011). Ce phénomène ne peut être expliqué par les seuls redoublements. D'une part, toutes les places ne sont pas pourvues chaque année : un écart d'environ 7 % à 8 % est en effet constaté entre les nouveaux entrants en institut de formation et le quota national. D'autres facteurs peuvent également jouer, sans qu'il soit possible de les chiffrer précisément : étudiants qui partent en fin de première année pour obtenir un diplôme d'aide-soignant, interruptions ou reports de formation, etc. (Barlet et Cavillon, 2010).

La formation alterne cours théoriques et stages avec 2 100 heures de formation théorique (cours magistraux, travaux dirigés et travail personnel guidé) et 2 100 heures de formation clinique en stage, ainsi que 900 heures de travail personnel. Le but de la formation est d'acquérir des compétences « [d']analyse, [d']organisation, [de] réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, [de] contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et [liées à] la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé »[3]. La formation est intégrée au dispositif LMD (Licence-Master-Doctorat) depuis la rentrée 2009, dans le cadre de travaux de réingénierie de la formation des professions paramédicales (Allal *et al.*, 2013). À l'issue, le ministère de la Santé délivre aujourd'hui un diplôme d'État d'infirmier, et un grade de licence est délivré par les universités. Il est également possible après la formation, ou en cours de carrière, de se spécialiser : infirmier anesthésiste (en deux ans), infirmier de bloc opératoire (en 18 mois), infirmier puériculteur (en un an) ou d'évoluer vers l'encadrement, le management d'équipes et la formation (cadre de santé, en un an ; directeur des soins).

L'insertion des infirmiers nouvellement diplômés sur le marché du travail est traditionnellement facile. Les sortants de formation en 2001 interrogés par le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ), [encadré] indiquent ainsi avoir très peu connu l'inactivité ou le chômage durant les trois ans suivant la fin de leur formation. Ils ont accédé beaucoup plus rapidement à des emplois stables que les autres diplômés de niveau proche ou équivalent (Marquier et Idmachiche, 2006). À leur sortie de formation initiale, ils étaient mieux rémunérés que les autres diplômés lorsqu'ils avaient un emploi. Cependant, leurs revenus réels évoluaient plus faiblement. Cette bonne insertion réussie dans l'emploi semble cependant à relativiser quelque peu sur la période récente, où des difficultés d'emplois ont pu être localement signalées[4] avec, plus généralement, une augmentation des contrats à durée déterminée (CDD) et des délais d'attente pour titularisation, dus notamment aux contraintes de retour à l'équilibre des établissements de santé.

Métiers de la rééducation : des formations bien distinctes

Les formations aux métiers de la rééducation sont organisées au sein d'écoles ou de départements dépendant de l'université (pour l'orthophonie, l'orthoptie, la rééducation psychomotrice), au sein de lycées techniques ou d'instituts universitaires de technologie (pour la diététique) ou encore dans des instituts de formation dépendant de la fonction publique hospitalière ou d'instituts privés (pour la masso-kinésithérapie, la pédicurie, l'ergothérapie) [Rochut, 2014]. Certaines de ces professions sont régies par des quotas à l'entrée des formations à l'issue des épreuves d'admission : masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste et, depuis 2015, orthoptiste (voir la fiche 11). Les autres professions ne sont pas régies par des quotas. Néanmoins, le nombre de places en première année est limité par la capacité d'accueil, et l'accès à la formation est conditionné par la réussite à des épreuves d'admission ou par l'acceptation d'un dossier (pour l'entrée en brevet de technicien supérieur [BTS] des diététiciens). Pour ces formations, le nombre de places est alors décidé dans chaque institut de formation et les modalités peuvent varier d'une école à l'autre. Environ 820 étudiants se sont inscrits en formation d'ergothérapie en 2013, 570 en pédicurie et enfin un peu plus de 2 000 étudiants en BTS diététique en 2013.

Toutes ces formations nécessitent *a minima* un baccalauréat (souvent scientifique, sauf pour l'ortho-

3. Article R4311-1 du Code de la santé publique.
4. *Cf.* notamment l'enquête de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), réalisée entre janvier et mars 2014, auprès de 3 221 jeunes diplômés depuis 2009.

phonie, où le baccalauréat littéraire est également valorisé)[5], voire parfois une première année post-baccalauréat, notamment pour la formation de masseur-kinésithérapeute où les instituts exigent désormais la validation de la PACES ou d'une première année de licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ou dans le domaine sciences, technologies, santé[6].

Les formations comportent des cours magistraux, des travaux pratiques et des stages. Les niveaux d'études reconnus sont : « bac+2 » pour les diététiciens, « bac+3 » pour les psychomotriciens et pédicures-podologues, « bac+4 » pour les masseurs-kinésithérapeutes[7] et « bac+5 » pour le certificat de capacité d'orthophoniste[8]. À ce jour, seules deux formations ont été intégrées au dispositif LMD[9] : la formation d'ergothérapeute depuis la rentrée 2011, le diplôme correspondant ayant fait l'objet d'un décret lui conférant le grade de licence, ainsi que la formation d'orthoptiste, réingéniée en 2014.

L'enquête Écoles permet de connaître le profil démographique des étudiants en formation à quatre métiers de la rééducation sous tutelle du ministère de la Santé (tableau). Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, 2 800 étudiants sont inscrits en première année en 2013 pour un total de 7 700 étudiants répartis sur les trois ans que dure la formation. Parmi les nouveaux inscrits en première année, 45 % étaient passés par la PACES, obligatoire pour certains instituts de formation (voir la fiche 12), tandis que 39 % étaient passés par une classe préparatoire. La formation est l'une des plus masculines des formations paramédicales avec 45 % d'hommes inscrits en première année en 2013. L'origine sociale des étudiants est marquée par la prépondérance des enfants des classes sociales favorisées (42 % des étudiants nouvellement inscrits en 2013 avaient un père cadre ou ayant une profession intellectuelle supérieure).

Les étudiants en pédicure-podologie ont un profil qui les rapproche des étudiants masseurs-kinésithérapeutes. Ils étaient 570 en première année en 2013 pour un total de 1 700 étudiants répartis sur les trois ans que dure la formation, dont 88 % avait moins de 22 ans parmi les nouveaux entrants. La formation est également davantage masculine que les autres, avec 41 % d'hommes nouvellement inscrits en première année. L'origine sociale des étudiants est la plus favorisée dans le champ des formations aux métiers de la rééducation recensés par l'enquête Écoles (44 % des nouveaux inscrits en 2013 ont un père cadre ou assimilé).

En 2013, 820 ergothérapeutes étaient inscrits en première année, et la formation qui dure trois ans réunissait au total 2 100 étudiants. La formation est largement féminine (84 % de femmes parmi les nouveaux inscrits en première année). L'origine sociale des étudiants reste favorisée. Les étudiants psychomotriciens étaient quant à eux 840 inscrits en première année, avec un total de 2 600 répartis sur les trois ans de formation. On comptait seulement 9 % d'hommes nouvellement inscrits en première année en 2013.

Pour ces quatre professions renseignées par l'enquête Écoles, la déperdition des étudiants durant leur cursus (écart entre le nombre d'entrants en formation et les diplômés correspondants) est relativement marginale comparée à celle existant pour la formation d'infirmier (Rochut, 2012).

La formation au métier d'aide-soignant, souvent synonyme de reconversion

La formation d'aide-soignant dure un an[10] (1 435 heures d'enseignement théorique et clinique en institut et en stage) et est accessible sans condition de diplôme, après des épreuves de sélection, comprenant une épreuve d'admissibilité et une épreuve orale d'admission. Son objectif est de préparer les étudiants à pouvoir assister l'infirmier dans certaines de

5. Source : Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP).
6. Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.
7. Depuis la rentrée 2015, le cursus de masso-kinésithérapie est en effet passé de trois à quatre ans (arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute).
8. Depuis la rentrée 2013. Auparavant, la durée de la formation au métier d'orthophoniste était de quatre ans.
9. Le certificat de capacité d'orthophoniste se verra conférer le grade de master à l'issue de l'année universitaire 2017-2018.
10. Un groupe de travail mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) se penche actuellement sur la réingénierie des diplômes d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, consistant à faire évoluer les référentiels de compétences et d'actes, ainsi que de formation.

ses missions et certains de ses gestes professionnels, sous sa responsabilité dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, ainsi que de contribuer au bien-être des malades en aidant notamment au maintien de leur autonomie. La formation est composée d'une alternance de cours théoriques et de stages pratiques. Il n'y a pas de quotas d'entrée en formation au niveau national, mais des capacités d'accueil sont attribuées au niveau régional aux organismes de formation lors de leur agrément. On comptait en 2012 environ 390 000 aides-soignants en activité en France, soit 20 % de plus que dix ans auparavant (Collin, 2015).

En 2013, 23 000 nouveaux étudiants se sont inscrits en première année dans un centre de formation au métier d'aide-soignant (tableau), un nombre qui a plus que doublé depuis 2000. Moins de la moitié de ces étudiants sont titulaires du baccalauréat (48 %) en 2013, une proportion qui a cependant plus que doublé par rapport à ceux qui entraient en formation en 2000 (Collin, 2015). Parmi ceux qui le détiennent, il s'agit le plus souvent d'un baccalauréat professionnalisant (bac pro, ST2S [sciences et technologies de la santé et du social], STG [sciences et technologie de la gestion]).

La majorité (52 %) des nouveaux inscrits exerçaient un emploi avant d'entrer en formation, dont plus des trois quarts d'entre eux dans le secteur sanitaire, social ou médico-social. Plus d'un sur cinq de ces nouveaux inscrits étaient au chômage (Casteran-Sacreste, 2015). Pour la plupart des nouveaux étudiants, l'entrée en formation d'aide-soignant correspond en effet à une reprise d'études, un phénomène qui s'est d'ailleurs accentué depuis le début des années 2000 (73 % en 2007, contre 51 % en 2000 reprenait leurs études au moment de commencer la formation) [Collin, 2015]. En outre, cette reprise des études se fait de plus en plus tardivement : la durée moyenne entre leur inscription en formation d'aide-soignant et la précédente interruption de leurs études est passée de huit ans pour la génération 2001 à quatorze ans pour la génération 2007. Tout ceci augmente mécaniquement le niveau d'étude initial et l'âge des entrants en formation, qui est de plus en plus élevé. Moins d'un tiers des nouveaux entrants étaient ainsi âgés de moins de 22 ans en 2013, une proportion deux à trois fois plus faible que celle des infirmiers ou des paramédicaux en première année de formation recensés par l'enquête Écoles (tableau). Les nouveaux étudiants aides-soignants sont également plus âgés que ceux de la formation d'auxiliaire de puériculture, dont le niveau de diplôme est pourtant équivalent.

L'insertion professionnelle des aides-soignants est peu sensible à la conjoncture. Nombreux sont ceux qui trouvent un emploi dans les trois mois, même s'il ne s'agit pas toujours d'un travail stable, et ce, malgré l'augmentation du nombre des diplômés. Trois ans après leur formation, les aides-soignants occupent plus souvent que les autres diplômés de niveau équivalent un emploi à durée indéterminée (contrat à durée indéterminée [CDI] ou fonctionnaire). Leur travail est également mieux rémunéré en moyenne (Collin, 2015). ■

Pour en savoir plus

- **Allal P., Marsala V., Roussel I.**, 2013, Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, *Rapport IGAS/IGAEN*, juillet.
- **Barlet M., Cavillon M**., 2011, « La profession d'infirmières : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, nº 759, mai.
- **Barlet M., Cavillon M.**, 2010, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Document de travail*, série Études et recherche, DREES, nº 101, novembre.
- **Casteran-Sacreste B.**, 2015, « La formation aux professions de la santé en 2013 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, nº 195, juin.
- **Collin C**., 2015, « Aides-soignants : un accès rapide au premier emploi », *Études et Résultats*, DREES, nº 923, juillet.
- **Dantan S., Marquier R.**, 2006, « Les étudiants en formations paramédicales en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, nº 540, novembre.

- **Ferretti C., Garrouste C.**, 2008, « Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998 », *Études et Résultats*, DREES, nº 671, décembre.
- **Jakoubovitch S.**, 2011, « Le parcours des étudiants en école de sage-femme », *Études et Résultats*, DREES, nº 768, juillet.
- **Marquier R.**, 2005, « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *Études et Résultats*, DREES, nº 393, avril.
- **Marquier R.**, 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, nº 458, janvier.
- **Marquier R., Idmachiche S.**, 2006, « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », *Document de travail*, série Études, DREES, nº 59, mai.
- **Rochut J.**, 2014, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *Études et Résultats*, DREES, nº 895, octobre.

15 La formation continue des professionnels de santé

Depuis son inscription en 1979 dans le Code de déontologie des médecins et son inscription en tant qu'obligation légale en 1996, la formation continue des professionnels de santé a connu des transformations importantes. Après la création du développement professionnel continu (DPC) en 2009 par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), une nouvelle réforme d'ampleur est en cours début 2016 (encadré 1).

45 % des professionnels ont suivi une formation financée par l'OGDPC en 2014

L'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), créé en 2009 par la loi HPST – et qui sera transformé en Agence nationale du DPC en 2016 – est un groupement d'intérêt public piloté par l'État et l'Assurance maladie (encadré 1).

Entre 2013 et 2015, 45 % des professionnels éligibles à une formation continue financée par l'OGDPC – c'est-à-dire les professionnels libéraux ou à exercice mixte majoritairement libéral et les salariés des centres de santé conventionnés – ont suivi une formation financée par cet organisme (tableau 1). Cette proportion varie selon la profession. Les pharmaciens sont, de loin, la profession pour qui la participation est la plus forte, avec 88 % des professionnels éligibles ayant suivi une formation prise en charge par l'OGDPC. À l'inverse, les chirurgiens-dentistes,

Encadré 1 Le dispositif de formation continue

Aux origines du développement professionnel continu
En 1979, l'obligation de formation médicale continue (FMC) est inscrite dans le Code de déontologie des médecins. Les conventions médicales signées avec les organisations syndicales de médecins libéraux en 1990 puis en 1993 créent une formation conventionnelle des médecins libéraux avec un financement par l'argent public comportant l'indemnisation des professionnels au titre de la perte d'activité.

En 1996, la formation médicale continue devient une obligation légale pour tous les médecins. Sa méconnaissance peut entraîner des sanctions disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre. En 1999 est introduit par décret le concept d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine libérale. Les modalités de mise en œuvre de la FMC sont revues en 2002 : son objectif est « l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique ». En 2004, le champ de la FMC s'élargit pour intégrer « l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins », donc explicitement la modification des pratiques des médecins.

En 2004 est également instituée une obligation d'EPP, dans le Code de déontologie mais aussi dans la loi. Les modalités de l'EPP sont définies en 2007 par la HAS comme « l'analyse de la pratique professionnelle par référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

Pour valider son obligation de FMC, un médecin doit valider un nombre déterminé de crédits.

La formation professionnelle conventionnelle
Ces dispositifs coexistent alors avec les actions de formation professionnelle mises en place dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie. La formation professionnelle conventionnelle (FPC) a été établie dans le cadre de la convention médicale de 1990 pour les médecins généralistes libéraux et les médecins salariés des centres de santé conventionnés, puis étendue aux médecins spécialistes (convention de 2005).

La convention médicale de 1993 précisait que la formation médicale continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins et qu'elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

La loi HPST de 2009 crée le DPC

Deux rapports de l'IGAS (d'Autume, Postel-Vinay, 2006 et Bras, Duhamel, 2008) identifient plusieurs problèmes liés au dispositif existant : la définition par la loi des finalités de la FMC mais pas de ses modalités, la diversité des modalités de formation des médecins libéraux reconnues dans le cadre des lois de 2004, l'existence de conflits d'intérêts (liés à la confusion au sein de certains organismes entre responsables syndicaux, décideurs, et organismes offreurs de formation créés à l'initiative des mêmes syndicats), une offre restreinte émanant pour l'essentiel d'organismes de formation créés par la profession et des velléités de financement par l'industrie pharmaceutique diversement reçues par les médecins.

À la suite des préconisations issues de ces rapports, la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a fixé les objectifs de ce qui se nomme désormais le développement professionnel continu (DPC) : évaluation des pratiques professionnelles, perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et la sécurité des soins, prise en compte des priorités de santé publique, maîtrise médicalisée des dépenses.

Elle réaffirme le caractère obligatoire du DPC et l'étend, quel que soit leur mode d'exercice, aux autres professions de santé. La loi le clarifie également en fusionnant les dispositifs complémentaires de la FMC et de l'EPP. Le professionnel satisfait à son obligation de DPC, dès lors qu'il participe chaque année à au moins un programme de DPC conforme aux orientations arrêtées chaque année par le ministère chargé de la Santé, comportant des méthodes et modalités validées par la HAS et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré par l'OGDPC, groupement d'intérêt public que crée la loi et qui a pour mission de gérer le DPC.

Tout organisme public ou privé qui remplit certains critères peut alors déposer un programme de DPC auprès de l'OGDPC. Les professionnels libéraux et les salariés des centres de santé peuvent choisir leur programme de DPC librement dans cette liste. L'OGDPC prend en charge, grâce à un financement de l'Assurance maladie, les frais pédagogiques facturés par les organismes (dans la limite d'un forfait défini par profession) et indemnise les participants pour leur manque à gagner professionnel. Pour les salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé par l'employeur, qui est tenu de prendre les dispositions permettant aux professionnels de respecter leur obligation de DPC. Les médecins salariés bénéficient toutefois d'un financement complémentaire de l'OGDPC.

La réforme de 2016

Un nouveau rapport de l'IGAS (Deumie, George, Natali, 2014) dresse un état des lieux du fonctionnement du dispositif : en 2014, près de 129 000 professionnels et, en particulier, près de 25 % des praticiens hospitaliers, se sont inscrits à un programme de DPC. Le rapport formule plusieurs critiques sur le nouveau dispositif : pas de contenu précis derrière cette obligation annuelle, manque de moyens de financement, procédure d'évaluation des programmes proposés ne permettant pas un réel contrôle de leur qualité.

À la suite de ce rapport, une nouvelle réforme se prépare à partir de la fin de l'année 2014, en concertation avec les professionnels. La réforme a pour ambition d'assouplir la réglementation, d'assurer la soutenabilité financière du dispositif et de redonner la main aux professionnels.

Le périmètre de l'obligation est redéfini : le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques. L'obligation n'est plus annuelle mais triennale. Les professionnels reprennent la main sur le contenu : les Conseils nationaux professionnels (CNP) ont pour mission de définir les parcours types pluriannuels de DPC, d'adapter les méthodes préconisées par la HAS pour sa profession et de contrôler les organismes et les programmes de formation.

Après la publication au Journal officiel de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les décrets d'application sont prévus pour 2016, après concertation avec les organisations professionnelles. La gouvernance est rénovée avec le remplacement à terme de l'OGDPC par l'Agence nationale du DPC (ANDPC).

Tableau 1 Nombre et proportion de professionnels pris en charge par l'OGDPC en 2013, 2014 et 2015

	Nombre de professionnels éligibles	Nombre de professionnels				Proportion de formés par rapport aux éligibles (en %)	Budget 2015 (millions d'euros)
		formés en 2013	nouveaux formés en 2014	nouveaux formés en 2015	formés 2013-2015		
Médecins	130 449	28 870	19 639	10 623	59 132	45	85,0
Infirmiers	109 925	13 736	22 519	14 070	50 325	46	32,0
Pharmaciens	31 589	13 884	11 281	2 739	27 904	88	16,9
Masseurs-kinésithérapeutes	66 498	5 779	9 758	5 920	21 457	32	11,0
Chirurgiens-dentistes	37 013	3 411	5 465	2 908	11 784	32	5,0
Pédicures-podologues	13 005	967	1 648	1 471	4 086	31	2,3
Orthophonistes	19 018	974	3 891	3 771	8 636	45	6,0
Sages-femmes	5 577	1 256	1 361	765	3 382	61	2,5
Orthoptistes	2 820	453	613	266	1 332	47	1,0
Total	**415 894**	**69 330**	**76 175**	**42 533**	**188 038**	**45**	**161,7**

Sources > OGDPC, 2015 ; DREES, 2015, pour la population éligible, constituée par les professionnels de santé libéraux, salariés d'un centre de santé conventionné et par ceux ayant une activité mixte (majoritairement libérale).

Tableau 2 Effectifs d'élèves en formation continue dans les établissements de formation en 2014

Professions	Élèves en formation continue	
	Effectifs	Proportion de l'effectif total (en %)
Formations de base	**1 121**	**2**
Ambulanciers	88	3
Infirmiers diplômés d'État	303	1
Sages-femmes	-	-
Masseurs-kinésithérapeutes	-	-
Techniciens en analyse biomédicale	-	-
Auxiliaires de puériculture	106	2
Aides-soignants	548	2
Pédicures-podologues	1	-
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	-	-
Ergothérapeutes	-	-
Psychomotriciens	-	-
Préparateurs en pharmacie hospitalière	75	19
Formations de spécialisation	**317**	**8**
Infirmiers-anesthésistes	24	4
Infirmiers de bloc opératoire	45	18
Cadres de santé	198	13
Infirmières puéricultrices	50	4
Total	**1 438**	**2**

Champ > Élèves de première année.
Source > DREES, enquête Écoles 2014.

masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues sont les professions pour qui elle est la plus faible (31 % à 32 %).

Pour les salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé par l'employeur. En 2013, 13 000 praticiens hospitaliers, soit près de 25 % d'entre eux, ont suivi un programme de DPC (Deumie *et al.*, 2014).

L'OGDPC dispose d'un budget d'environ 200 millions d'euros, consacré à plus de 80 % au financement des programmes de DPC monoprofessionnels. Il a proposé en 2015 plus de 66 000 dispositifs de formation différents – dont 22 000 créés en 2015. En moyenne, 6 200 programmes étaient proposés par profession et en particulier 29 000 pour les médecins et 12 000 pour les pharmaciens.

Les élèves en formation continue représentent 2 % des effectifs des établissements de formation

Pour certaines professions de santé, une partie de la formation continue s'effectue au sein d'établissements chargés de la formation initiale. Sur les 16 professions qui relèvent des centres de formation délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé (encadré 2), 2 % des élèves en formation sont présents au titre de la formation continue (tableau 2). Cette proportion est toutefois particulièrement élevée dans les centres de formation de certaines professions et notamment pour les formations de spécialisation (8 % en moyenne, et jusqu'à 18 % pour les formations d'infirmiers en bloc opératoire) qui sont dispensées à des professionnels ayant déjà exercé, et qu'ils sont donc particulièrement susceptibles de suivre au titre de la formation continue.

Les médecins généralistes consacrent en moyenne 13 demi-journées par an à la formation continue

Les médecins généralistes déclarent consacrer 13 demi-journées en moyenne par an au versant formation de leur activité – une partie pouvant avoir lieu au sein de leur cabinet (Jakoubovitch *et al.*, 2012), d'après des données collectées en 2011 (encadré 3) sur l'emploi du temps de ces médecins : 10 % y ont consacré au maximum une demi-journée (ou soirée) dans l'année, et 10 % trente demi-journées ou plus. En outre, les médecins généralistes déclarent passer en moyenne 2 heures au cours de la semaine à la lecture de journaux ou d'articles médicaux ; 22 % y ont consacré trois heures ou plus.

Les pratiques varient légèrement selon les caractéristiques des médecins. Les hommes consacrent ainsi légèrement plus de temps que les femmes à la formation continue (13,3 demi-journées contre 12,7). L'âge augmente la prédisposition à se former : 14,2 demi-journées pour les médecins de plus de 56 ans, contre 11,7 pour les moins de 49 ans. Exercer en milieu urbain, mais aussi prodiguer un nombre d'actes plus faibles, sont également des facteurs liés à un surcroît de temps dévolu à la formation continue.

Encadré 2 L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé de la DREES, principale source sur les formations aux professions non médicales

L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé, enquête Écoles, est une enquête exhaustive réalisée annuellement depuis 1980 par la DREES auprès des centres de formation délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé et de leurs étudiants. Le champ de l'enquête couvre ainsi douze formations de base (infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulancier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture et préparateur en pharmacie hospitalière) ainsi que quatre formations de spécialisation (puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire et cadre de santé). Elle recueille deux types d'informations : des données individuelles, collectées auprès de chacun des étudiants (sexe, âge, niveau de formation, mobilité géographique…) et des données agrégées par formation, fournies par les établissements.

Avant la réforme de 2009, les trois quarts des médecins généralistes participaient déjà à des séances de formation médicale continue

Des données plus anciennes ont été collectées au printemps 2008 auprès de médecins généralistes installés dans les cinq régions interrogées dans le cadre du premier panel des médecins généralistes (encadré 2). Antérieurs à l'adoption de la loi HPST du 21 juillet 2009 (encadré 1), ces résultats présentent un intérêt tout particulier : ils décrivent l'état des pratiques avant l'entrée en vigueur d'une réforme visant notamment à rendre le dispositif de formation médicale plus cohérent, à améliorer sa lisibilité pour les professionnels et à mieux l'adapter aux objectifs de santé publique.

En 2007, plus des trois quarts des médecins généralistes ont participé à des sessions de formation continue, dont la plupart avec une fréquence au moins trimestrielle (Guerville *et al.*, 2009) et, pour près de la moitié, au moins mensuelle. Parmi les médecins n'ayant pas participé à ces sessions, seule une minorité – 14 % à 38 % selon les régions – a indiqué ne pas ressentir la nécessité de se former.

À cette date, il existe toutefois une variabilité de la participation selon les caractéristiques des médecins, certaines les prédisposant à une fréquentation accrue. Ainsi, ce sont souvent les mêmes médecins qui participent à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et pratiquent la formation médicale continue (FMC). Dans le même temps, l'utilisation de sources d'informations actives, comme les recommandations de bonne pratique, les revues à abonnement payant, les sites de la HAS ou des laboratoires pharmaceutiques, ou encore la fréquence élevée de rencontre avec des visiteurs médicaux accroissent les chances qu'un médecin pratique la FMC.

Encadré 3 Les Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Depuis bientôt dix ans, la DREES, en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de différentes régions, met en place des enquêtes régulières auprès de panels de médecins généralistes libéraux, dont l'objectif principal est d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces praticiens, ainsi que d'appréhender leurs pratiques de prise en charge et leurs déterminants.

Le **premier panel** (ou « panel cinq régions ») auquel a participé la DREES a été réalisé durant la période 2007-2009, avec le concours de la FNORS, les ORS, les URML-PS et les URCAM de cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Provence – Alpes – Côte d'Azur et Pays de la Loire. Il était constitué de 1 900 médecins généralistes exerçant dans ces cinq régions. À raison d'une vague d'enquête par semestre pendant trois ans, ces médecins ont notamment été interrogés sur leur temps de travail et leur satisfaction au travail, sur leurs réseaux professionnels, sur leur opinion vis-à-vis de leur mode de rémunération ou encore sur leur état de santé.

Le **deuxième panel** a été mis en place par la DREES en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de trois régions (PACA, Pays de la Loire, Bourgogne) au cours de la période 2010-2012. Ce panel inclut cette fois un échantillon représentatif au niveau national de 1 250 médecins, auquel s'ajoutent trois suréchantillons représentatifs des trois régions partenaires (1 000 médecins environ). Les cinq vagues d'enquêtes ont notamment porté sur les pratiques de vaccination, l'organisation du cabinet et l'emploi du temps des médecins, la prise en charge de la dépression mais aussi celle des personnes âgées dépendantes, ou encore sur l'opinion des médecins face à la coopération avec les infirmiers.

Le **troisième panel** a débuté en 2013 et doit se poursuivre jusqu'en 2017. Les trois régions partenaires impliquées sont les Pays de la Loire, PACA, ainsi que Poitou-Charentes. Comme pour le deuxième panel, il est composé d'un échantillon national (environ 1 500 médecins) et de trois suréchantillons régionaux. Les thématiques abordées portent sur un certain nombre de pratiques de prise en charge : vaccination (vague 1), suivis gynécologiques et de grossesse (vague 2), patients atteints d'un cancer (vague 3) ou de polypathologies chroniques (vague 4), patients précaires (vague 5).

Un **quatrième panel** est cours de préparation, il devrait débuter en 2017.

Très probablement, les médecins les plus soucieux d'accès à l'information s'intéressent aussi à l'information délivrée par les visiteurs médicaux qui peuvent offrir des sessions de FMC financées par les laboratoires pharmaceutiques. Par ailleurs, les médecins consacrant une faible part de leur activité aux visites à domicile participent davantage à des séances de FMC, de même que ceux qui exercent en milieu urbain. Enfin, les médecins se déclarant avoir été soucieux d'assurer un équilibre de la répartition de l'offre de soins sur le territoire au moment de leur installation ont plus de chances de participer à des actions de FMC collective. En revanche, le sexe et l'âge des médecins ne semblent pas avoir d'effet sur leur participation à ces sessions.

La disposition des médecins à suivre des sessions de formation varie selon le thème traité

Certains sujets, comme la prise en charge de la dépression, suscitent des demandes particulières. Ainsi, en 2011, les trois quarts des médecins ont déjà suivi une formation sur le diagnostic ou la prise en charge de la dépression, dont un tiers au cours des trois dernières années (Dumesnil *et al.*, 2012). Si la majorité (84 %) s'estime suffisamment formée sur le diagnostic ou le traitement de la dépression, ils sont toutefois demandeurs de formations complémentaires sur des thèmes précis.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées est un autre exemple. Les trois quarts des médecins déclarent en 2012 avoir suivi au moins une séance de FMC sur les patients âgés, les formations les plus souvent citées étant celles relatives au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (56 %) et à la polymédication du sujet âgé (55 %) [Buyck *et al.*, 2014]. À l'inverse, seul un quart des médecins déclarent avoir suivi une séance sur la maltraitance des personnes âgées. Parmi les praticiens n'ayant pas suivi cette formation, deux sur dix indiquent qu'elle les intéresse. Quelle que soit la thématique évoquée autour du patient âgé, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que leurs consœurs à déclarer avoir suivi une séance de formation. ■

Pour en savoir plus

> **d'Autume C., Postel-Vinay D.**, 2006, Mission IGAS relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales, *Rapport IGAS*, nº 2006-002, janvier.

> **Bras P.-L., Duhamel G.**, 2008, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, *Rapport IGAS*, nº 2008-124P, novembre.

> **Buyck J-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F.**, 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, DREES, nº 869, février.

> **Deumie B., George P., Natali J.-P.**, 2014, Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé, *Rapport IGAS*, nº 2013-126R, avril

> **Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Rebbah R., Verdoux H., Verger P.**, 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et Résultats*, DREES, nº 810, septembre.

> **Guerville M.-A., Paraponaris A., Régi J.-C., Vaissade L., Ventelou B., Verger P.**, 2009, « Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique », *Études et Résultats*, DREES, nº 708, octobre.

> **Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, nº 797, mars.

16 Les trajectoires des jeunes diplômés de médecine générale

La formation en médecine générale a fait l'objet de nombreux questionnements au cours des dernières années, notamment en raison de la présumée désaffection de cette pratique par les étudiants en médecine. Des travaux qualitatifs sur une cohorte, réalisés en partenariat avec la DREES (Bloy, 2011) [encadrés 1 et 2], permettent de mieux connaître la façon dont se forment les trajectoires des jeunes diplômés de médecine générale.

Variété des parcours et attractivité de la médecine générale libérale

Le constat le plus frappant de cette étude est la diversité des parcours des jeunes diplômés de médecine générale. Aucun modèle dominant ne se dégage, pas plus qu'un principe moteur commun à tous les enquêtés. Les jeunes diplômés occupent en outre, cinq à sept ans après la fin de l'internat, des positions extrêmement diverses, 11 seulement parmi les 51 personnes rencontrées étant installées en cabinet libéral.

Face à cette hétérogénéité, cinq types de parcours sont identifiés, en discutant pour chacun son lien avec l'attractivité de la médecine générale (Bloy, 2011).

- Les fidèles accomplissent un parcours linéaire conforme aux intentions initiales. L'objectif est explicite au premier entretien et les années confirment ce choix : pour ceux qui ont choisi la médecine générale, l'installation est rapide. Pour d'autres, l'orientation en médecine générale[1] est venue contrarier un projet de spécialisation, qu'ils rattrapent le plus rapidement possible en acquérant des titres leur permettant d'y revenir.
- Les reconvertis engagés constituent un groupe pour lequel la découverte d'une pratique (urgences, soins palliatifs) dans les premières années crée un

Encadré 1 Méthodologie

L'enquête sur laquelle se fondent les résultats présentés ici (Bloy, 2011) est un suivi qualitatif de cohorte, par entretiens semi-directifs, réalisé en trois vagues (2002-2004, 2006-2008 et 2008-2010). 51 étudiants en médecine générale ont été rencontrés au moment où ils terminaient leur stage de fin de troisième cycle chez un médecin généraliste. Parmi ces étudiants, 46 ont été rencontrés lors de la seconde vague et 32 lors de la troisième vague. Quand il n'a pas été possible de les rencontrer à nouveau, le suivi de leurs premières années de carrière a été effectué par des échanges téléphoniques et électroniques. L'échantillon initial est issu en grande majorité de quatre départements de médecine générale, dont deux situés à Paris et un situé en zone rurale enclavée.

Cette méthodologie permet de comprendre finement les logiques qui influent sur la construction d'une carrière pour les diplômés de médecine générale, sans se limiter à des déclarations d'intentions ou à des reconstitutions *a posteriori* (comme dans le cas d'une enquête d'opinion) et sans être borné par une saisie standardisée des trajectoires (comme l'exigerait une étude quantitative).

Ne cherchant pas la représentativité, elle ne permet bien sûr pas de généralisation directe, mais offre un matériau particulièrement riche pour décrire les parcours individuels à différentes étapes de leur construction, à l'aide du discours des acteurs sur les choix effectués, les contraintes et les motivations qui y ont conduit.

1. L'enquête ayant débuté en 2002, les jeunes diplômés interrogés n'ont pas connu les épreuves classantes nationales (ECN). L'orientation en médecine générale est ainsi, pour certains, liée à leur échec au concours de l'internat, ce dont les résultats témoignent en partie. Le système d'orientation entre les filières a évolué depuis, sans que l'enquête ne permette de juger des effets des réformes récentes.

engagement ferme. Ces parcours qui se détournent de la médecine générale ne sont pas liés à un rejet de celle-ci : ces jeunes médecins ont parfois beaucoup apprécié leur expérience en médecine générale (lors du stage ou de remplacements) mais ont découvert, sans l'avoir particulièrement cherché, une autre voie qui les a séduits. Ce type de parcours, de même que le suivant, est fortement lié à la valeur particulière du diplôme de médecine générale (*cf. infra*).

• Les réorientations contingentes opportunes engendrent un parcours par essais et erreurs, laissant une large place au hasard, qui aboutit à une stabilisation progressive. Ce mode de cheminement est très présent, majoritaire dans certains parcours, accessoire dans d'autres. Il correspond à des dispositions générationnelles observées par ailleurs : valorisation de l'ouverture et de l'expérimentation, report de l'engagement. La médecine générale ne fait pas, ici non plus, l'objet d'un rejet, mais la stabilisation rapide et peu réversible que représente l'installation en libéral, même si elle peut survenir, correspond mal à cette logique.

• Les réorientations actives proviennent d'une bifurcation par rejet d'une pratique. Ces profils correspondent dans l'enquête à des personnes se détournant de la médecine générale après des expériences malheureuses ou difficiles, lors de remplacements ou de tentatives d'installation. Ces renoncements ouvrent pour beaucoup la voie à des pratiques généralistes hors du contexte libéral – en médecine salariée non hospitalière notamment –, considérées comme moins exigeantes du point de vue de la responsabilité individuelle et de la conciliation avec la vie personnelle.

• Les parcours incertains se retrouvent dans une dernière catégorie, très hétérogène, qui ne sera pas développée ici, toute montée en généralité étant difficile.

Un élément important ressort de la description de ces parcours, à savoir la part élevée des renoncements à la médecine générale, qui ne sont pas le fait d'une hostilité envers cette pratique. Certes, une partie des diplômés de médecine générale la rejettent clairement dès leur orientation et bénéficient de marges de manœuvre suffisantes, alliées à une forte volonté, pour ne pas l'exercer. Mais la plus grande part des trajectoires qui n'aboutissent pas à l'exercice de la médecine générale en libéral concernent de jeunes médecins qui apprécient cette pratique. Ils s'en détournent pourtant en raison de la diversité des parcours qui s'offre à eux, car les offres alternatives à l'exercice en libéral représentent une concurrence qui lui est, bien souvent, défavorable. On peut notamment citer, parmi les éléments qui jouent en sa défaveur, l'isolement dans l'exercice, les relations parfois difficiles avec les médecins déjà installés (en lien avec des divergences de pratiques et

Encadré 2 Les métiers exercés au dernier contact par les 51 diplômés de médecine générale

Parmi les 51 médecins enquêtés, la répartition des métiers exercés est la suivante :

> **Généralistes installés :** 11 médecins ;
> **Quasi spécialistes libéraux installés :** 3 médecins (nutrition, angéiologie, hypnose) ;
> **Remplaçants médecine générale (MG) :** 4 médecins ;
> **Remplaçants MG + médecine d'urgence hospitalière :** 2 médecins ;
> **Urgentistes de ville libéraux :** 2 médecins (dont un avec activité hospitalière parallèle) ;
> **Urgentistes hospitaliers :** 7 médecins ;
> **Gériatres :** 4 médecins ;
> **Psychiatres :** 2 médecins ;
> **Autres hospitaliers :** 7 médecins ;
> **Salariés non hospitaliers :** 7 médecins (3 médecins territoriaux, 2 médecins à la Mutualité sociale agricole, 1 médecin de l'Éducation nationale, 1 médecin de crèche) ;
> **Autres :** 2 médecins (1 interne de spécialité médicale, 1 semble avoir arrêté la médecine).

de conception de la médecine), les difficultés à concilier une activité libérale à temps partiel rentable et une carrière salariée (ce que beaucoup de médecins rencontrés souhaiteraient).

Le diplôme de médecine générale, entre spécialisation et polyvalence

Qu'ils soient attirés ou non par sa pratique, les jeunes médecins ont souvent observé le mouvement d'institutionnalisation de la médecine générale comme spécialité avec une certaine distance critique. De fait, le troisième cycle en médecine générale fonctionne davantage comme une ouverture, ce qui en fait une polyvalence avant d'être une spécialité. Le contenu de sa formation correspond très concrètement à cette ouverture, avec la fréquentation de services hospitaliers divers, qui constituent autant d'invitations à découvrir de nouvelles formes de travail, de nouveaux contenus, et développent la capacité d'adaptation.

La situation des jeunes diplômés de médecine générale est caractérisée par la conjonction de trois éléments particuliers : une forte capacité d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires, un marché du travail porteur qui leur offre de multiples opportunités et la détention d'un diplôme très crédible, de valeur stable.

Cette conjonction particulière produit un lien, à la fois fort et flexible, entre leur formation et les emplois potentiellement occupés et crée les conditions idéales à l'expérimentation et à l'exploration. Ce contexte contraste avec le temps très long des études de médecine qui ont rythmé les débuts de leur vie d'adulte. Vient alors le temps des logiques privées, la situation laissant les jeunes médecins libres de se chercher, d'expérimenter diverses formes d'exercice pour trouver celle correspondant le mieux à leurs aspirations.

Finalement, ces jeunes médecins pourraient, dans une certaine mesure, incarner une mise en œuvre réussie de la logique des compétences. Cette politique des ressources humaines présentée depuis les années 1990 comme une avancée se caractérise par des parcours flexibles, construits dans le cadre d'une sécurité dynamique répondant aussi bien aux aspirations des personnes sans cesse en évolution qu'aux besoins des organisations.

Médecine générale et changement générationnel

L'idée, souvent soutenue, d'un effet de génération qui distinguerait les jeunes praticiens du modèle traditionnel incarné par les plus âgés, est nuancée par l'étude. Selon cette idée, les jeunes générations seraient porteuses d'attentes nouvelles aussi bien en termes de qualité de vie au travail, d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle qu'en ce qui concerne leur indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique. Or, si les jeunes praticiens interrogés dans le cadre de l'étude expriment des critiques sur ces divers plans, ces dernières ne donnent pas lieu à un bouleversement des pratiques. Elles s'incarnent au contraire différemment selon les personnes, et le changement générationnel prendrait davantage la forme d'une lente mutation que celle d'une révolution.

De cette diversité se dégagent trois profils types parmi les jeunes praticiens :

- Le profil critique vigilant autonome correspond aux personnes les plus engagées dans une critique élaborée et dans un renouvellement des pratiques. Ces médecins défendent notamment une indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique (avec le refus des visiteurs médicaux, par exemple), qui a pour corollaire une exigence particulière vis-à-vis de l'actualisation régulière de leurs propres connaissances (qui passe, entre autres, par la lecture de la revue *Prescrire*). L'attention portée à la limitation des prescriptions et aux recommandations de bonnes pratiques fait partie intégrante de cette attitude.
- Le profil collégial intégré décrit des jeunes praticiens ayant rejoint un cabinet de groupe et dont la conception de la médecine est marquée par le collectif de travail que constituent leurs collègues immédiats. Ils ne sont pas porteurs de critiques particulières vis-à-vis du modèle libéral traditionnel : si les abonnements à la revue *Prescrire* et le refus des visiteurs médicaux sont de mise, comme pour le profil précédent, dans les cas observés, le rôle central du collectif n'est pas lié à un projet politique. Il ne correspond pas davantage à une forme organisationnelle particulière (de type maison médicale), ni à un projet explicite (comme une démarche qualité par exemple), mais émane d'affinités personnelles et idéologiques. Cette façon de travailler représente,

d'après l'enquête (Bloy G., 2011), un idéal d'intégration informelle pour nombre de jeunes médecins, tous profils confondus.

• Le profil libéral conventionnel rassemble enfin des jeunes praticiens qui se satisfont de l'exercice individuel et font preuve d'un conservatisme tempéré dans leur façon d'envisager la médecine. Ce sont essentiellement des femmes, qui mènent un important travail de planification pour concilier leurs vies personnelle et professionnelle. Elles envisagent également des collaborations, dans l'espoir de faciliter cet équilibre dans leur gestion du temps.

Le « marché secondaire » des diplômées de médecine générale

Si l'indifférenciation des aspirations semble acquise parmi les étudiants en médecine, l'entrée dans la carrière est très fortement marquée par l'appartenance de genre et initie d'importants déséquilibres entre hommes et femmes quant aux conditions effectives d'exercice.

Ceci est à mettre en regard du recrutement social privilégié des étudiants en médecine, ainsi que de la forte homogamie qui les caractérise. Le modèle conjugal et familial dans lequel s'inscrivent une part des jeunes femmes diplômées de médecine générale joue ainsi comme contrepoids dans leurs choix de carrière.

Investies d'un rôle dans la vie domestique au sein du couple et vis-à-vis de leurs enfants, ces jeunes femmes ont à concilier ce rôle avec leur activité professionnelle, qui ne représente souvent qu'un apport secondaire dans les revenus du foyer. La stabilité et la reconnaissance de leur diplôme leur permettent, en outre, de trouver un emploi facilement, quelles que soient les contraintes géographiques. La priorité accordée à la carrière masculine exerce ainsi sur leurs choix une contrainte forte et, de ce fait, « la conformité à une norme sociale (…) les conduit à accepter une moindre valorisation de leurs compétences ».

L'ensemble de ces éléments crée les conditions d'existence d'un « marché secondaire » du travail médical, regroupant des offres de travail moins stable et peu gratifiant, statutairement comme financièrement, que seules des jeunes femmes ayant ce type de profil sont amenées à accepter. Ce contexte serait donc à prendre en compte dans la détermination d'une politique d'offre de soins, tant pour éviter de potentiels effets discriminatoires que pour prendre en considération le fonctionnement particulier de ce segment de marché. ■

Pour en savoir plus

> **Bloy G**., 2011, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste… ou pas ? Les enseignements du suivi qualitatif d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *Document de travail*, DREES, série Études et Recherches, nº 104, février.

> **Bloy G**, 2011, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, nº 2-3, avril-septembre.

> **Bloy G., Schweyer F.-X.**, 2010, Singuliers généralistes, Rennes, Presses de l'EHESP « Métiers Santé Social ».

Les conditions de travail

17 Les conditions de travail à l'hôpital

Les conditions de travail des personnels médicaux et soignants exerçant en établissement hospitalier (voir la fiche 3) sont particulières : contraintes de rythme de travail élevées, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit fréquent. Des enquêtes sur les conditions de travail en milieu hospitalier en France sont réalisées de façon régulière depuis de nombreuses années (encadré 1), permettant une analyse sur longue période de leur évolution (Loquet et Ricroch, 2014).

Des contraintes de rythme de travail stables ou en diminution

En 2013, les salariés du secteur hospitalier ressentent moins qu'en 2003 les contraintes liées à leur métier, qu'elles dépendent d'aspects techniques ou de délais de production à respecter en une heure[1]. Ces évolutions positives contrastent avec le ressenti de l'ensemble des salariés en France, qui ont plutôt vu ce type de contraintes de rythme s'accentuer (Algava, 2014). En revanche, le niveau de ce type de contraintes reste toujours historiquement plus élevé dans l'univers hospitalier que dans les autres secteurs. Dans le même temps, la proportion de salariés du secteur hospitalier dont le travail dépend directement de leurs collègues ou qui est rythmé par des demandes exigeant une réponse immédiate est restée stable, toujours au-dessus de la moyenne nationale, notamment chez les infirmiers (près de la moitié contre moins d'un tiers pour l'ensemble des salariés). On peut noter que les salariés des établissements du secteur privé sont plus souvent soumis à des rythmes leur imposant de réaliser des tâches en moins d'une heure que leurs collègues du secteur public, un phénomène qui s'explique notamment par des types d'activité différents entre le public et le privé. Le secteur privé se caractérise, en effet, par une prédominance du bloc opératoire, avec son rythme et sa division des tâches importante (Gheorghiu et Moatty, 2013), ainsi que par l'importance des hospitalisations partielles.

La part des salariés déclarant devoir toujours ou souvent se dépêcher s'est par ailleurs réduite (passant de 68 % à 64 % entre 2003 et 2013). Les infirmiers et les sages-femmes sont toutefois toujours aussi nombreux à exercer en urgence (plus des trois quarts) [graphique 1]. Le travail hospitalier reste de plus toujours très morcelé, 80 % des salariés devant fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue, une tendance en augmentation depuis 2003.

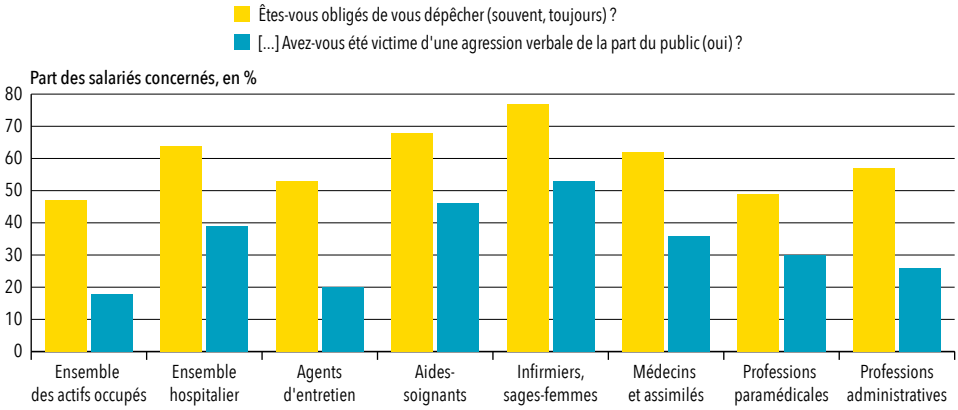
Comme dans le reste de la société, l'informatisation s'est considérablement accrue : 41 % des salariés du secteur hospitalier déclarent avoir un rythme de travail soumis aux contrôles informatiques en 2013, soit 30 points de plus qu'en 2006. La hausse est particulièrement prononcée pour les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes. De plus, l'usage de l'informatique par les salariés eux-mêmes s'est largement répandu dans le secteur hospitalier, où plus de huit salariés sur dix l'utilisent désormais dans leur travail[2], contre la moitié seulement en 2003. Les médecins salariés, les infirmiers et sages-femmes ont notamment beaucoup développé cette utilisation ces dix dernières années.

Des dépassements horaires moins fréquents

En 2013, les salariés hospitaliers sont aussi nombreux qu'en 2003 à déclarer travailler le samedi (70 %), le dimanche (64 %) ou la nuit (33 %). Ces contraintes, bien plus fréquentes que dans les autres secteurs économiques, sont surtout mentionnées

1. L'enquête sur les conditions de travail interroge les salariés de la façon suivante : « Votre rythme de travail vous est-il imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus » ; la même question est posée avec des délais d'« une journée au plus ».
2. Sans compter les usages d'Internet, des boîtes de messagerie ou de l'Intranet.

Graphique 1 Travail en urgence et tensions avec le public



Champ > Salariés du secteur hospitalier.
Source > Enquête CT 2013, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

Encadré 1 Les sources sur les conditions de travail à l'hôpital

L'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé (COTAES) de 2003
L'enquête COTAES menée par la DREES en 2003 a interrogé 4 700 salariés des établissements de santé publics et privés. Les questions posées dans l'enquête, tout comme dans l'enquête Conditions de travail 2013 (*cf. infra*), portent sur la description des conditions de travail des salariés, description qui se veut la plus objective possible.

L'enquête Changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier (COI-H) de 2006
L'enquête COI-H menée par la DREES en 2006 a interrogé 1 400 salariés des établissements de santé publics et privés. Elle s'est également intéressée aux conditions de travail des salariés.

Les enquêtes Condition de travail (CT)
Les enquêtes CT de la DARES existent depuis 1978 et sont réalisées tous les sept ans. Jusqu'en 2013, elles ne concernaient que le secteur privé. En 2013, avec le concours de la DREES et de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), l'enquête a été étendue à l'ensemble du personnel de la fonction publique et du secteur hospitalier (public et privé). CT 2013 compte ainsi 4 300 répondants dans le champ « secteur hospitalier », avec une décomposition par grandes familles professionnelles. Les enquêtes Conditions de travail visent à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur, et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur. Les questions posées renvoient à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions, selon divers angles : la prescription, les marges de manœuvre, la coopération, les rythmes de travail, les efforts physiques ou les risques encourus. Depuis 2013, elles s'intéressent également aux risques psychosociaux.

L'enquête Risques psychosociaux (RPS) de 2016 (en cours)
L'enquête RPS a pour ambition de réinterroger les mêmes individus (dont environ 3 200 salariés du secteur hospitalier) que l'enquête CT de 2013 en reprenant un certain nombre de questions, tout en approfondissant le volet sur les risques psychosociaux.

par le personnel médical et soignant. Parallèlement à ce constat, environ 60 % du personnel médical est soumis à des astreintes en 2013 (soit une hausse de 10 points par rapport à 2003). Cela concerne aussi, dans une moindre mesure, les infirmiers et sages-femmes, qui sont 14 % à les déclarer (10 % en 2003).

S'agissant des heures supplémentaires, environ 30 % des salariés du secteur hospitalier travaillent au-delà de l'horaire prévu tous les jours ou toutes les semaines, en 2013, soit deux fois moins qu'en 2003 (70 %) ou 2006 (66 %). Le recours aux dépassements d'horaires concerne cependant toujours plus de la moitié des infirmiers et des sages-femmes ainsi que des médecins en 2013. Plusieurs changements peuvent expliquer ce recul des dépassements horaires. D'une part, en 2002-2003, le passage aux 35 heures hebdomadaires ne s'est pas accompagné d'une diminution de la charge de travail et les salariés à l'hôpital ont eu recours massivement aux heures supplémentaires pour mener à bien leurs tâches. Jusqu'en 2007 (plan Hôpital), malgré l'informatisation du temps de travail, les pratiques n'ont pas changé et ce phénomène de dépassements horaires s'est poursuivi. Le passage à la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement unique des établissements de santé publics (depuis 2004) et privés (depuis 2005) a ensuite pu progressivement inciter les établissements de santé à surveiller plus rigoureusement les heures supplémentaires (rationalisation de l'activité, meilleure formation des cadres à la gestion de planning, mise en place de cycles de travail…). D'autre part, l'abrogation de la défiscalisation des heures supplémentaires en 2012 a également pu inciter les salariés à effectuer moins de dépassements.

Compte tenu de la complexité de la mise en place des plannings des personnels du secteur hospitalier (travail de jour, de nuit, le week-end), 77 % d'entre eux déclarent que leurs horaires de travail sont déterminés par l'établissement sans possibilité de modification, de façon plus marquée chez les aides-soignants (93 %) et les infirmiers et sages-femmes (80 %). Les médecins sont, en revanche, encore 30 % à pouvoir fixer eux-mêmes leurs horaires, même si cette proportion est plus faible qu'en 2003 (44 %).

Derrière tous ces résultats se cache néanmoins une grande hétérogénéité des horaires et des emplois du temps parmi les salariés, mais aussi de leur ressenti, comme en témoigne la récente enquête qualitative menée en 2013 auprès d'une soixantaine d'infirmiers du secteur hospitalier (encadré 2).

Encadré 2 L'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier : les enseignements d'une récente étude qualitative

Une enquête qualitative sur l'emploi du temps des infirmiers du secteur hospitalier a été réalisée en 2013 pour le compte de la DREES (Micheau et Molière, 2014). Des entretiens ont été menés auprès d'une soixantaine d'infirmiers, répartis dans dix établissements publics et privés, ainsi qu'auprès de certains représentants de la direction des ressources humaines ou de la Direction des soins des établissements visités. Les infirmiers ont été interrogés sur leur parcours professionnel jusqu'au poste occupé aujourd'hui, sur leur planning actuel et sa gestion, sur l'articulation entre temps de travail et vie personnelle et enfin sur le déroulement de la dernière journée de travail et l'analyse de son contenu et de son intensité.

Des horaires déterminés par le type de service, mais aussi par l'établissement au niveau local

De cette enquête, il ressort tout d'abord que l'emploi du temps des infirmiers et leurs rythmes de travail semblent principalement déterminés par le type de service. Le cas le plus fréquent est celui du service de soins en continu, qui répond au besoin de couvrir les 24 heures de la journée en deux ou trois postes, toute la semaine, jours fériés inclus. Le découpage en trois postes est le cas le plus fréquent, avec une distinction entre un poste nuit, plus long que les deux postes jours. Dans l'ensemble, les postes de jour ont une durée qui varie majoritairement entre 7 heures et 30 minutes et 8 heures. Les postes de nuit durent généralement 10 heures (plafond légal). Une forme d'emploi assez atypique, qui n'existe pour l'instant qu'à titre déroga-

toire mais qui tend à se développer, correspond au travail en 12 heures avec une journée scindée en deux postes (l'exemple-type de relève étant 8 h/20 h). Enfin, une forme de rythme concerne une minorité d'infirmiers, avec des horaires dits « normaux », c'est-à-dire du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 18 h 30 environ. Ces emplois concernent les services de soins ambulatoires (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, consultation, secteur psychiatrique extra-hospitalier), des fonctions d'appui comme les équipes mobiles qui ne concernent qu'une poignée d'infirmiers à l'échelle d'un grand hôpital (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie, alcoologie), ou des services annexes à l'hospitalisation. Les infirmiers travaillant au bloc opératoire – le plus souvent des infirmiers spécialisés (anesthésistes [IADE] ou de bloc [IBODE]) – ont aussi dans une certaine mesure des horaires qu'on pourrait qualifier de « normaux », en ce sens que même s'ils sont variables, ils s'effectuent le plus souvent en journée, avec en particulier une fin de journée rarement tardive et des week-ends assez préservés.

À l'exception de ces catégories types de rythmes de travail, c'est à chaque établissement que revient la fixation précise de l'amplitude des postes et des règles de roulement du personnel sur l'ensemble ou une partie des postes. Une grande diversité des situations se rencontre ainsi parmi les infirmiers interrogés : travail uniquement le matin, le soir ou la nuit, alternances nuits/journées ou matins/soirs tout au long de la semaine/du mois, etc.

La gestion du planning prévisionnel est l'une des missions des cadres de santé, qui comprend à la fois la programmation prévisionnelle et la régulation quotidienne pour pallier les aléas. Il s'agit souvent d'un travail chronophage et délicat. La programmation du travail s'appuie sur la définition de cycles de travail (de une à douze semaines), qui permet d'assurer l'équilibre de la durée moyenne hebdomadaire de travail. Outre la gestion des imprévus quotidiens, il faut prévoir les mouvements au sein de l'équipe (augmentation ou réduction des effectifs, passage d'un agent à temps partiel, retour au temps plein…). Le cadre doit ainsi trouver le juste équilibre entre les souhaits du personnel et les contraintes du service qu'il coordonne.

L'inégale intensité perçue des postes

Tous les postes ne répondent pas à la même intensité et la même charge de travail. Les postes de nuit sont décrits comme plus calmes que les postes de jour. De la même façon, le matin est plus intense que le reste de la journée (accueil des patients, administration des traitements, préparation des patients pour le bloc…). Certains infirmiers préfèrent toutefois avoir des postes le matin, pour disposer de leur après-midi librement (aller chercher les enfants à l'école par exemple). Les postes de l'après-midi sont plus en contact avec les familles et moins avec les médecins. Le travail de nuit présente ses propres difficultés physiques (fatigue) et ses avantages (réputé plus calme, avec peu de sollicitations internes ou externes). Dans le monde jalonné des services de soins en continu, une source d'insatisfaction régulièrement mentionnée par les infirmiers est liée aux nombreuses sollicitations imprévues (de la part des cadres de santé, des médecins, des patients…) qui entravent régulièrement leur activité, avec la sensation de « devoir courir » pour terminer leur tour de soins, voire – au pire – de le laisser inachevé.

La réforme des 35 heures qui avait participé à une réelle intensification du travail et a pu être mal vécue dans la fonction publique hospitalière au moment de son instauration (Assemblée nationale, 2014), semble maintenant « loin derrière », selon les infirmiers interrogés en 2013. Ces derniers apprécient notamment l'accroissement du nombre de jours non travaillés que cette réforme a permis. Les infirmiers témoignent globalement d'une relative satisfaction concernant leurs horaires. Outre les jours de repos et récupération souvent nombreux en raison des horaires atypiques du métier, les rythmes de travail ne sont pas forcément subis, ils s'accordent le plus souvent aux différentes étapes du cycle de vie. Ainsi les postes à horaires « normaux » semblent plus souvent occupés par des infirmières ayant des enfants ou des contraintes personnelles importantes. De la même façon, les rythmes imposés par le service de soins en continu, mais avec plus de jours de repos, conviennent plus facilement aux infirmiers ayant moins de contraintes, comme les jeunes diplômés par exemple. À ce titre, le travail en 12 heures qui a cours dans certains services et qui conduit à des postes plus longs (*cf. supra*) semble être relativement apprécié pour le nombre de jours de repos qu'il permet, mais aussi, parce qu'il modère « la course après le temps » pour terminer ses soins et ses transmissions, terminer à l'heure mais aussi et surtout pour « rendre le service » dans de bonnes conditions.

Des tensions accrues avec le public

Les tensions avec le public se sont accrues : elles concernent en 2013 la moitié des salariés hospitaliers, contre 38 % en 2003 (graphique 2). Cette spécificité du secteur hospitalier – tous secteurs confondus, les salariés sont seulement 31 % en 2013 à déclarer ce type de tensions – touche surtout le personnel médical et soignant : 66 % des infirmiers et sages-femmes, 56 % des aides-soignants et 54 % des médecins se disent concernés en 2013.

Les relations interprofessionnelles s'améliorent en revanche sensiblement. Les salariés hospitaliers sont notamment moins nombreux qu'auparavant à déclarer des tensions avec les collègues et avec la hiérarchie, même s'ils le font toujours plus souvent que l'ensemble des salariés tous secteurs confondus (graphique 2). Surtout, l'entraide entre collègues reste un trait caractéristique fort de l'hôpital, et continue à se développer : 93 % des salariés des hôpitaux déclarent ainsi être aidés par leurs collègues en cas de travail compliqué, un peu plus qu'en 2003 (91 %), et beaucoup plus que dans les autres secteurs de l'économie (79 % en 2013).

L'environnement de travail et les contraintes physiques

Les contraintes physiques ont globalement décru pour le personnel hospitalier entre 2003 et 2013 (graphique 3). Si certains inconvénients physiques, comme devoir rester longtemps debout ou porter des charges lourdes, se sont stabilisés pour chaque famille professionnelle, d'autres contraintes de ce type diminuent quel que soit le métier, comme devoir effectuer des déplacements à pied longs et fréquents ou effectuer des mouvements douloureux. La réduction de cette dernière contrainte est particulièrement ressentie chez les infirmiers et sages-femmes ainsi que chez les médecins.

Les salariés des établissements de santé publics, en particulier les infirmiers, déplorent plus souvent les nuisances environnementales (saleté, mauvaises odeurs, températures élevées, absence ou mauvais état des sanitaires, absence d'intimité).

Une exposition forte aux risques psychosociaux chez les personnels soignants

L'enquête Conditions de travail de 2013 possède un volet axé sur les risques psychosociaux (RPS) [encadré 1]. Ces derniers ont été définis par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (2011) comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Six dimensions ont été mises en avant par ce collège d'experts : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et l'insécurité socio-économique.

Un mal-être au travail plus grand chez les infirmiers

Les réponses à ces questions sur les risques psychosociaux peuvent tout d'abord être résumées au sein de deux indicateurs : un indicateur de bien-être au travail (satisfaction au travail, relation aux autres…) et un indicateur de fierté éprouvée au travail (Loquet et Ricroch, 2014). À âge, sexe et taille d'établissement donnés, le bien-être au travail dépend principalement de la famille professionnelle, le statut de l'établissement (public ou privé) jouant finalement peu. Les infirmiers et sages-femmes sont 72 % à se sentir exploités, contre 65 % pour l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils sont également 18 % à déclarer toujours travailler sous pression, soit 5 points de plus que la moyenne du secteur et 10 points de plus que les médecins. À l'opposé, les médecins apparaissent comme ceux étant le moins concernés par ce type de mal-être au travail.

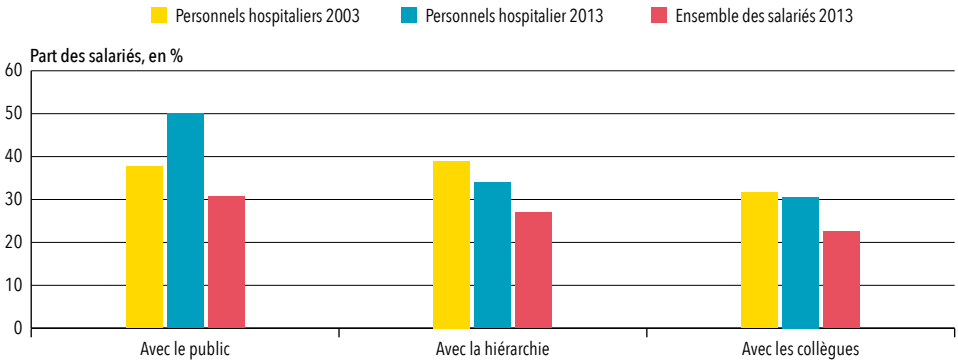
Dans une même famille professionnelle cependant, il peut subsister des écarts de ressenti au travail entre public et privé sur certains aspects de ce mal-être. Les médecins du secteur privé déclarent ainsi moins souvent rencontrer de difficultés au travail que leurs homologues du public. Ils sont plus nombreux à disposer de souplesse dans leur travail[3] (82 % des

3. La souplesse dans le travail renvoie ici à la possibilité d'organiser son travail de la manière qui convient le mieux. Cette notion diffère de la liberté de fixer ses horaires évoquée plus haut : il s'agit ici de l'organisation au sein de la journée de travail, dont les horaires peuvent être imposés.

médecins du privé peuvent organiser leur travail comme ils le souhaitent contre 71 % dans le public). Au contraire, les médecins du public déclarent pour 71 % d'entre eux devoir « penser à trop de chose à la fois » contre 52 % de ceux du privé. Ils se disent également plus souvent ignorés (28 % contre 10 % de leurs confrères travaillant dans le privé).

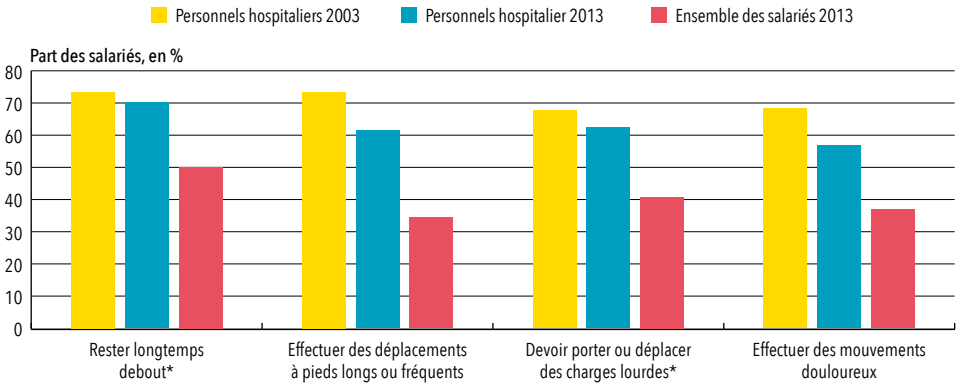
La fierté au travail est le deuxième aspect qui caractérise les risques psychosociaux à l'hôpital. Si 64 % de l'ensemble du personnel hospitalier interrogé à l'enquête déclare éprouver un sentiment de fierté au travail « souvent » ou « toujours », c'est le cas de 60 % des infirmiers et sages-femmes – contre 69 % des personnes en emploi. Ceux qui éprouvent « toujours » ce sentiment représentent 19 % des personnes en emploi, mais seulement 11 % parmi le personnel hospitalier et 5 % parmi les infirmiers et sages-femmes. Pour cette dernière famille professionnelle, le statut

Graphique 2 Les tensions sur le lieu de travail



Champ > Salariés du secteur hospitalier.
Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

Graphique 3 Les contraintes physiques



* L'évolution 2003-2013 est considérée comme stable, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les deux années se recoupent.
Champ > Salariés du secteur hospitalier.
Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

de l'établissement semble également jouer sur ce sentiment de fierté, qui apparaît plus fort dans le secteur privé que dans le secteur public.

Des exigences émotionnelles très fortes

Les six dimensions des risques psychosociaux au travail peuvent également être examinées plus en détail. Le sentiment d'une quantité de travail excessive est largement partagé par les salariés du milieu hospitalier. Ainsi, les infirmiers sont une majorité (59 %) à regretter cette quantité de travail excessive et déplorent plus que leurs collègues des contraintes temporelles fortes. Très souvent invoquée, la composante « devoir penser à trop de choses à la fois » est la plus souvent citée par les infirmiers (75 %) et les médecins (69 %), ce qui fait d'ailleurs écho à l'insatisfaction causée par les nombreuses sollicitations imprévues du quotidien mentionneés par les infirmiers dans d'autres études (Micheau et Molière, 2010) [encadré 2]. Les constats sur ce type d'exigences psychosociales à l'hôpital sont aussi les mêmes que pour l'ensemble des salariés : elles sont plus importantes pour les salariés qualifiés (Coutrot et Mermilliod, 2010).

Les exigences émotionnelles sont également très fortes chez le personnel hospitalier, tout particulièrement chez les aides-soignants, les infirmiers et les médecins, très souvent en contact avec des personnes en situation de détresse ou de souffrance. Quatre salariés sur dix doivent par exemple cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur, le personnel soignant non médical étant le plus concerné. Enfin, si les tensions avec les patients ne concernent que la moitié des salariés en contact avec le public, c'est le cas des deux tiers des infirmiers et sages-femmes. La proportion est également importante chez les médecins (58 %).

On note, en revanche, que c'est sur la composante de l'épanouissement au travail que les personnels du milieu hospitalier ont des risques psychosociaux plus faibles que l'ensemble des actifs occupés, car ils s'ennuient moins et ont davantage l'occasion de développer leurs compétences professionnelles.

Parmi les RPS liés aux rapports sociaux et aux relations au travail, le sentiment de manque de reconnaissance est particulièrement prégnant chez les infirmiers et sages-femmes (41 % d'entre eux l'expriment). Concernant les dimensions liées aux « conflits de valeur » des RPS, les variations entre familles professionnelles sont également assez marquées sur le fait de « faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin ». Le personnel soignant non médical se sent notamment le plus contraint en qualité, car il doit se dépêcher, contrairement aux professions paramédicales[4] ou administratives. Concernant l'insécurité économique, aucun profil ne se dégage clairement. Ainsi, ce sont quatre salariés hospitaliers sur dix qui ne se sentent pas capable de faire le même travail jusqu'à leur retraite, une part à peine plus élevée que pour l'ensemble des secteurs, mais qui touche la moitié des aides-soignants et des infirmiers contre seulement deux médecins sur dix.

En définitive, il apparaît que les divergences les plus marquantes dans les conditions de travail du secteur hospitalier interviennent plutôt entre les professions qu'entre les statuts des établissements (public/privé). On note aussi que si le genre ne semble pas être un facteur très discriminant des RPS à l'hôpital, une spécificité féminine peut être toutefois observée concernant la pression ressentie. Les femmes indiquent devoir plus souvent se forcer à être chaleureuses ou manifester de la bienveillance maternelle, se conformant ainsi à la représentation traditionnelle du rôle féminin. Elles sont également plus nombreuses à déclarer avoir besoin de cacher leurs émotions, une caractéristique qui se retrouve plus globalement dans le monde du travail. ■

4. On entend ici par « professions paramédicales » les techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

Pour en savoir plus

- **Algava E.**, 2014, « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *DARES Analyses*, DARES, nº 049, juillet.
- **Assemblée Nationale**, 2014, « Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail », *Rapport*, nº 2436.
- **Boisguerin B., Brilhault G. (coord.)**, 2014, *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- **Bué J., Coutrot T., Hamon-Cholet S., Vinck L.**, 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses,* DARES, janvier.
- **Coutrot T., Mermilliod C.**, 2010, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *DARES Analyses,* DARES, nº 081, décembre.
- **Evain F., Yilmaz E**., 2012 « Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé », dans *Le panorama des établissements de santé*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- **Gheorghiu M.-D., Moatty F.**, 2013, « L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail », Centre d'études de l'emploi, coédité avec les éditions Liaisons, coll. Liaisons sociales.
- **Loquet J., Ricroch L.**, 2014, « Les conditions de travail dans les établissements de santé », dans *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, DREES, coll. Études et Statistiques.
- **Micheau J., Molière E**., 2014, « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier », *Document de travail*, DREES, novembre.
- **Mouquet M.-C., Oberlin P.**, 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », dans *Le panorama des établissements de santé*, DREES, coll. Études et Statistiques.

18 Les conditions de travail des médecins généralistes

Les conditions de travail des médecins généralistes libéraux renvoient à des aspects très divers de leur pratique : emploi du temps, rythme de travail, organisation du cabinet, etc., qu'il s'agisse d'éléments objectifs ou de ressentis plus subjectifs. Elles font aussi écho à l'état de santé physique et psychique de ces professionnels, souvent intimement lié à leur exercice qui les confronte régulièrement à des situations difficiles. La présente fiche propose une synthèse des études récentes sur le sujet, principalement celles issues des Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (encadré 1).

50 heures ou plus de travail hebdomadaire pour la plupart des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés en 2011 lors du second Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (encadré 1) déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine[1], en comptant toutes leurs activités professionnelles (Jakoubovitch *et al.*, 2012). 78 % travaillent 50 heures ou plus. Cette durée du travail est restée relativement stable par rapport à celle déclarée par les médecins généralistes interrogés cinq ans plus tôt dans le cadre du premier Panel (Aulagnier *et al.*, 2007), mais aussi par rapport aux estimations fournies par l'enquête Emploi de l'INSEE de 1990 à 2004 (Breuil-Genier et Sicart, 2005), signe que la profession ne semble pas avoir participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés.

Cette durée hebdomadaire moyenne de travail varie selon le lieu d'exercice : elle s'élève en 2011 à 60 heures en moyenne en zone rurale, contre 56 heures en zone urbaine. Elle est en revanche moins élevée pour les médecins femmes (53 heures contre 59 heures pour les hommes) [encadré 2] et les praticiens de 45 ans ou moins (55 heures contre 58 heures pour les 45 ans ou plus). Elle est également un peu moins élevée pour les médecins exerçant en groupe (56 heures).

L'intensité de la charge doit également être évaluée au regard du nombre de semaines de congés : les médecins du second panel déclarent avoir pris 5,3 semaines de vacances en 2010, une durée moyenne elle aussi stable dans le temps (Le Fur, 2009). Elle est cependant plus élevée pour les médecins en couple (5,4 contre 4,4 pour les autres médecins), et encore davantage pour ceux installés en groupe (5,7 contre 4,8 pour ceux exerçant seuls).

Des consultations qui s'entrecroisent avec de multiples activités liées aux soins et aux tâches de gestion

Les consultations et les visites au domicile des patients constituent le cœur de l'activité du médecin généraliste. En 2013, il en a effectué en moyenne 4 600, dont 10 % seulement correspondent à des visites, une part qui est en forte diminution depuis une dizaine d'années[2] (encadré 3). Les médecins interrogés en 2011 dans le cadre du Panel (encadré 1) déclarent une durée moyenne de consultation au cabinet d'un peu moins de 18 minutes. Cette durée est cependant très dispersée selon les médecins : si la moitié déclare un temps de 15 minutes, près d'un tiers disent être autour de 20 minutes. Une enquête réalisée en 2002 par la DREES montrait que les variations de la durée d'une consultation sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la patientèle d'un même médecin (âge, types de pathologies, profil socio-économique)

1. La « semaine de référence » choisie pour répondre à cette question correspond à la semaine précédant l'enquête dans la majorité des cas ; autrement, les médecins ont été invités à s'exprimer par rapport à une semaine dite « ordinaire ».
2. Source : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). La part des visites dans l'activité des médecins généralistes était de 14 % en 2005.

et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre (Breuil-Genier et Goffette, 2006). Notamment, les femmes (encadré 2) ou encore les praticiens en secteur 2 déclarent effectuer des consultations plus longues que la moyenne.

En combinant les informations relatives au nombre d'actes effectués en moyenne chaque année et à la durée de consultation, on peut estimer que les médecins généralistes passent en moyenne 33 heures par semaine au contact des patients de leur cabinet. Cette durée s'entrecroise cependant tout au long de la semaine avec d'autres types d'activités effectuées à l'intérieur du cabinet, en particulier :

- l'encadrement d'étudiants en médecine, cité par près d'un médecin sur cinq. Cette activité est plus fréquente parmi ceux exerçant en groupe (24 % contre 13 %) ;
- la formation : les médecins y consacrent en moyenne 13 demi-journées par an. On peut y ajouter aussi le temps passé à la lecture de journaux ou d'articles médicaux (en moyenne 2 heures par semaine) ;
- l'accueil des visiteurs médicaux concerne trois médecins sur quatre, et représente en moyenne pour ces médecins 36 minutes de temps hebdomadaire ;

Encadré 1 Les Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Depuis bientôt dix ans, la DREES, en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de différentes régions, met en place des enquêtes régulières auprès de panels de médecins généralistes libéraux, dont l'objectif principal est d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces praticiens, ainsi que d'appréhender leurs pratiques de prise en charge et leurs déterminants.

Le **premier panel** (ou « panel cinq régions ») auquel a participé la DREES a été réalisé durant la période 2007-2009, avec le concours de la FNORS, les ORS, les URML-PS et les URCAM de cinq régions[1] : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Provence – Alpes – Côte d'Azur, Pays de la Loire. Il était constitué de 1 900 médecins généralistes exerçant dans ces cinq régions. À raison d'une vague d'enquête par semestre pendant trois ans, ces médecins ont notamment été interrogés sur leur temps de travail et leur satisfaction au travail, sur leurs réseaux professionnels, sur leur opinion vis-à-vis de leur mode de rémunération ou encore sur leur état de santé.

Le **deuxième panel** a été mis en place par la DREES en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de trois régions (PACA, Pays de la Loire, Bourgogne) au cours de la période 2010-2012. Ce panel inclut cette fois un échantillon représentatif au niveau national de 1 250 médecins, auquel s'ajoutent trois suréchantillons représentatifs des trois régions partenaires (1 000 médecins environ). Les cinq vagues d'enquêtes ont notamment porté sur les pratiques de vaccination, l'organisation du cabinet et l'emploi du temps des médecins, la prise en charge de la dépression mais aussi celle des personnes âgées dépendantes, ou encore sur l'opinion des médecins face à la coopération avec les infirmiers.

Le **troisième panel** a débuté en 2013 et doit se poursuivre jusqu'en 2017. Les trois régions partenaires impliquées sont les Pays de la Loire, PACA, ainsi que Poitou-Charentes. Comme pour le deuxième panel, il est composé d'un échantillon national (environ 1 500 médecins) et de trois suréchantillons régionaux. Les thématiques abordées portent sur un certain nombre de pratiques de prise en charge : vaccination (vague 1), suivis gynécologiques et de grossesse (vague 2), patients atteints d'un cancer (vague 3) ou de polypathologies chroniques (vague 4), patients « précaires » (vague 5).

Un **quatrième panel** est cours de préparation, il devrait débuter en 2017.

1. Les régions évoquées tout au long de cette fiche font référence aux « anciennes » régions, c'est-à-dire celles correspondant au découpage territorial prévalant avant la loi portant sur la Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015.

• la permanence des soins : six médecins sur dix y sont impliqués, bien que la participation aux gardes n'ait aujourd'hui plus de caractère obligatoire.

À ces activités liées au soin s'ajoutent également les tâches de gestion et de secrétariat, qui pèsent relativement lourd dans le temps passé au cabinet (4 heures en moyenne par semaine) et sont souvent peu planifiées (Micheau et Molière, 2010). Si disposer d'un secrétariat est très fréquent pour les généralistes exerçant en groupe (76 %), ce n'est le cas que d'un tiers de ceux qui exercent seuls, les autres devant assurer eux-mêmes les tâches d'accueil et de prises de rendez-vous. En 2011, près d'un quart s'occupaient eux-mêmes de leur comptabilité. On peut enfin signaler qu'un médecin sur sept (14 %) déclare effectuer lui-même l'entretien des sols des locaux, une charge non négligeable puisque environ 80 minutes par semaine y sont alors consacrées. Cette activité est plus souvent sous-traitée lorsque les médecins exercent en groupe ou ont un volume d'activité important.

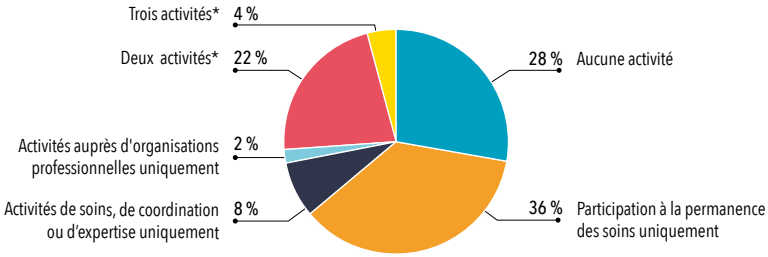
Mais le cabinet n'est pas le seul lieu d'exercice. En sus de leurs activités au cabinet et de celles exercées dans le cadre de la permanence des soins, 30 % des médecins déclarent des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure telle qu'un établissement de santé (14 %), une maison de retraite en tant que médecin coordonnateur (8 %), une crèche (4 %), ou encore auprès d'organisations professionnelles[3] (11 %). Un quart des médecins cumulent d'ailleurs au moins deux de ces activités (graphique).

Ces éléments soulignent au total la diversité des formes d'emploi du temps des médecins généralistes. Les entretiens sociologiques menés auprès d'une cinquantaine de médecins libéraux, dont 22 médecins généralistes, ont montré aussi qu'il existe une forte saisonnalité dans ces emplois du temps (Micheau et Molière, 2010). Cette saisonnalité se retrouve déjà au cours de la semaine, le lundi étant en général le jour le plus chargé en raison des urgences du week-end. Il existe également une saisonnalité épidémiologique : les périodes d'hiver, avec leurs lots d'affections, font sensiblement varier le nombre d'heures de travail. Travailler en soirée reste par ailleurs relativement fréquent pour ces praticiens, puisque nombre d'emplois du temps étudiés dans cette enquête font apparaître des journées de travail qui se terminent au-delà de 20 heures.

Quelle opinion ont les médecins généralistes de leur temps de travail ?

Face à un emploi du temps qui apparaît chargé, 42 % des généralistes interrogés en 2011 considèrent « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait ».

Graphique Répartition des médecins généralistes selon leurs activités professionnelles en dehors du cabinet



* Parmi les trois suivantes : « permanence des soins », « activités de soins, de coordination ou d'expertise », « activités auprès d'organisations professionnelles ».
Champ > Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.
Sources > DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

3. URPS, conseil de l'Ordre, syndicats, sociétés savantes…

Une proportion similaire de praticiens répond cependant « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence ». Enfin, 15 % retiennent la proposition « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne le peuvent pas pour des raisons financières ». Seuls 1 % des médecins « auraient souhaité travailler davantage ».

Encadré 2 Un « effet genre » très marqué portant sur plusieurs aspects des conditions de travail

La profession médicale s'est fortement féminisée ces dernières années. Les femmes représentent 44 % des médecins généralistes en 2015 d'après le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) [voir la fiche 1].

Une durée de travail hebdomadaire plus faible pour les femmes, mais des durées de consultation plus longues

Les femmes interrogées dans le cadre du second panel de médecins généralistes (encadré 1) déclarent en moyenne une durée d'activité hebdomadaire 10 % inférieure à celle des hommes. Cet écart de 10 % est confirmé lorsque l'on raisonne « toutes choses égales par ailleurs », en particulier à âge égal. Les femmes consultent notamment moins systématiquement que leurs confrères hommes le samedi matin (32 % des femmes travaillent tous les samedis, contre 48 % des hommes). Le nombre de congés annuels déclarés est en revanche très proche.

Les écarts en termes de volume d'activité sont encore plus prononcés entre hommes et femmes : ces dernières effectuent en moyenne 24 % de consultations et visites en moins que leurs collègues masculins par an. On voit que l'importance de cet écart ne reflète pas les différences de durée de travail hebdomadaire déclarée, une situation qui s'explique en partie par une durée de consultation des femmes supérieure à celle des hommes (19 minutes contre 17 minutes pour les hommes). Le fait que les médecins femmes gardent en moyenne leurs patients plus longtemps en consultation avait déjà été mis en évidence dans une enquête de 2002 de la DREES, un résultat qui se retrouve également à l'étranger (Breuil-Genier et Goffette, 2006).

La durée consacrée aux tâches de gestion du cabinet n'est pas significativement différente entre les femmes et les hommes. En revanche, les femmes s'occupent plus couramment que leurs confrères masculins de l'entretien des locaux (19 % *versus* 12 % des hommes).

Des différences vis-à-vis des activités hors cabinet

La moitié des femmes déclarent participer aux gardes, une proportion cependant moindre que celle que l'on observe pour leurs confrères masculins (64 %). Elles sont également moins nombreuses à déclarer exercer une activité de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure à leur cabinet (24 % contre 33 % pour leurs confrères masculins). En revanche, elles s'investissent dans une organisation professionnelle dans une proportion comparable à celle des hommes (11 %).

Des femmes plus souvent confrontées aux violences verbales ou physiques

Les femmes médecins interrogées en 2008 dans le cadre du premier panel de médecins généralistes DREES-ORS-URPS-ML sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir subi des violences ou agressions au cours des douze derniers mois dans le cadre de leur activité professionnelle (24 % contre 18 % pour les hommes) [Desprès *et al.*, 2010]. Cette différence est notamment très marquée parmi les généralistes plus âgés (55 ans ou plus). Elle n'est cependant pas propre aux médecins généralistes : on retrouve également ce phénomène de surexposition des femmes aux violences physiques et psychologiques par rapport aux hommes chez les cadres travaillant au contact du public (d'après les enquêtes Sumer de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques).

De façon sans doute liée, les femmes médecins généralistes sont plus fréquemment en détresse psychologique que les hommes (19 % contre 10 %), un écart qui se retrouve là aussi dans l'ensemble de la population générale d'après l'enquête Handicap-Santé-Ménages de 2008 (DREES-INSEE).

Encadré 3 Une pratique des visites à domicile très liée aux caractéristiques du médecin et de son environnement

La part des visites à domicile représente 10 % de l'ensemble des consultations, une moyenne qui masque cependant d'importantes disparités selon les médecins (tableau ci-dessous). Une analyse effectuée à partir des informations contenues dans l'appariement INSEE-CNAMTS-DGFiP de 2011 (voir la fiche 7) indique que 8 % des médecins généralistes n'effectuent aucune visite dans l'année. De façon plus large, un médecin sur cinq consacre moins de 2 % de ses consultations aux visites. À l'inverse, les visites à domicile représentent plus de 20 % de leurs consultations pour 14 % des médecins.

Le poids des visites dans la pratique du médecin semble extrêmement lié à ses caractéristiques personnelles et professionnelles. Ainsi, les médecins effectuant peu de visites (moins de 2 % de leurs consultations) se caractérisent par une très forte proportion de femmes (47 % contre 29 % pour l'ensemble des médecins) [tableau 1]. Ils sont plus jeunes que la moyenne (36 % ont moins de 50 ans, contre 32 % de l'ensemble), et exercent nettement plus souvent au sein d'un grand pôle urbain (85 % *versus* 67 %). Ils ont une activité plus faible que la moyenne des généralistes. Enfin, ils se caractérisent par une forte proportion de médecins ayant déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) à l'Assurance maladie (35 % *versus* 12 %) et de médecins conventionnés en secteur 2 (voir la fiche 7) [27 % *versus* 10 %].

Les tendances sont opposées concernant les médecins effectuant un nombre important de visites (plus de 20 % de leur activité de consultations) : plus âgés que la moyenne, les femmes y sont très minoritaires (12 %), de même que les praticiens en secteur 2. On les retrouve moins souvent dans les grands pôles urbains (64 %). En revanche, leur niveau d'activité n'est pas très différent de celui de l'ensemble des généralistes. Par ailleurs, ils comptent une part significativement plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus dans leur patientèle que la moyenne (25 % *versus* 19 %) : la prise en charge souvent complexe de ces patients nécessite en effet plus fréquemment des visites à domicile (Buyck *et al*., 2014).

Caractéristiques des médecins généralistes selon la pratique des visites à domicile

En %

	Part des visites dans les consultations		Ensemble des généralistes
	moins de 2 %	plus de 20 %	
Proportion des généralistes correspondants	20	14	100
Part des moins de 50 ans	36	25	32
Part de femmes	47	12	29
Part de ceux exerçant dans un grand pôle urbain*	85	64	67
Part des généralistes dont le volume d'actes est…			
… élevé**	16	24	25
… faible**	46	28	25
Part de la patientèle âgée de 65 ans ou plus	17	25	19
Part des MEP***	35	10	12
Part des généralistes en secteur 2	27	4	10

* Grand pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois, qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain (selon la définition INSEE).
** Volume d'acte élevé (resp. faible) : supérieur au dernier quartile (resp. inférieur au premier quartile) du nombre d'actes de l'ensemble des généralistes du champ.
*** MEP : Mode d'exercice particulier. Il s'agit des généralistes ayant déclaré certaines pratiques à l'Assurance maladie (homéopathie, acupuncture, etc.).
Champ > Ensemble des médecins généralistes ayant déclaré plus d'un euro d'honoraire en 2011, France métropolitaine
Source > INSEE-CNAMTS-DGFiP, 2011, exploitations DREES.

La durée du travail hebdomadaire, lorsqu'elle est longue, entraîne une certaine insatisfaction, excepté cependant pour les plus gros travailleurs, signe que les durées de travail extrêmes le sont aussi de façon choisie pour de nombreux médecins (Aulagnier *et al.*, 2007). Il est d'ailleurs notable que la diversité des activités au cours de la semaine, si elle entraîne une certaine dose de suractivité, produit aussi des respirations (Micheau et Molière, 2010). Le temps professionnel qui n'est pas consacré aux patients offre ainsi des changements décrits comme salutaires par les médecins, évitant à la routine de s'installer.

Par ailleurs, la notion de « travailler trop » recouvre divers aspects. Elle peut montrer qu'au-delà de la charge objective de travail, c'est un certain nombre de situations ou de perceptions qui constituent le trop-plein : confrontation aux difficultés du corps social (précarité, détresse des patients…), charge administrative trop lourde, stress, trop peu de vie familiale (Micheau et Molière, 2010)… L'évaluation subjective de la charge de travail est aussi directement liée à la perception du praticien sur le fait d'être ou non justement rétribué pour le temps qu'il consent. Outre la rémunération, une grande part de la gratification provient des signes de reconnaissance renvoyés par l'attitude des patients. La confiance des médecins en eux-mêmes peut aussi être souvent remise en cause par les comportements des patients incorrects ou désinvoltes, qui seraient de plus en plus répandus : rendez-vous fixés non tenus, demandes de consultations par téléphone, doutes sur le diagnostic donné (Micheau et Molière, 2010)…

La charge de travail, qu'elle soit objective ou ressentie, semble dans tous les cas déterminante sur certains choix d'organisation de la pratique. L'opinion des médecins a notamment été recueillie récemment sur leur disposition à coopérer avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches (interrogation et éducation des patients, surveillance, actes techniques spécifiques comme les frottis, etc.). Si l'accueil de cette idée ne soulève pas encore l'enthousiasme (un tiers des médecins interrogés seulement se disaient favorables à ce type de délégation), il ressort en revanche que les médecins y sont d'autant plus favorables que leur volume d'actes est élevé (Massin *et al.*, 2012). À niveau d'activité équivalent, c'est aussi le ressenti du médecin qui joue sur son appétence pour la délégation d'actes : les médecins exprimant le souhait de travailler moins, mais pour qui « c'est impossible faute de remplacement disponible », sont ainsi plus favorables à la coopération avec un infirmier que leurs confrères (Agamaliyev *et al.*, à paraître).

Des confrontations fréquentes aux violences physiques ou psychologiques

En 2007, huit médecins généralistes sur dix se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, une proportion plus élevée que pour l'ensemble des individus actifs, bien qu'elle soit plus réduite que celle que l'on observe dans la population des cadres et professions intellectuelles supérieures[4] (Desprès *et al.*, 2010). Quant à la santé psychique, les médecins sont moins nombreux que l'ensemble de la population active à se déclarer en situation de détresse psychologique, sauf avant 45 ans où les femmes sont un peu plus souvent dans cette situation (encadré 2). Leur recours aux psychotropes est relativement proche de celui de la population générale. Pourtant, la profession reste relativement exposée à certains risques psychosociaux, comme c'est le cas des personnels soignants à l'hôpital (voir la fiche 17). Ils indiquent en particulier être souvent confrontés à des violences physiques ou psychologiques : près d'un sur cinq déclare ainsi avoir subi des violences ou agressions dans le cadre de son activité professionnelle au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, une proportion qui rejoint celle évoquée par les cadres travaillant en contact avec le public[5]. ■

4. Il est possible que, compte tenu de leur profession, les médecins généralistes envisagent la notion d'« état de santé global » de façon différente des actifs de même niveau de diplôme. En effet, le résultat est opposé lorsque l'on s'intéresse à une mesure objective de l'état de santé : les médecins indiquent par exemple souffrir moins fréquemment de maladies chroniques que les autres actifs de même niveau de diplôme.

5. D'après les résultats de l'enquête Sumer de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), cités par Desprès *et al.* (2010).

Pour en savoir plus

- **Agamaliyev E., Mikol F., Prost T.**, 2016, « Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet », *Revue française des affaires sociales*, juin.
- **Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Berre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F.**, 2007, « L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, DREES, nº 610, novembre.
- **Bournot M.-C., Goupil M.-C., Tuffreau F.**, 2008, « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », *Études et Résultats*, DREES, nº 649, août.
- **Breuil-Genier P., Sicart D.**, 2005, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Études et Résultats*, DREES, nº 430, septembre.
- **Breuil-Genier P., Goffette C.**, 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, nº 481, avril.
- **Buyck, J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F**., 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, DREES, nº 869, février.
- **Desprès P., Grimbert I., Lemery B., Bonnet C., Aubry C., Colin C.**, 2010, « Santé physique et psychique des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, nº 731, juin.
- **Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, nº 797, mars.
- **Le Fur P.**, en collaboration avec Bourgueil Y., Cases C., 2009, « Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 144, juillet.
- **Massin S., Paraponaris A., Bernhard M., Verger P., Cavillon M., Mikol F., Ventelou B.**, 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Études et Résultats*, DREES, nº 873, février.
- **Micheau J., Molière E.**, 2010, « L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail », Dossiers solidarité santé, DREES, nº 15, mai.
- « Le métier de médecin » (ouvrage collectif), 2011, *Revue française des affaires sociales*, 12/2011, volume 2-3.

Les professionnels de santé demain : perspectives

19 Les projections des effectifs de médecins

La DREES réalise périodiquement des projections des effectifs de médecins. Cet exercice consiste à estimer les évolutions de la démographie médicale à l'horizon de vingt ou trente ans. Plusieurs scénarios sont modélisés. Un scénario dit « tendanciel » simule l'évolution du nombre de médecins sous l'hypothèse que les comportements observés au moment de l'exercice de projection se prolongent. Néanmoins, les modifications de la législation et des préférences des médecins affectent, en général, ces tendances estimées. Aussi, des variantes complètent-elles les résultats du scénario tendanciel, afin de mesurer les effets sur la démographie médicale de la modification de tel ou tel paramètre. Seuls les premiers résultats du scénario tendanciel du nouveau modèle de la DREES sont présentés ici, des publications complémentaires viendront prochainement les enrichir de variantes.

Dans les prochaines années, l'évolution de la densité médicale devrait être peu dynamique

L'exercice actuel de projection s'appuie sur la situation des médecins au 1er janvier 2015. Les comportements des médecins (choix du mode d'exercice, de la région d'installation…) sont modélisés à partir de données récentes et tiennent compte de la réglementation actuellement en vigueur (encadré 1). Dans ce cadre, l'évolution des effectifs projetés dépend fortement de deux hypothèses : le niveau des flux de médecins à diplôme étranger et l'âge de cessation définitive d'activité des médecins. Pour le scénario tendanciel, les options suivantes sont retenues : le flux de médecins à diplôme étranger est supposé se maintenir à son niveau de 2015 (soit environ 1 500 nouveaux médecins à diplôme étranger par an) et les médecins de plus de 70 ans ne sont pas pris en compte dans l'offre de soins.

Selon ces hypothèses, les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer jusqu'en 2021 avant de repartir à la hausse ensuite (graphique 1.a). La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, chuterait davantage que les effectifs, en raison de l'augmentation de la population française de 10 % durant cette période. Elle baisserait de 3,2 à 3,1 médecins pour 1 000 habitants entre 2016 et 2022, atteignant à cette date un point bas égal à la densité de l'année 2002, avant de remonter à partir de 2025, pour retrouver le niveau de 2016 seulement en 2031 (graphique 1.b). En revanche, en 2040 la densité de médecins serait supérieure de 13 % à la densité de 2016.

Néanmoins, entre 2016 et 2040, la population française va vieillir et ses besoins de soins vont donc probablement augmenter. Pour tenir compte de l'évolution de ces besoins, une densité standardisée par le recours aux médecins de ville est calculée[1] : la prise en compte du vieillissement de la population révèle une évolution moins dynamique du rapport entre offre et demande de soins que celle que laissait apparaître la densité brute (graphique 2). Selon le scénario tendanciel, la densité standardisée diminuerait de 3,2 à 3,0 médecins pour 1 000 habitants entre 2016 et 2024 et stagnerait autour de ce point bas jusqu'en 2026, amorçant ensuite une remontée pour retrouver le niveau de 2016 en 2035.

Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse de 1 500 nouveaux médecins à diplôme étranger par an. Toutefois, le niveau de ce flux peut varier rapidement : il a, par exemple, doublé sur les dix dernières années. Il existe donc une forte incertitude sur les flux futurs de médecins à diplôme étranger. Sans prise en compte de ces arrivées futures de médecins, le nombre de médecins diminuerait dans les prochaines années. On estime qu'en 2021, 4 % des

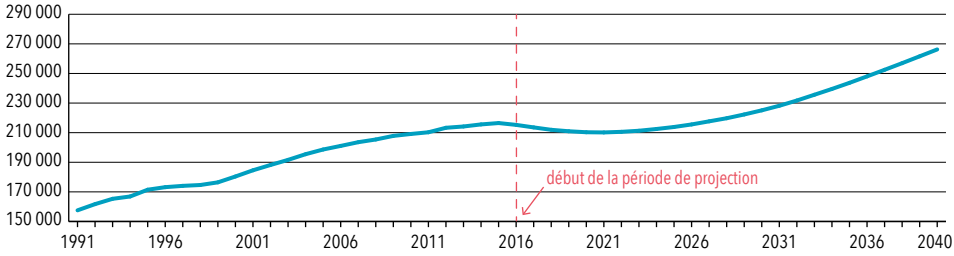
1. Le calcul est le suivant : le nombre de professionnels est rapporté à une population dans laquelle chaque tranche d'âges est pondérée par la part qu'elle représente dans les dépenses en médecins de ville. La densité standardisée ainsi calculée permet de mesurer à chaque date l'adéquation entre le nombre de médecins et les besoins de soins de la population, sous l'hypothèse que ces derniers sont essentiellement liés à l'âge des individus et sont stables dans le temps.

médecins seront des médecins à diplôme étranger installés depuis 2016, et que ce pourcentage s'élèvera à 8 % en 2030. Ainsi, en 2030 le nombre de médecins en activité serait inférieur de 5 % au nombre de médecins en activité en 2015, si aucun médecin à diplôme étranger ne s'installait d'ici là.

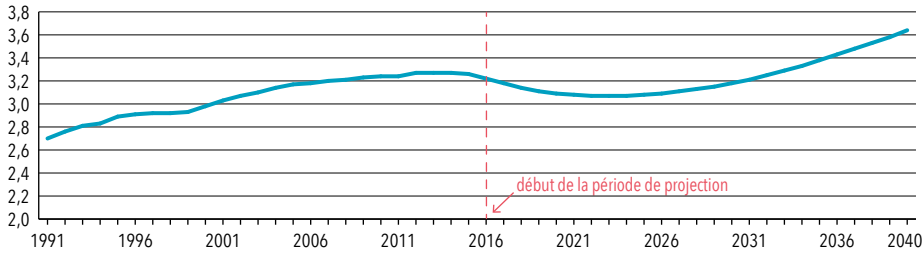
La deuxième hypothèse fondamentale du modèle concerne l'âge de cessation définitive d'activité des médecins. Depuis quelques années, le cumul emploi-retraite se développe fortement (encadré 2). En raison de cette nouvelle tendance et des réformes des retraites successives, les départs définitifs avant 70 ans

Graphiques 1 Projection des effectifs et de la densité des médecins à l'horizon 2040, scénario tendanciel

1.a • Projection des effectifs de médecins

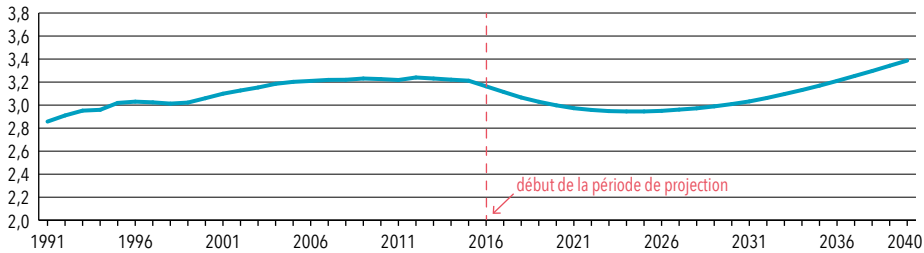


1.b • Projection de la densité de médecins



Champ > France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015, INSEE estimations de population, projection de population 2007-2060.

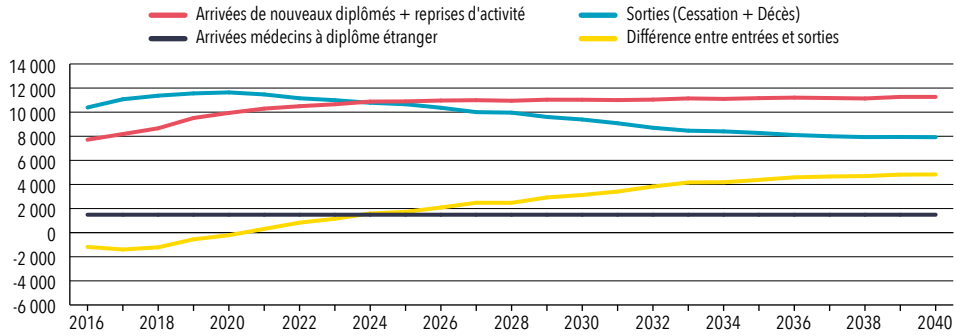
Graphique 2 Projection de la densité standardisée par les besoins de soins des médecins à l'horizon 2040



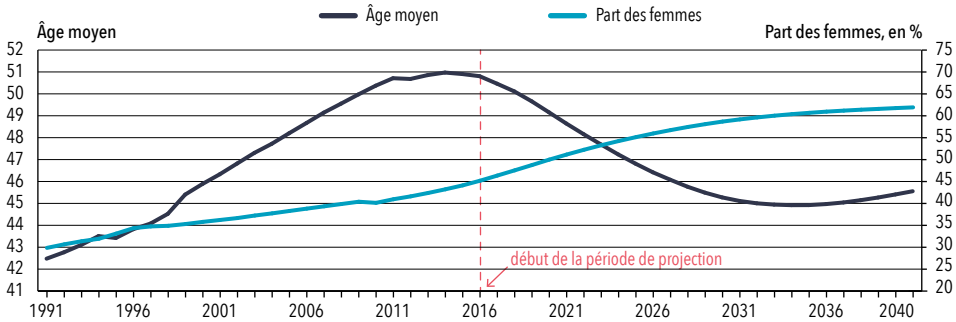
Note > La standardisation de la densité est effectuée par la dépense en médecins de ville par tranches d'âges.
Champ > France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015, INSEE estimations de population, projection de population 2007-2060.

Graphiques 3 Entrées et sorties, âge moyen et part des femmes selon le scénario tendanciel à l'horizon 2040

3.a • Évolution des arrivées, cessations d'activité et décès des médecins

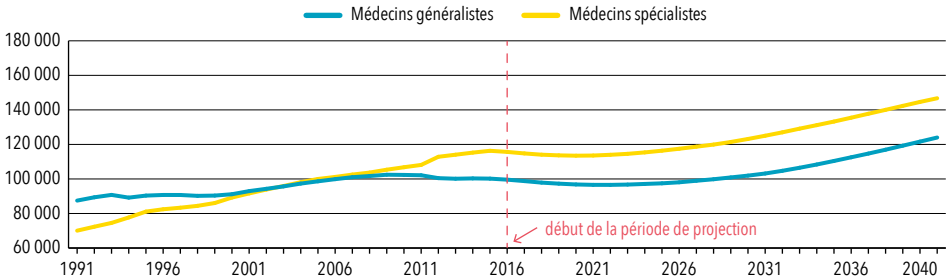


3.b • Évolution de l'âge moyen des médecins et de la proportion de femmes parmi les médecins



Champ > France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

Graphique 4 Évolution des effectifs de médecins généralistes et spécialistes de 1991 à 2040



Champ > France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

sont actuellement nettement moins nombreux qu'auparavant. De plus, l'âge de cessation définitive d'activité ne peut être correctement estimé puisque cet événement n'est aujourd'hui que très partiellement observé dans les données disponibles. Les médecins affectés par le cumul emploi-retraite ou la réforme des retraites de 2010 n'ont pas encore cessé définitivement leur activité. Il est donc actuellement trop tôt pour savoir précisément comment les départs définitifs vont s'échelonner avec l'âge. Dans le cadre des hypothèses retenues, 89 % des médecins actifs à 51 ans le sont encore à 60 ans, 52 % à 65 ans et 27 % à 70 ans. Néanmoins, l'offre de travail des médecins de plus de 70 ans étant plus réduite[2], ces médecins sont exclus des effectifs comptabilisés dans le scénario tendanciel.

Les évolutions des effectifs résultent de la conjonction des arrivées de nouveaux diplômés et des cessations d'activité des médecins âgés. Le nombre de médecins entrant en activité – hors médecins à diplôme étranger – est étroitement lié au *numerus clausus* adopté une dizaine d'années auparavant. Selon les hypothèses du scénario tendanciel (maintien du *numerus clausus* à 7 500 entre 2016 et 2040), ce nombre devrait augmenter dans les dix années à venir (graphique 3.a).

Les cessations d'activité des médecins se maintiendront également à un niveau élevé jusqu'en 2020 – à quelques années près, en raison des incertitudes sur l'âge précis de fin d'activité des générations de médecins à fort *numerus clausus* arrivant à des âges élevés. À cette phase en succèdera une autre marquée par les départs moins nombreux des générations à *numerus clausus* moins élevé.

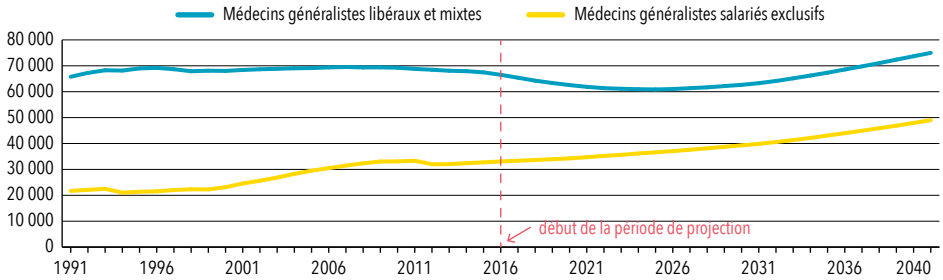
En raison de ces arrivées et départs de générations à effectifs variables, la structure par âge des médecins en activité sera modifiée au cours du temps : l'âge moyen des médecins devrait diminuer jusqu'en 2035 environ, de 51 ans à 45 ans (graphique 3.b).

Enfin, la tendance à la féminisation de la profession va se poursuivre. Actuellement, 60 % des candidats à l'internat sont des femmes. Si cette proportion de femmes parmi les candidats à l'internat se maintient, la part de femmes parmi les actifs, de 45 % actuellement, devrait ainsi atteindre 60 % en 2040.

La baisse du nombre de médecins généralistes libéraux devrait toutefois être assez marquée

Le modèle permet de distinguer l'évolution des médecins par mode d'exercice et par spécialité. Les effectifs de médecins généralistes comme spécialistes vont diminuer dans les prochaines années (graphique 4). La baisse devrait être plus faible pour les spécialistes (2 % entre 2015 et 2021) que pour les généralistes (-4 % sur la même période), les médecins

Graphique 5 Évolution des effectifs de médecins généralistes libéraux et salariés de 1991 à 2040



Champ > France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

2. En 2011, le nombre d'actes des médecins libéraux de 70-74 ans en activité représentait 58 % de celui des moins de 60 ans.

à diplôme étranger nouvellement installés venant essentiellement renforcer les effectifs de médecins spécialistes. En effet, 80 % des médecins diplômés à l'étranger sont des spécialistes. Sans ces effectifs supplémentaires, la baisse au cours de la période 2015-2021 serait, à l'inverse, plus marquée pour les médecins spécialistes (-8 %) que pour les médecins généralistes (-5 %).

S'agissant plus particulièrement des médecins généralistes libéraux ou à activité mixte, cette baisse sera relativement marquée et durable (graphique 5). En effet, les effectifs de médecins généralistes libéraux devraient, selon les hypothèses du scénario tendanciel diminuer jusqu'en 2025. À cette date, ils seraient 7,5 % de moins qu'en 1991 et plus de 9,5 % de moins qu'en 2015. Parallèlement, les effectifs de médecins généralistes salariés devraient poursuivre leur croissance dans les prochaines années sans connaître de période de baisse. Ainsi, les tendances observées dans les années récentes – baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et hausse des effectifs de médecins généralistes salariés (hospitaliers comme non hospitaliers) – devraient se poursuivre dans les prochaines années. ■

Encadré 1 Méthodologie des exercices de projection

Le modèle employé pour réaliser l'exercice de projections 2008 était une nouvelle version du modèle utilisé par la DREES jusqu'en 2004, dont la première version avait été élaborée conjointement par l'INED et la DREES en 2000. Le modèle de 2015 reprend la structure et la méthodologie du modèle de 2008.

À partir des médecins actifs du RPPS au 1er janvier 2015, le modèle produit des effectifs projetés de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, c'est-à-dire de 2016 à 2040, pour le nouvel exercice de 2015. Ces effectifs sont ventilés par spécialité, âge, sexe, région, mode et zone d'exercice.

Les autres données utilisées par le modèle sont principalement les résultats des épreuves classantes nationales (ECN), produits par le CNG, les données du système SISE de la DGESIP, les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE.

Le champ retenu est celui des médecins actifs, y compris les médecins remplaçants. Les médecins ayant cessé temporairement leur activité ne sont pas comptabilisés parmi les médecins en activité. Le modèle de 2008 portait sur les médecins actifs jusqu'à 80 ans. Pour le modèle de 2015, l'âge maximum de cessation définitive d'activité est fixé à 70 ans.

Le modèle projette année après année des effectifs, de façon directement agrégée pour les étudiants jusqu'à la fin du deuxième cycle, puis individuellement, par une méthode de microsimulation, pour les étudiants en troisième cycle et les médecins actifs.

Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements constants des médecins. Par exemple, sont supposés identiques à ceux observés au cours des dernières années, les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement ou d'abandon des études médicales, d'absence aux ECN, ou encore les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active en ce qui concerne le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice.

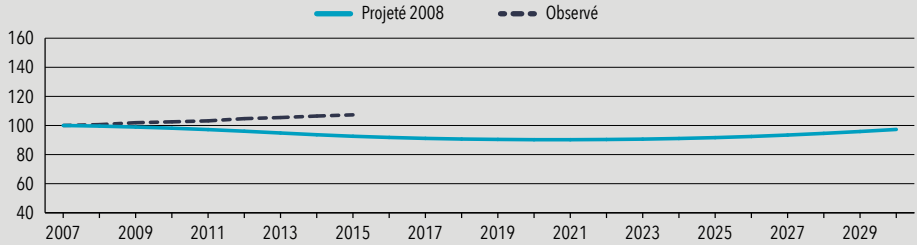
Dans le modèle de 2015, le *numerus clausus* est fixé à 7 500 en projection, soit le niveau observé en 2015. Pour chaque année de la période de projection, la répartition régionale du *numerus clausus* est supposée identique à celle constatée l'année précédant la première année de projection. Il en est de même de la répartition par discipline et par région des postes ouverts aux ECN. Le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats aux ECN est présumé constant en projection et égal à celui observé l'année précédant la première année de projection. Les premiers résultats du modèle de 2015, présentés ici, intègrent les flux de médecins à diplôme étranger mais de manière simplifiée. Beaucoup d'incertitudes pèsent sur les évolutions à venir et il sera nécessaire d'élaborer des variantes sur ce point.

Le taux de fuite, c'est-à-dire le pourcentage de médecins diplômés qui n'exerceront jamais la médecine est fixé à 3 % pour toute la période de projection. Les installations de médecins sont possibles dans le modèle jusqu'à cinq ans après l'obtention de leur diplôme.

Encadré 2 Les résultats du modèle de 2008 : deux phénomènes ont endigué la baisse des effectifs de médecins à laquelle l'on pouvait s'attendre en 2008

Les dernières projections en date ont été réalisées en 2008 par la DREES (encadré 1). Sur la base des comportements que les données permettaient d'observer, le scénario tendanciel projetait une baisse des effectifs de médecins entre 2007 et 2015 de 7 %. Cette tendance à la baisse devait concerner la quasi-totalité des spécialités. En réalité, le nombre de médecins a augmenté de 7 % (soit 15 100 médecins) au cours de la période (graphique a ci-dessous).

Graphique a • Évolution des effectifs de médecins de 2007 à 2030, en base 100 en 2007



Champ > Médecins exerçant leur activité en France Métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion)
Sources > Adeli, RPPS au 1er janvier.

Deux phénomènes survenus depuis la réalisation de l'exercice de projection expliquent que le nombre de médecins ait finalement augmenté : l'augmentation du nombre des médecins à diplôme étranger arrivant chaque année et le prolongement de l'activité des médecins dans le cadre du cumul emploi-retraite.

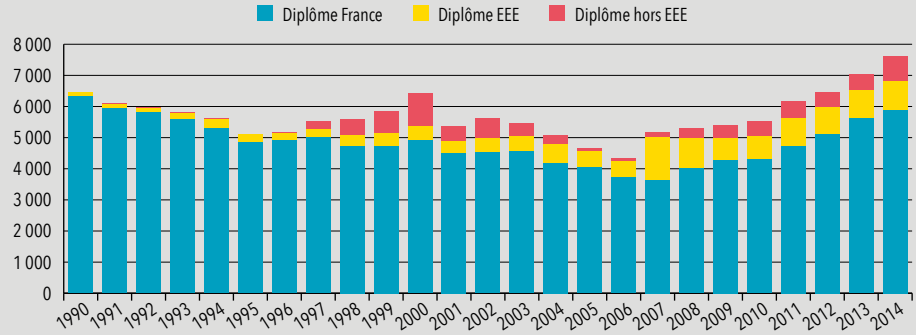
Le nombre des médecins diplômés à l'étranger venant exercer sur le territoire français a augmenté : de l'ordre de 500 à 1 000 médecins entre 2000 et 2006, il a connu en 2007 une hausse – qui n'avait pas encore été observée au moment où l'exercice de projection de 2008 a été réalisé – jusqu'à un niveau d'environ 1 500 médecins par an, auquel il se maintient depuis (graphique b). Entre 2007 et 2015, la proportion des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger a ainsi augmenté de 6 % à 8 %.

Par ailleurs, le cumul emploi-retraite s'est fortement développé pendant les dernières années en raison des évolutions législatives. Autorisé en 2004, ses conditions d'exercice ont été fortement assouplies en 2009 : le délai minimal pour la reprise d'activité d'un salarié chez un même employeur a été supprimé, tout comme le plafonnement du revenu issu de cette activité, seul le critère lié à l'âge subsiste. Alors que moins de 3 000 médecins prolongeaient leur activité au-delà de la retraite en 2007, c'est en 2015 le cas de près de 15 000 d'entre eux (graphique c).

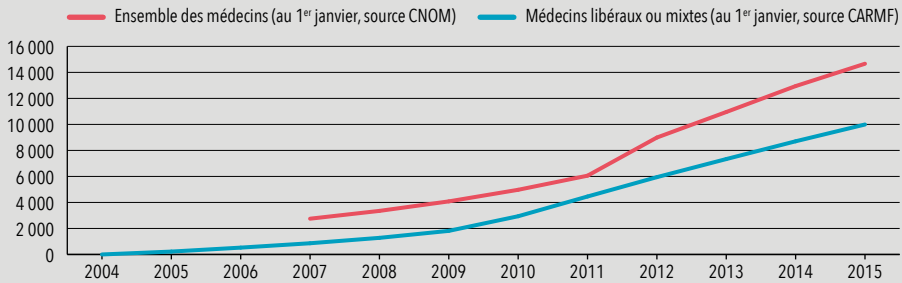
En revanche, sur le champ des médecins de moins de 60 ans hors médecins à diplôme étranger, le modèle de projection de 2008 simule une évolution des effectifs quasi identique à l'évolution observée entre 2007 et 2015 : la baisse projetée entre 2007 et 2015 sur ce champ est de 17 % (graphique d).

Graphiques b et c • Évolution des effectifs de médecins selon l'origine du diplôme et nombre de médecins en cumul emploi-retraite

b.Effectifs de médecins selon leur date de première inscription à l'ordre des médecins et l'origine du diplôme

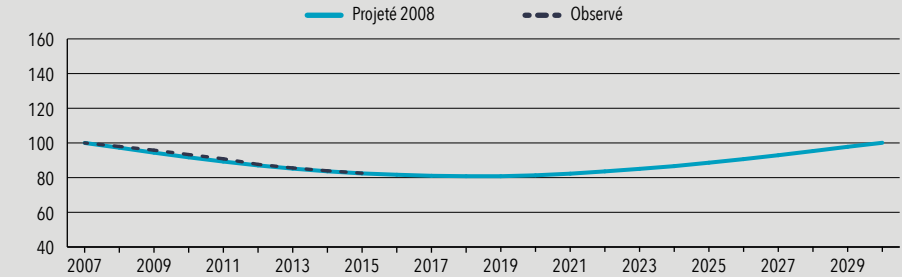


c. Nombre de cumuls emploi retraite pour l'ensemble des médecins et pour les médecins libéraux ou mixtes



EEE : Espace économique européen.
Champ > Médecins actifs le 1er janvier 2015, en France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > RPPS au 1er janvier 2015, CNOM, CARMF.

Graphique d • Évolution des effectifs de médecins de moins de 60 ans projetés en 2008 et observés, hors médecins à diplôme étranger



Champ > Médecins exerçant leur activité en France Métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources > Adeli, RPPS au 1er janvier, DREES.

Pour en savoir plus

- **Attal-Toubert K., Vanderschelden M.**, 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et Résultats*, DREES, n° 679, février.
- **Attal-Toubert K., Vanderschelden M.**, 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n° 12.
- **Attal-Toubert K., Vanderschelden M.**, 2009, « Méthodologie des projections d'effectifs de médecins », *Document de travail*, série Sources et Méthodes, DREES, n° 7, novembre.
- **Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie** (HCAAM), 2014, Avis sur la coopération entre professionnels de santé, annexe V « Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées », juillet.

20 Les projections des effectifs des professionnels de santé (hors médecins)

Comme pour les médecins, la DREES réalise à intervalles réguliers des projections des effectifs des principales autres professions de santé. Les plus récentes concernent les masseurs-kinésithérapeutes (2016), les sages-femmes (en 2012) et les infirmiers (en 2011). Les projections des effectifs de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens datent de 2007 et 2005 respectivement, elles feront l'objet d'une actualisation au cours des prochaines années.

Cette fiche présente la synthèse de ces différents exercices, dans l'ordre ante-chronologique de leur réalisation par la DREES. Certaines hypothèses sous-jacentes au scénario central de chacune de ces projections, comme l'évolution du *numerus clausus* (ou des quotas) ou des comportements de départ à la retraite, ne sont plus forcément vérifiées aujourd'hui. Sont donc plutôt présentées les « variantes » réalisées qui reposent sur les hypothèses les moins éloignées de la réalité actuelle. Elles sont ensuite rapprochées des projections de population les plus récentes réalisées par l'INSEE (Blanpain et Chardon, 2010), afin d'apprécier également les évolutions à venir de la densité de ces professionnels sur le territoire.

Une évolution dynamique des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes

La DREES a mis à jour en 2016 le modèle de projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes (Rochut *et al.*, à paraître). Il simule leurs effectifs de 2014 à 2030, sous l'hypothèse de comportements constants. Il intègre également les flux d'installation des nouveaux praticiens diplômés à l'étranger, stabilisés à environ 1 130 par an au cours de toute la période de projection, soit un niveau comparable à celui observé actuellement (voir la fiche 5). Sous ces hypothèses, le modèle prévoit une augmentation régulière des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes de 2014 à 2030, de l'ordre de 2,3 % par an. La France comptabiliserait environ 114 000 masseurs-kinésithérapeutes en activité en 2030, soit 43 % de plus qu'en 2014 (graphique 1.a). Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité serait de 162 pour 100 000 habitants en 2030, en hausse par rapport à 2014 (121 pour 100 000 habitants) [graphique 1.b]. En revanche le nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants de 70 ans ou plus serait en légère baisse (de 964 en 2014 à 952 en 2030).

Le nombre important de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en France mais ayant obtenu leur diplôme à l'étranger explique en partie le fort dynamisme des effectifs de professionnels. Une variante dans laquelle aucune nouvelle autorisation d'exercice n'est délivrée aux masseurs-kinésithérapeutes ayant eu leur diplôme à l'étranger a été simulée. Dans ce cas de figure, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes s'établiraient à 98 000 en 2030, soit 14 % de moins que selon le scénario tendanciel à la même date. Néanmoins, ces effectifs resteraient largement supérieurs à ceux de 2014 (+23 %).

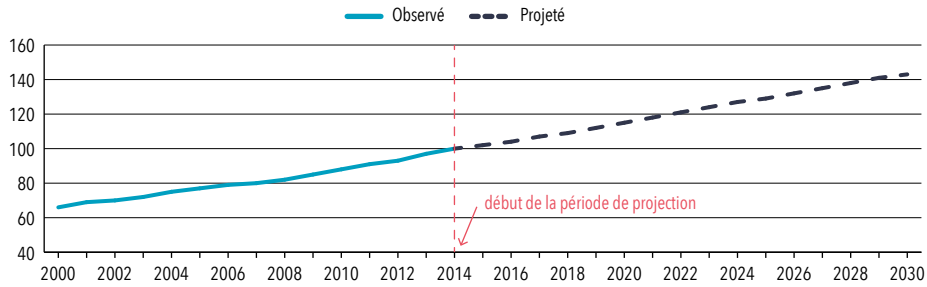
Les quotas ayant quasiment doublé pour cette profession depuis le début des années 2000 (voir la fiche 11), le modèle prévoit plusieurs variantes sur l'évolution future de ces quotas. Une variante à la baisse pour revenir en 2020 à un niveau semblable à celui du début des années 2000 (1 500) aboutirait à une augmentation des effectifs plus modérée (de 1,48 % par an), alors que ces derniers augmenteraient nettement plus fortement si les quotas remontaient au-delà de 4 000 (3 % par an). Finalement, quel que soit le scénario simulé, l'évolution des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes sera très dynamique sur les quinze prochaines années au moins, après la hausse importante des dernières années (+3 % par an entre 1999 et 2014) [voir la fiche 2].

Les effectifs de sages-femmes…

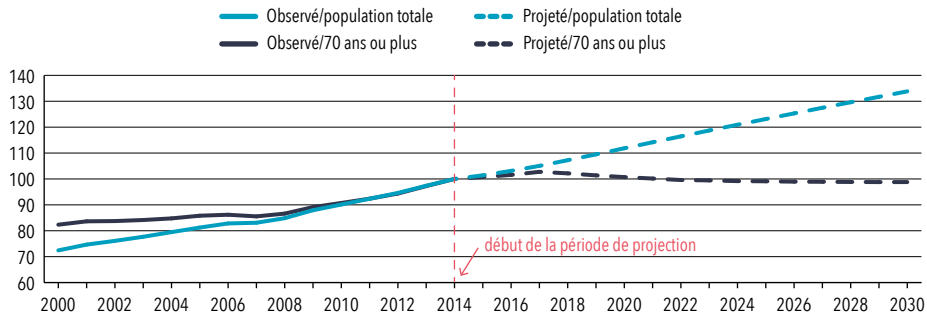
Les projections des effectifs de sages-femmes ont été mises à jour récemment par la DREES (Cavillon, 2012). Elles prévoient qu'en maintenant constants les comportements des sages-femmes et en l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics (scénario tendanciel) [encadré], le nombre de sages-femmes en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en

Graphiques 1 Projection des effectifs et de la densité de masseurs-kinésithérapeutes

1.a • Projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, base 100 en 2014



1.b • Projection de la densité de masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2014



Note > La projection retenue ici correspond au scénario tendanciel.
Champ > France entière.
Sources > Adeli pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

Encadré Le principe des modèles de projection de la DREES

La méthode des projections des effectifs des professionnels de santé autres que médecins régulièrement réalisées par la DREES repose sur le même principe que celui adopté pour les médecins (fiche 19). Le scénario tendanciel simulé repose sur l'hypothèse de comportements constants, à savoir que les comportements des professionnels observés dans un passé récent (délai à l'installation après le diplôme, choix du mode d'exercice, transitions en cours de carrière, départ à la retraite…) et les mesures de régulation des pouvoirs publics (fixation du *numerus clausus* ou des quotas principalement) resteraient inchangés au cours de l'ensemble de la période de projection. L'hypothèse de la constance des comportements n'est évidemment pas forcément la plus probable, mais elle permet d'apprécier l'ampleur des inflexions nécessaires pour obtenir des évolutions différentes de celles tracées dans le scénario de référence. D'autres scénarios sont également simulés sous forme de variantes, qui ne diffèrent du scénario tendanciel que par une hypothèse. Chaque variante permet ainsi d'isoler l'effet d'un changement de comportement des professionnels ou d'une mesure d'ajustement prise par les pouvoirs publics, et de l'évaluer. Ces variantes offrent par exemple la possibilité d'apprécier l'effet d'une hausse (ou baisse) du *numerus clausus* ou des quotas, d'une réforme des retraites, etc.

Les réformes à intégrer pour mieux tenir compte du contexte actuel
Les résultats de ces projections de professionnels de santé doivent être appréciés aujourd'hui en tenant compte du contexte actuel, qui est parfois très différent de celui prévalant au moment de leur réalisation par la DREES.

Tout d'abord, les *numerus clausus* et quotas actuels de ces différentes professions peuvent s'écarter des hypothèses fixées à l'époque par les scénarios tendanciels. Pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens en particulier, les *numerus clausus* ont été significativement relevés depuis l'année de début de projection (de 977 à 1 200 pour les premiers, et de 2 800 à 3 100 pour les seconds). Pour ces praticiens, les variantes modélisant des hausses équivalentes du *numerus clausus* doivent ainsi être privilégiées aujourd'hui pour l'analyse.

Ensuite, les récentes réformes des retraites, en particulier celle de 2010, ont mécaniquement une incidence sur les comportements de cessation d'activité de tous les professionnels de santé. La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit en effet un décalage progressif de l'âge légal minimum de départ à la retraite ainsi que de l'âge légal de la retraite à taux plein. Elle concerne l'ensemble des régimes de retraite. Ainsi, l'âge légal minimum doit passer de 60 à 62 ans en 2017 et l'âge de la retraite à taux plein de 65 à 67 ans en 2022. Cette réforme a été intégrée en variante dans les modèles de projection des effectifs d'infirmiers et de sages-femmes. Elle n'est en revanche pas prise en compte dans les scénarios modélisés pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.

D'autres réformes ont touché plus spécifiquement les personnels soignants de l'hôpital public, comme la réforme statutaire de 2010 qui a de fortes retombées pour les infirmiers de ce secteur. Le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière précise ainsi que depuis 2012, tous les infirmiers nouvellement diplômés sont en catégorie A « sédentaire » au regard du droit des pensions et, de ce fait, ne peuvent plus liquider leur retraite avant l'âge de 60 ans (62 ans au terme de la montée en charge de la réforme de 2010) [contre 55 ans auparavant et 57 ans après la réforme de 2010]. Les infirmiers déjà en exercice à cette date pouvaient soit poursuivre leur carrière en catégorie active (classée comme telle en raison de risques particuliers ou de fatigues exceptionnelles) et prétendre à un départ à la retraite à partir de 55 ans (57 ans après la réforme de 2010), soit intégrer la catégorie A sédentaire avec une durée de carrière prolongée, sur une nouvelle grille de rémunération plus intéressante. Cette réforme est elle aussi proposée en tant que variante dans le modèle de projection des effectifs d'infirmiers.

En quelques années, ces dernières réformes ont ainsi profondément bousculé la structure d'âge de certaines professions. Le poids des plus de 55 ans parmi les infirmiers actifs est notamment passé de 12 % en 2008 à 22 % en 2015 (tableau ci-dessous). Celui des plus de 60 ans s'est également significativement accru, quoique dans une moindre mesure, chez les chirurgiens-dentistes (pour lesquels le développement du cumul emploi-retraite a également joué) [*supra*], ainsi que chez les masseurs-kinésithérapeutes.

Poids des plus de 60 ans (55 ans pour les infirmiers) parmi l'ensemble des actifs

En %

	2008	2015
Part des plus de 60 ans parmi les actifs		
Chirurgiens-dentistes*	12,0	16,3
Pharmaciens*	8,6	10,4
Sages-femmes*	5,4	3,9
Masseurs-kinésithérapeutes	8,9	11,7
Part des plus de 55 ans parmi les actifs		
Infirmiers	12,1	21,8

* La rupture de source pour ces professions (Adeli en 2008, RPPS en 2015) invite à la prudence dans la comparaison des chiffres entre les deux dates, la source Adeli ayant notamment tendance à surestimer quelque peu les praticiens plus âgés (voir fiche 2).
Champ > France entière.
Source > Adeli (2008 pour l'ensemble des professions et 2015 pour les masseurs-kinésithérapeutes) et RPPS (2015 pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes).

2030, mais à un rythme légèrement moins soutenu. Un scénario simulant l'effet de la réforme des retraites de 2010 (encadré) permet de mieux appréhender le contexte actuel. Cette réforme augmente à terme le nombre de sages-femmes en activité en 2030, par rapport au scénario central : selon cette variante, les effectifs de sages-femmes devraient croître de près de 2 % par an en moyenne sur l'horizon de projection (2011-2030) [graphique 2.a].

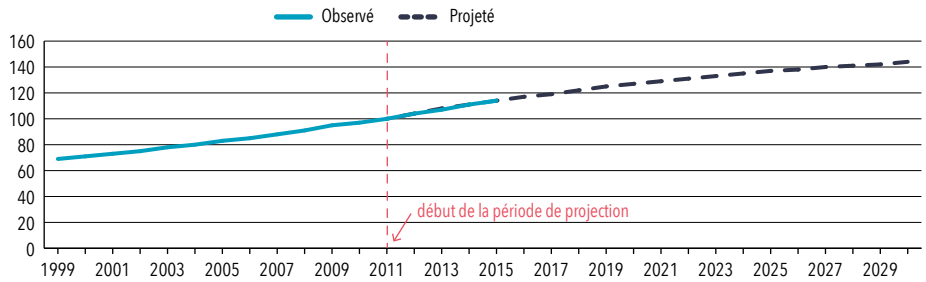
La densité de sages-femmes, c'est-à-dire les effectifs rapportés à la population des femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), croîtrait également dans les mêmes proportions (graphique 2.b). L'évolution des effectifs observés depuis 2011 grâce au RPPS (voir la fiche 2) confirme bien pour l'instant ces résultats. L'essor déjà amorcé de l'exercice libéral se confirmerait : en 2030, une sage-femme sur trois exercerait sous cette forme (contre un quart actuellement).

…et d'infirmiers augmenteront d'ici à 2030

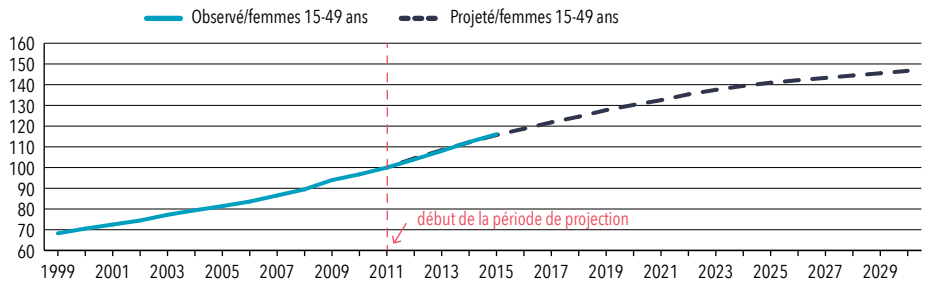
Les dernières projections des effectifs d'infirmiers ont été réalisées par la DREES en 2011 (Barlet et Cavillon, 2011). Sous l'hypothèse de maintien des comportements des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics identiques à ceux observés en 2010 (en particulier en matière de fixation des quotas, voir la fiche 11), le scénario tendanciel (encadré) indique une poursuite de la hausse du nombre d'infirmiers

Graphiques 2 Projection des effectifs et de la densité de sages-femmes

2.a • Projection des effectifs de sages-femmes, base 100 en 2011



2.b • Projection de la densité de sages-femmes par rapport à la population de femmes de 15 à 49 ans, base 100 en 2011



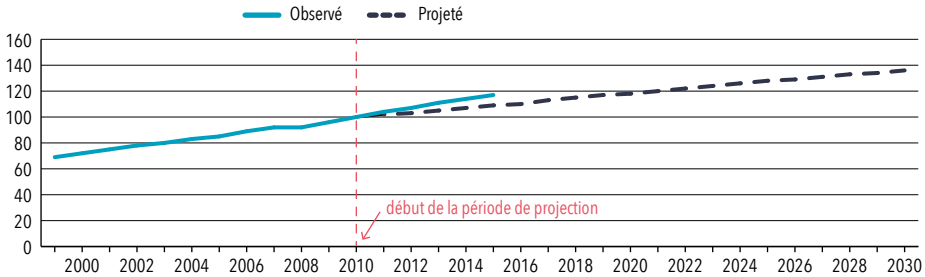
Notes > La projection retenue ici correspond à la variante simulant la réforme des retraites de 2010. L'hypothèse d'évolution du *numerus clausus* reste celle du scénario central (maintien à son niveau de 2011). La rupture de série entre 2010 et 2011 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2010-2011 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2009-2010 et 2011-2012.
Champ > France entière.
Sources > Adeli (jusqu'en 2010) et RPPS (à partir de 2011) pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

en activité jusqu'en 2030, à un rythme moyen de +1,2 % par an. Il indique également que la répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le cadre d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer. L'âge moyen des infirmiers en activité resterait relativement stable sur l'ensemble de la période de projection (autour de 40 ans). Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement.

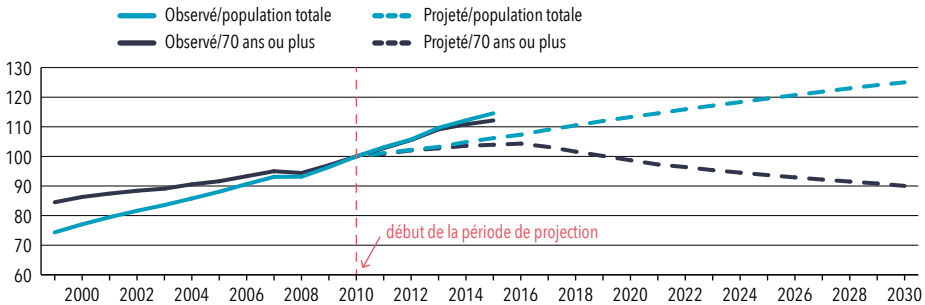
Deux variantes à ce scénario central avaient été modélisées, qui tenaient compte des répercussions potentielles de deux réformes sur l'activité des infirmiers : d'une part, la réforme des retraites de 2010 et, d'autre part, la réforme statutaire de 2010 des infirmiers à l'hôpital public (encadré). Le cumul de ces deux variantes, censé mieux refléter le contexte actuel, augmente encore les estimations d'effectifs projetés en 2030, conduisant à une hausse estimée à 1,5 % par an au cours de la période 2011-2030

Graphiques 3 Projection des effectifs et de la densité d'infirmiers

3.a • Projection des effectifs d'infirmiers, base 100 en 2010



3.b • Projection de la densité d'infirmiers, par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2010



Note > La projection retenue ici cumule les hypothèses des deux variantes simulées à l'époque, la première tenant compte de la réforme des retraites de 2010 et la deuxième tenant compte de la réforme statutaire des infirmiers de la fonction publique hospitalière. L'hypothèse d'évolution des quotas reste celle du scénario central (maintien à leur niveau de 2010).
Champ > France entière.
Sources > Adeli pour l'observé ; calculs DREES (Barlet et Cavillon, 2011) ; projections de population INSEE.

(graphique 3.a). Selon ces variantes, la densité d'infirmiers devait croître de l'ordre de 1,1 % par an sur la même période. Rapporté à la population des personnes âgées de plus de 70 ans, particulièrement concernée par les soins d'infirmiers[1], le nombre d'infirmiers en exercice pourrait toutefois s'infléchir dans quelques années (graphique 3.b), en raison du poids de plus en plus important de cette tranche d'âges dans la population (Blanpain et Chardon, 2010).

L'observation des effectifs d'infirmiers effectivement comptabilisés entre 2011 et 2015 dans le répertoire Adeli confirme la hausse prévue par le modèle DREES de 2011, suggérant même que son ampleur serait plus importante que prévu à court terme (graphique 3.a). D'une part, les départs à la retraite ont probablement été moins fréquents au cours de ces dernières années : la réforme statutaire de 2010 semble en effet avoir eu un effet plus fort qu'escompté sur la durée de carrière moyenne des infirmiers à l'hôpital public. À la suite de cette réforme, la proportion d'infirmiers exerçant en catégorie A atteint déjà 68 % en 2013 dans le secteur public (DGAFP, 2015), preuve qu'une part finalement plus importante que prévu des personnels anciens ont opté pour ce nouveau statut, plus généreux financièrement mais impliquant de travailler plus longuement. Combinée à la réforme des retraites de 2010, cette mesure semble ainsi avoir eu un effet très significatif sur l'âge de départ à la retraite des titulaires de la fonction publique hospitalière (parmi lesquels les infirmiers sont prépondérants), qui a déjà gagné trois ans entre 2011 et 2014 (DGAFP, 2015). L'arrêt du dispositif de départ à la retraite anticipé pour les mères de trois enfants ou plus ayant quinze ans de services effectifs dans la fonction publique, prévu dans la réforme des retraites de 2010 et en vigueur depuis fin 2011, a également pu contribuer à réduire le nombre de cessations d'activité d'infirmières au cours des années récentes.

Dans une moindre mesure, un second facteur a pu contribuer à creuser l'écart entre effectifs observés et projetés. Les nouveaux infirmiers ont été sans doute un peu plus nombreux que prévu à entrer sur le marché du travail ces dernières années. Le modèle de projections a en effet été estimé au cours d'une période où la déperdition d'étudiants était importante durant leur cursus. En 2008, l'écart constaté entre le nombre de diplômés et le quota national trois ans plus tôt était ainsi de 28 %, une divergence qui semble s'être aujourd'hui fortement réduite (autour de 16 % depuis 2012 [Casteran-Sacreste, 2015]).

Cette augmentation des effectifs infirmiers plus marquée que prévu à court terme permet sans doute de relativiser le fléchissement à venir de la densité d'infirmiers par rapport aux personnes âgées de plus de 70 ans, dont l'occurrence sera probablement plus tardive que prévu (graphique 3.b).

Les chirurgiens-dentistes : pas encore de baisse en vue

Le dernier exercice de projection démographique de chirurgiens-dentistes a été réalisé par la DREES en 2007 (Collet et Sicart, 2007), les simulations couvrant la période 2006-2030. Avec un *numerus clausus* encore relativement bas en 2006 (977 étudiants, contre près de 1 200 aujourd'hui), et un vieillissement de la profession amorcé depuis longtemps (voir la fiche 2), le scénario tendanciel (encadré) prévoyait un net fléchissement des effectifs dès le début de l'horizon de projection, qui devait s'amplifier jusqu'au début des années 2020. Les effectifs devaient ainsi chuter d'environ 1,6 % par an entre 2006 et 2030, ce repli étant encore plus accentué en considérant la densité de chirurgiens-dentistes par rapport à l'ensemble de la population (-2 % par an). La diminution du nombre de chirurgiens-dentistes devait affecter autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030, avec près de neuf praticiens sur dix exerçant en libéral. Enfin, les femmes devaient continuer à être de plus en plus nombreuses dans la profession, elles représenteraient 45 % des effectifs en 2030.

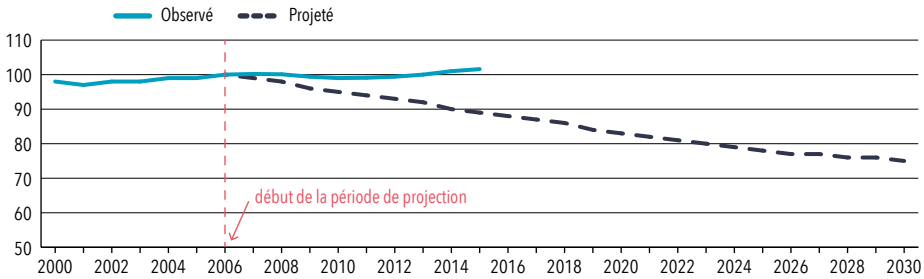
1. À l'hôpital, où exercent la grande majorité des infirmiers salariés, les personnes âgées de 70 ans ou plus totalisaient près de 40 % des séjours des 19 ans ou plus en 2010 (Collin et al., 2012). Quant à la consommation de soins infirmiers en ville, les personnes âgées de 70 ans ou plus y contribuaient pour 70 % en 2013 d'après les données de l'Assurance maladie.

Les variantes modélisant des augmentations immédiates du *numerus clausus*, dont les effets ne se font sentir qu'à long terme compte tenu de la longueur des études d'odontologie, ne devaient atténuer cette baisse prévue de la démographie que de façon modeste. Un relèvement simulé du *numerus clausus* à 1 200 places par exemple, qui correspond davantage à la situation actuelle, ne devait pas empêcher les baisses des effectifs et de densité prévisibles (respectivement -1,2 % et -1,4 % par an en moyenne) [graphiques 4.a et 4.b].

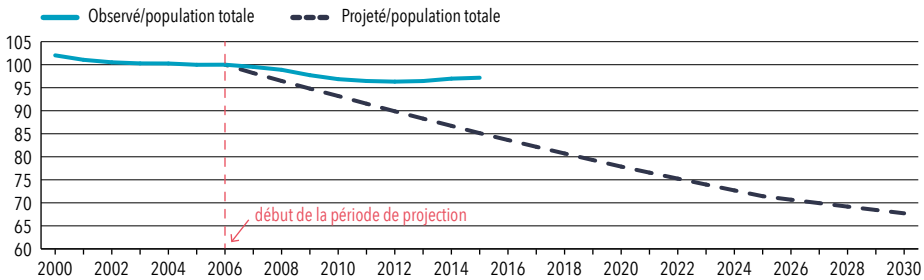
Les effectifs observés depuis 2006 à travers les répertoires Adeli et RPPS (voir la fiche 2) tendent à relativiser fortement, du moins à court terme, ces scénarios plutôt pessimistes. Si une légère baisse des effectifs a bien été enregistrée entre 2006 et 2010, un redressement sensible s'est réamorcé depuis (graphique 4.a). Plusieurs facteurs expliquent cet écart

Graphiques 4 Projection des effectifs et de la densité de chirurgiens-dentistes

4.a • Projection des effectifs de chirurgiens-dentistes, base 100 en 2006



4.b • Projection de la densité de chirurgiens-dentistes (par rapport à l'ensemble de la population), base 100 en 2006

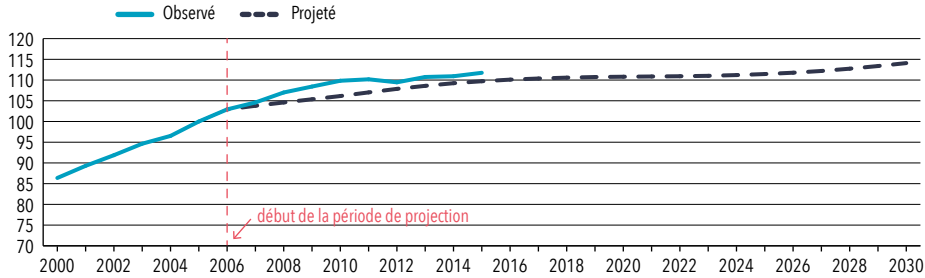


Note > La projection retenue ici correspond à la variante simulant une remontée du *numerus clausus* à 1 200 en 2006 (après 977 en 2005), s'agissant de celle qui se rapproche le plus de la situation actuelle. La rupture de série entre 2011 et 2012 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2011-2012 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2010-2011 et 2012-2013.
Champ > France entière.
Sources > Adeli (jusqu'en 2011) et RPPS (à partir de 2012) pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

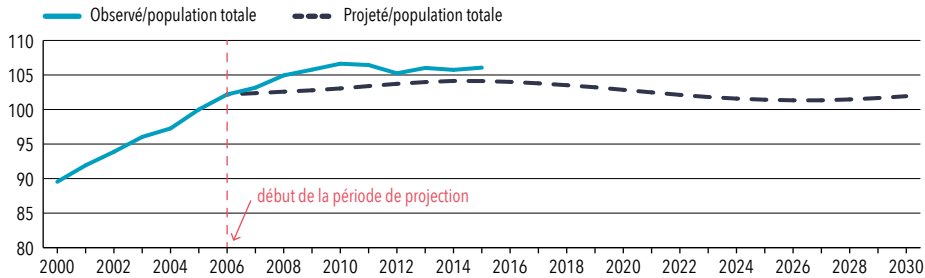
entre les effectifs projetés et ceux finalement observés depuis 2006. Premièrement, aucun des scénarios modélisés dans l'exercice de 2007 ne tenait compte de l'effet des réformes des retraites de 2003[2] et de 2010 (encadré). Ceci a probablement conduit à surestimer une partie des départs à la retraite projetés sur les années récentes. Deuxièmement, le dispositif de cumul emploi-retraite s'est également développé chez les chirurgiens-dentistes libéraux comme chez leurs confrères médecins, notamment depuis son assouplissement récent[3]. Ce dispositif n'était pas anticipé par les différents scénarios de projection, alors

Graphiques 5 Projection des effectifs et de la densité de pharmaciens

5.a • Projection des effectifs de pharmaciens, base 100 en 2006



5.b • Projection de la densité de pharmaciens (par rapport à l'ensemble de la population), base 100 en 2006



Note > La projection retenue ici correspond à la variante simulant une remontée progressive du *numerus clausus* jusqu'à 3000 en 2010 (après 2790 en 2005), s'agissant de celle qui s'approche le plus de la situation actuelle. La rupture de série entre 2010 et 2011 pour les effectifs observés, liée au changement de source Adeli-RPPS, est ici neutralisée par souci de lisibilité. Le taux d'évolution 2010-2011 correspondant est interpolé en moyennant les taux d'évolution adjacents, 2009-2010 et 2011-2012.
Champ > France entière.
Sources > Adeli (jusqu'en 2010) et RPPS (à partir de 2011) pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

2. La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoyait un allongement progressif de la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une pension à taux plein. Concernant les salariés (tous les régimes hors régimes spéciaux) : après l'alignement de la durée d'assurance des fonctionnaires sur celle du régime général (passage de 37,5 ans à 40 ans), les deux régimes devaient voir un allongement de la durée d'assurance de un trimestre par an entre 2009 et 2012, aboutissant à 41 ans en 2012. Concernant les professions libérales, l'ancien régime caractérisé par le versement d'une pension forfaitaire proportionnelle à la durée d'assurance est remplacé par un régime par points, avec notamment un alignement de la durée de cotisation sur celle du régime général (40 ans) et l'introduction de mécanismes de décote et de surcote au-delà et en deçà de cette durée de cotisation (ou à l'âge de 65 ans).
3. À la suite de la réforme des retraites de 2010, les modalités du cumul de la retraite avec une activité libérale ont été assouplies (décret n° 2011-62 et arrêté du 28 décembre 2010). Les professionnels peuvent ainsi désormais cumuler sans aucune restriction la pension du régime de base avec les revenus de leur activité libérale. Auparavant, un plafond de revenu était imposé.

qu'il a probablement conduit, comme c'est le cas pour les médecins, à inciter une partie importante des praticiens libéraux en fin de carrière à poursuivre leur activité. Troisièmement, les installations de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger sont particulièrement nombreuses depuis quelques années, où près d'un tiers des nouveaux inscrits à l'Ordre ont fait leurs études à l'étranger (voir la fiche 5). Comme pour les projections de médecins de 2008, ces flux d'entrants venant de l'étranger n'étaient pas intégrés aux projections de chirurgiens-dentistes de 2007, or ils ont certainement contribué au redressement des effectifs durant la période récente.

Stabilisation de la densité de pharmaciens sur le territoire

Les dernières projections démographiques de pharmaciens réalisées par la DREES remontent à 2005 (Collet, 2005), avec un horizon de projection fixé à 2030. Le scénario tendanciel de maintien à l'identique des comportements depuis la situation observée en 2005 prévoyait une poursuite sensible de la croissance des effectifs de professionnels en activité jusqu'en 2017 (mais à un rythme nettement moins soutenu que par le passé). Puis, le nombre de cessations d'activité devant rattraper puis dépasser le nombre d'entrées projetées, avec le départ à la retraite des générations issues des promotions nombreuses de la période 1970-1980, les effectifs devaient ensuite stagner jusqu'en 2030.

Les hausses du *numerus clausus* intervenues depuis 2005, portant à près de 3 100 le nombre d'étudiants autorisés à entrer en deuxième année de pharmacie (voir la fiche 11), conduisent aujourd'hui à privilégier le scénario alternatif qui simulait à l'époque une remontée progressive du *numerus clausus* à 3 000 entre 2005 et 2010. Selon cette variante, les effectifs de pharmaciens en activité devaient croître de façon plus dynamique, avec un rythme d'environ +0,5 % par an de 2005 à 2030 (graphique 5.a). Avec la croissance parallèle de la population française (Blanpain et Chardon, 2010), le nombre de pharmaciens en activité pour 100 000 habitants devait rester relativement stable durant toute la période de projection (graphique 5.b).

L'évolution du nombre de pharmaciens effectivement recensés sur le territoire depuis 2005 confirme bien ces tendances prévues (graphiques 5.a et 5.b). La hausse observée est un peu plus dynamique que prévu en début de période de projection, probablement en raison d'une surestimation des départs à la retraite par le modèle au cours de cet intervalle de temps, qui peut s'expliquer par des raisons similaires à celles relevées pour les chirurgiens-dentistes (non prise en compte des réformes des retraites de 2003 et 2010 et des possibilités de cumul emploi-retraite). ■

Pour en savoir plus

- **Barlet M. et Cavillon M.**, 2011, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional », *Études et Résultats*, DREES, n° 760, mai.
- **Blanpain N. et Chardon O.**, 2010, « Projections de population à l'horizon 2060 », *Insee Première*, n° 1320, octobre.
- **Casteran-Sacreste B.**, 2015, « La formation aux professions de la santé en 2013 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 195, juin.
- **Cavillon M.**, 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, n° 791, mars.
- **Collet M. et Sicart D.**, 2007, « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 595, septembre.
- **Collet M.**, 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 438, octobre.
- **Collin C., Evain F., Mikol F. et Minodier C.**, 2012, « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes » dans *Les comptes de la santé 2011,* DREES.

> **Darriné S.**, 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 242, juin.
> **Direction générale de l'administration et de la fonction publique** (DGAFP), 2015, « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique » (version projet).
> **Rochut J. *et al.***, 2016, « La profession de masseur-kinésithérapeute. Bilan et projections démographiques », *Dossiers de la DREES*, DREES, à paraître.

21 Accessibilité aux soins : les zones de vigilance

La DREES dispose d'un outil, l'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1], permettant de caractériser l'accessibilité aux soins, et donc d'identifier des zones devant faire l'objet d'une attention particulière sur divers plans, comme l'accessibilité aux médecins de secteur 1 ou le cumul d'accessibilités faibles à plusieurs professions de santé (voir la fiche 6). Pour caractériser les zones qui pourraient nécessiter une vigilance accrue dans les prochaines années, un critère possible est l'âge des médecins auxquels la population a accès. En effet, de nombreux départs à la retraite sont à prévoir dans les prochaines années (voir la fiche 19), et ce mouvement est susceptible de modifier la répartition géographique des médecins généralistes libéraux, en touchant certains territoires plus que d'autres. Il est donc important d'identifier les territoires dans lesquels l'offre de soins est en plus ou moins grande partie assurée par des médecins âgés dont le départ à la retraite est prévisible dans quelques années et pourrait ne pas être compensé par des installations de jeunes médecins.

Pour conduire cette analyse, on choisit de considérer, dans cette fiche, qu'une commune est relativement peu (ou faiblement) dotée dès lors que son accessibilité, mesurée par l'indicateur d'APL, y est inférieure à 50 % de la moyenne nationale, considéré comme le seuil de vigilance. La densité médicale étant pour les médecins généralistes de 69 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants en 2013, le seuil s'établit pour cette profession à 35 ETP pour 100 000 habitants. Loin de caractériser une situation absolue de fragilité, ce seuil, dont le choix reste en partie arbitraire, est un outil qui permet, dans le cadre de cette étude, de focaliser l'analyse sur les territoires les moins bien dotés.

Il s'agit ici d'un outil d'aide au pilotage et non d'un outil de prévision, qui nécessiterait de faire des hypothèses sur les lieux d'exercice des médecins généralistes (environ 10 000) qui s'installeront en libéral dans les cinq années à venir. On raisonne au contraire dans cet exercice comme si aucun nouveau médecin généraliste ne s'installait en France pendant cinq ans, et on étudie ainsi les zones qui seraient les moins bien dotées à cet horizon. Ce sont alors ces zones sur lesquelles il convient de porter une vigilance particulière pour favoriser l'installation de jeunes médecins.

Situation actuelle des communes faiblement dotées en généralistes

En 2013, l'accessibilité moyenne des communes faiblement dotées en médecins généralistes selon la définition adoptée ci-dessus est de 22 ETP pour 100 000 habitants, contre 74 ETP pour 100 000 habitants pour les autres communes.

Ces communes sont essentiellement situées hors des pôles urbains : 85 % de la population se trouvant sous le seuil de vigilance réside dans les périphéries

Encadré 1 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

L'indicateur d'APL est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Il permet ainsi de mieux observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur un zonage plus large, aura tendance à masquer, et en minimisant les biais liés au zonage. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels libéraux en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune, qui influence les besoins de soins.

Au niveau national, la moyenne des indicateurs d'APL communaux, pondérée par les populations, correspond à la densité par habitant.

rurales des grands pôles urbains (encadré 2), dans les périphéries des petits et moyens pôles ou dans une commune située hors de l'influence des pôles urbains, alors que ces espaces rassemblent 24 % de la population totale. C'est ainsi un tiers de la population de chacun de ces espaces qui se trouve sous ce seuil (respectivement 32 %, 34 % et 28 %). Par ailleurs, en Bourgogne et en Corse, plus d'une personne sur cinq se trouve sous le seuil de vigilance (respectivement 23 % et 22 % de la population).

Zones de vigilance à cinq ans

L'âge moyen de départ à la retraite des médecins généralistes libéraux est de 65,5 ans en 2013 (d'après la CARMF). On peut donc estimer que les communes dont l'accessibilité aux médecins âgés de moins de 60 ans est inférieure à 50 % de la moyenne nationale d'accessibilité aux médecins généralistes – seuil que l'on nommera « seuil de vigilance à cinq ans » – sont des communes à accessibilité potentiellement faible à horizon de cinq ans. Cette faible accessibilité ne sera bien entendu constatée que dans le cas où un nombre insuffisant d'installations viendrait compenser les départs et où les comportements de départ à la retraite n'évolueraient pas durant cette période.

Les communes se trouvant sous le seuil de vigilance à cinq ans (tableau) ont accès, en moyenne, à 22 ETP de médecins de moins de 60 ans pour 100 000 habitants, contre 61 ETP pour 100 000 habitants pour les autres communes.

Cette perte d'accessibilité potentielle touche, pour moitié, des personnes résidant dans les espaces situés à la périphérie des pôles ou hors de leur influence, soit des espaces déjà relativement peu dotés aujourd'hui. Au total, dans ces territoires, c'est environ une personne sur deux qui réside dans une commune située sous le seuil de vigilance à cinq ans : respectivement 51 % de

Encadré 2 Typologie des communes

On distingue ici six types de communes en se fondant sur les unités urbaines et le zonage en aire urbaine 2010 construits par l'INSEE.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue trois catégories d'aires urbaines :
> les grandes aires urbaines, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci ;
> les moyennes aires, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci ;
> les petites aires, ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Ici, nous distinguons, au sein des couronnes périurbaines des grandes aires urbaines, les communes rurales des communes urbaines. Nous regroupons les communes des pôles des moyennes et des petites aires. Nous regroupons également les communes des couronnes de ces aires. 85 % des habitants de ces couronnes vivent dans une commune rurale. Nous regroupons par ailleurs les communes hors influence des pôles. 81 % des habitants de ces communes isolées vivent dans une commune rurale. Enfin, nous isolons l'unité urbaine de Paris.

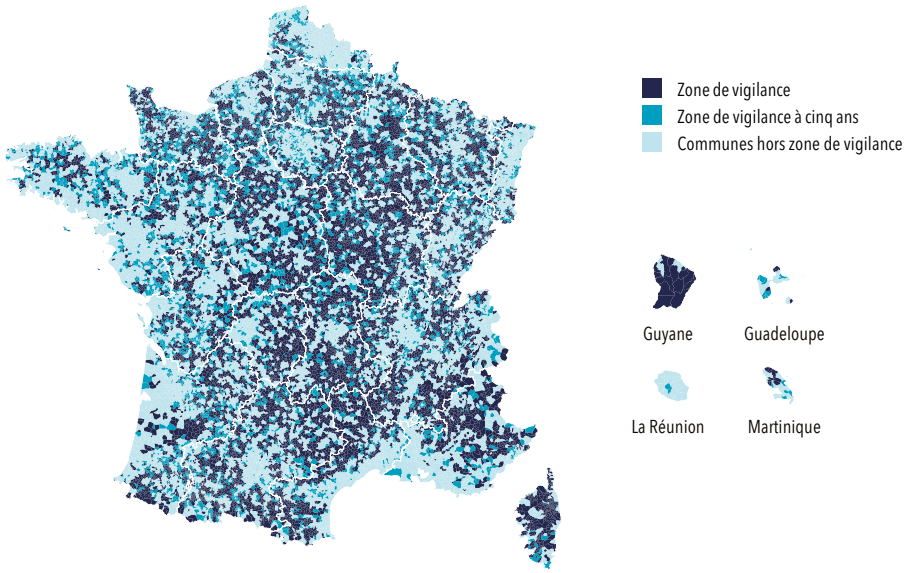
Tableau Part de population sous le seuil de vigilance actuel et à cinq ans par type de communes

En %

	Part de population sous le seuil de vigilance actuel	Part de population en zone de vigilance à venir	Part de population sous le seuil de vigilance à cinq ans
Grands pôles			
Unité urbaine (U.U) de Paris	1	23	24
Commune des pôles (hors U.U. Paris)	1	4	5
Communes des couronnes			
Communes urbaines	3	10	13
Communes rurales	32	19	51
Moyens et petits pôles			
Communes des pôles	4	9	13
Communes des couronnes	34	22	55
Communes isolées hors influence des pôles	28	17	45

Note > La population en zone de vigilance à venir correspond à la population des communes qui ne se trouvent pas sous le seuil de vigilance actuel, mais qui se situent sous le seuil de vigilance à cinq ans.
Champ > Médecins généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier), France entière hors Mayotte.
Sources > SNIIRAM 2013, CNAMTS, Population municipale 2011, INSEE.

Carte Zones de vigilance et zones de vigilance à cinq ans



Note > Les zones de vigilance correspondent aux communes situées sous le seuil de vigilance actuel. Les zones de vigilance à 5 ans correspondent aux communes situées au-delà du seuil de vigilance actuel mais sous le seuil de vigilance à 5 ans.
Champ > Médecins généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier), France entière hors Mayotte.
Source > SNIIRAM 2013, CNAMTS, Population municipale 2011, INSEE.

la population dans les couronnes rurales des grands pôles, 55 % dans les communes des couronnes des petits et moyens pôles et 45 % dans les communes isolées hors influence des pôles.

La Bourgogne – Franche-Comté et le Centre – Val-de-Loire sont particulièrement susceptibles d'être touchés par les départs à la retraite, avec environ un tiers de la population régionale sous le seuil de vigilance à cinq ans. La Corse et la Normandie seront également concernées, pour plus du quart de leur population. Si leurs situations sont très hétérogènes, tous les DOM[1], hormis La Réunion, ont en commun une part élevée de la population située en zone de vigilance actuelle ou à venir.

Bien que très peu concernée aujourd'hui, l'Île-de-France est susceptible de connaître une forte augmentation de ses difficultés d'accessibilité : en cas de non-compensation des départs à la retraite, un Francilien sur quatre se retrouverait sous le seuil de vigilance dans cinq ans.

A l'opposé, la région Provence – Alpes – Côte d'Azur ne sera que très peu touchée par les départs à la retraite, la part de population sous le seuil de vigilance passant de 3 % actuellement à 7 % à cinq ans. ■

Pour en savoir plus

> **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.**, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n° 795, mars.

> **Vergier N.**, 2016, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

1. Il s'agit des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Mayotte n'est pas prise en compte dans l'analyse.

3

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexe

Annexe
Liste des sigles des organismes

A

ARS : agence régionale de santé
ASIP-Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé

C

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
CEREQ : Centre d'études et de recherche sur les qualifications
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG : Centre national de gestion
CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

D

DARES : Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGFiP : Direction générale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DSS : Direction de la Sécurité sociale

F

FNESI : Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

H

HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

I

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INED : Institut national d'études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

M

MENESR : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONISEP : Office national d'information sur les enseignements et les professions
ORS : observatoire régional de santé

U

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
URPS : union régionale des professionnels de santé
URPS-ML : union régionale des professionnels de santé, médecins libéraux

PANORAMAS

Portrait des professionnels de santé

ÉDITION 2016

En 2015, la France compte 1,9 million de professionnels de santé. Cet ouvrage esquisse leur portrait à travers une vingtaine de fiches qui rendent compte des chiffres clés liés à leur activité. Les différents aspects des métiers et des parcours de ces professionnels sont ainsi analysés : effectifs actuels et évolution passée, répartition géographique, rémunérations, formation, conditions de travail…

L'ouvrage examine également les tendances des futures évolutions démographiques et fournit des éléments sur la répartition des professionnels sur le territoire, qui pourrait se dessiner à court terme.

Ce recueil a été réalisé à l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016.

Dans la même collection SANTÉ

> La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
> Les dépenses de santé
> Les établissements de santé

www.drees.social-sante.gouv.fr

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

ISBN : 978-2-11-139566-4 • ISSN : en cours • N° Diffusion : S16-086 • N° Dicom : 16-054