

*Fin 2002, la France comptait 335 médecins pour 100 000 habitants, les variations selon les régions allant de 229 médecins pour 100 000 habitants dans les Dom à 425 en Île-de-France. La projection construite ici à l'horizon 2025, sous l'hypothèse centrale d'un numerus clausus passant de 5 500 en 2004 à 7 000 en 2006, s'intéresse à la répartition par région du nombre de médecins sur la base d'un scénario tendanciel supposant le maintien de la part du numerus clausus dévolu à chaque région, et celui des comportements de mobilité des professionnels observés dans le passé. Compte tenu de la pyramide des âges des médecins en exercice et de l'évolution démographique probable des différentes régions, ce scénario tendanciel conduit à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale. Ceci se traduirait par une diminution assez marquée dans les régions Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui, bien que conservant une densité médicale supérieure ou égale à la moyenne, verraient celle-ci reculer davantage d'ici à 2025 que la diminution projetée des effectifs de médecins. À contrario, l'Auvergne, Champagne-Ardenne et le Limousin, dont la population devrait diminuer, atteindraient une densité médicale supérieure à la moyenne. Dans ce modèle de projection, trois hypothèses principales jouent sur la répartition régionale des médecins : les numerus clausus régionaux, les places offertes à l'examen national classant, et la mobilité des médecins après leur diplôme. Plusieurs variantes sont envisagées en la matière. La modulation du numerus clausus, sur la base des différences actuelles de densité médicale, avantagerait la Champagne-Ardenne et la Basse-Normandie, alors que le maintien des règles de l'ancien concours de l'internat défavoriserait la région Île-de-France pour ce qui est du nombre de généralistes. Les modifications de comportement de mobilité à l'installation, liées à la réforme de l'internat ou à l'attractivité de certaines régions, sont en outre susceptibles d'exercer une influence sensible. Une plus grande mobilité des généralistes, à l'instar de celle des spécialistes, aurait ainsi tendance à accroître les disparités régionales. Une éventuelle absence de mobilité à l'installation ne conduirait guère par ailleurs à une réduction de ces disparités sans modulation des numerus clausus régionaux.*

**Sabine BESSIÈRE,  
Pascale BREUIL-GENIER,  
Serge DARRINÉ**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la Santé et de la protection sociale  
Drees

## La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections

Cet article présente une analyse régionale des projections de démographie médicale réactualisées à partir d'effectifs de médecins en activité au 31 décembre 2002<sup>1</sup>. Elle retrace les évolutions tendanciennes du nombre et de la densité de médecins par région à l'horizon 2025, selon différentes hypothèses concernant les comportements de mobilité des professionnels et les décisions en matière de formation ou d'installation.

Au 31 décembre 2002, la densité médicale en France est de 335 médecins pour 100 000 habitants<sup>2</sup>. Cette densité présente de fortes variations selon les régions, de 229 médecins pour 100 000 habitants dans les départements d'outre-mer à 425 en Île-de-France (tableau 1).

1. Voir les résultats nationaux de ces projections dans « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre 2004, Drees.

2. L'ensemble des chiffres de l'étude sont relatifs aux médecins de moins de 80 ans et portent sur la France entière. Ils se rapportent au 31 décembre de chaque année.

La répartition régionale des médecins en exercice découle de différents facteurs<sup>3</sup>. Celle-ci se dessine d'abord au cours de la formation. Ainsi, la répartition régionale des étudiants en médecine est déterminée en premier lieu par les *numerus clausus* régionaux, c'est-à-dire le nombre de places offertes en deuxième année d'études de médecine dans chacune des facultés de la région. Puis les étudiants qui franchissent le cap du *numerus clausus* passent à la fin de leur sixième année de médecine l'examen national classant (ENC) pour entrer en 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (encadré 1). En fonction de leur rang de classement, de leurs choix et des places offertes à

l'ENC, les étudiants peuvent être alors amenés à changer de région de formation entre leur 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle. La mobilité des médecins à l'installation, c'est-à-dire entre la région de 3<sup>e</sup> cycle et le lieu de premier exercice, ou bien celle en cours de carrière, contribuent également à modifier la répartition des médecins sur le territoire. Enfin, la pyramide des âges des professionnels en exercice dans les différentes régions, qui influe sur les cessations d'activité, est également un des facteurs explicatifs des évolutions de la démographie médicale régionale.

L'étude présente une projection à l'horizon 2025 de la répartition régionale des médecins, selon les hypothèses du

scénario conventionnellement qualifié de « central » des projections nationales. Elle est complétée par l'analyse de cinq variantes, envisagées dans le cadre des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), qui ne concernent que la répartition régionale des médecins (contrairement à celles présentées au niveau national<sup>4</sup>) et qui diffèrent chacune par rapport au scénario central par une seule hypothèse concernant la formation ou la mobilité des professionnels, afin de mieux en isoler l'effet. Ces projections ne doivent donc pas être considérées comme des prévisions, mais plutôt comme des scénarios visant à mettre en évidence l'impact éventuel de différentes variables ou

T  
01

scénario central : répartition régionale du *numerus clausus*, des effectifs et des densités médicales en 2002 et 2025

Régions	Numerus clausus (nc) pour une promotion de 7 000		2002			2025			Évolution 2002-2025 en %	
	Numerus clausus	Part dans le nc (en %)	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	Densités
Alsace	236	3,4	6 092	3,0	341	5 797	3,1	285	-5	-17
Aquitaine	455	6,5	10 445	5,1	352	10 773	5,8	335	3	-5
Auvergne	163	2,3	3 877	1,9	296	3 954	2,1	316	2	7
Basse-Normandie	160	2,3	3 922	1,9	273	3 761	2,0	256	-4	-6
Bourgogne	174	2,5	4 535	2,2	281	4 118	2,2	260	-9	-8
Bretagne	301	4,3	9 097	4,4	306	8 639	4,6	268	-5	-13
Centre	182	2,6	6 632	3,2	268	5 663	3,0	218	-15	-19
Champagne-Ardenne	166	2,4	3 677	1,8	274	3 634	2,0	283	-1	3
Dom (1)		0,0	4 021	2,0	229	3 937	2,1	171	-2	-25
Franche-Comté	144	2,1	3 279	1,6	291	3 086	1,7	271	-6	-7
Haute-Normandie	189	2,7	4 835	2,4	269	4 585	2,5	249	-5	-8
Île-de-France	1 625	23,2	47 127	23,0	425	36 418	19,6	311	-23	-27
Languedoc-Roussillon	227	3,2	8 929	4,4	374	7 937	4,3	271	-11	-28
Limousin	127	1,8	2 366	1,2	333	2 380	1,3	348	1	4
Lorraine	262	3,7	6 878	3,4	298	6 022	3,2	271	-12	-9
Midi-Pyrénées	256	3,7	9 637	4,7	368	8 292	4,5	283	-14	-23
Nord- Pas-de-Calais	492	7,0	11 748	5,7	292	11 610	6,2	288	-1	-2
PACA et Corse (2)	492	7,0	20 236	9,9	414	17 225	9,3	311	-15	-25
Pays de la Loire	322	4,6	9 050	4,4	274	9 073	4,9	245	0	-10
Picardie	168	2,4	4 804	2,3	256	4 791	2,6	248	0	-3
Poitou-Charentes	161	2,3	4 853	2,4	291	4 675	2,5	265	-4	-9
Rhône-Alpes	698	10,0	19 147	9,3	331	19 597	10,5	305	2	-8
<b>France entière</b>	<b>7 000</b>	<b>100,0</b>	<b>205 185</b>	<b>100,0</b>	<b>335</b>	<b>185 966</b>	<b>100,0</b>	<b>283</b>	<b>-9</b>	<b>-16</b>

(1) Le *numerus clausus* pour les départements d'outre-mer étant faible, et une partie des études de médecine s'effectuant en pratique dans la région Aquitaine, la fraction du *numerus clausus* des DOM est regroupée dans le modèle de projection avec celle de l'Aquitaine.

(2) Les effectifs de médecins en exercice en Corse étant faibles, ceux-ci sont regroupés dans le modèle de projection et dans les tableaux avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Par ailleurs, la Corse n'ayant pas de faculté de médecine, sa fraction du *numerus clausus* est nulle.

Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans

Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees

3. NIEL X., « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de Démographie médicale*, XXXXI<sup>e</sup> année, n°2, p141-172, avril-juin 2001.

4. *Études et Résultats*, n° 352, novembre 2004.

modifications de comportement sur la démographie médicale au niveau régional.

La projection « centrale » ventile par région le scénario de base des projections nationales en supposant le prolongement des comportements ou décisions passées. Elle retient donc l'hypothèse centrale d'un *numerus clausus* passant de 5 500 en 2004 à 7 000 en 2006, ce niveau étant ensuite maintenu constant jusqu'en 2025. Ces *numerus clausus* nationaux sont ensuite répartis par région en supposant que chaque région conserve la même part du *numerus clausus* qu'en 2004 (tableau 1)<sup>5</sup>. Le nombre d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région est supposé, dans ce scénario, découler directement du *numerus clausus* de la région cinq années auparavant. L'hypothèse est donc que les capacités de formation des universités de médecine en troisième cycle prolongent leurs capacités de formation en premier et deuxième cycle (encadré 1). En conséquence, dans ce scénario, le nombre de médecins obtenant leur diplôme dans chaque région est par hypothèse très proche du *numerus clausus* de la région une dizaine d'années auparavant.

Enfin, la projection centrale suppose également le maintien des comportements des professionnels récemment observés, notamment en termes de mobilité entre région de diplôme et région d'exercice. Il s'agit donc bien, à cet égard, d'une projection tendancielle « à comportements inchangés », dont les limites doivent être prises en compte, dans la mesure où les nouvelles règles d'accès au troisième cycle (examen national classant) et l'évolution des opportunités d'installation sont susceptibles de faire sensiblement évoluer ces comportements à l'avenir (encadré 2).

Sous ces hypothèses tendanciennes, le nombre total de médecins en activité en France augmenterait légèrement jusqu'en 2005 puis diminuerait ensuite, passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une diminution de 9,4 %. Au niveau régional, l'évolution projetée du nombre de médecins en exercice apparaît assez contrastée. Six régions connaîtraient une diminution de leur nombre de médecins entre 2002 et 2025 plus prononcée qu'au niveau national. Cette diminution atteindrait -23 % en Île-de-France, et serait comprise entre -15 et -9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur<sup>6</sup>, Midi-Pyrénées, dans le Centre, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Bourgogne. En Franche-Comté, Haute-Normandie, Bretagne, Alsace, Basse-Normandie et Poitou-Charentes, la réduction serait moindre (-6 à -4 %). Les Dom, le Nord - Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne et la Picardie n'enregistreraient, quant à eux, qu'une faible diminution de leur nombre de médecins (inférieure à 2 %). Enfin, dans les Pays de la Loire, en Limousin, Auvergne, Rhône-Alpes et Aquitaine, une légère hausse du nombre de médecins entre 2002 et 2025 serait au contraire attendue (0 à +3%).

L'évolution du nombre de médecins dans une région doit toutefois être rapprochée de celle de la population au cours de la même période<sup>7</sup>. Or, bien que ce ne soit pas systématique, les régions dont le nombre de médecins devrait, sur la base de ces hypothèses, évoluer le plus favorablement ne sont souvent pas celles dont la population va croître le plus mais celles qui sont actuellement les moins bien dotées<sup>8</sup>. De ce fait, l'évolution des densités médicales (nombre de médecins pour 100 000 habitants) serait de plus forte amplitude que celle des effectifs de médecins

## E•1

### Le nombre de médecins formés par régions : de l'internat à l'examen national classant

*Depuis la réforme de l'internat de 1984 et jusqu'en 2003, les étudiants souhaitant devenir médecins spécialistes devaient réussir le concours de l'internat. Ceux qui échouaient au concours ou ne le présentaient pas, entraient en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale dans la région dans laquelle ils avaient suivi leur 2<sup>e</sup> cycle. Le nombre de places de généralistes formés dans chaque région n'était donc pas fixé à l'avance contrairement à celui des spécialistes, mais dépendait de la plus ou moins grande réussite au concours des étudiants de la région. Le nombre de généralistes était d'autant plus important que le taux de réussite à l'internat était faible dans la région. Ainsi, à l'extrême, une région dont tous les étudiants auraient réussi le concours de l'internat n'aurait formé aucun généraliste (soit un nombre total de médecins - généralistes plus spécialistes - bien inférieur à son *numerus clausus*), tandis qu'une région dont aucun étudiant n'aurait réussi l'internat aurait formé un nombre de généralistes équivalent à son *numerus clausus* (soit un nombre total de médecins bien supérieur, les places en troisième cycle de spécialité étant pourvues par les étudiants d'autres régions). Du fait de ce mécanisme, la Picardie formait chaque année un nombre de généralistes plus élevé que son *numerus clausus*, à l'inverse de l'Île-de-France. Par ailleurs, les étudiants admis au concours de l'internat obtenaient un poste d'interne en fonction de leurs choix et leur rang de classement. Ces futurs spécialistes pouvaient donc être amenés à changer de région de formation entre le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> cycle.*

*En 2004, l'instauration de l'examen national classant a modifié les conditions d'accès au troisième cycle. Dans le nouveau régime<sup>1</sup>, tous les étudiants ayant validé leur deuxième cycle d'études de médecine doivent, pour entrer en troisième cycle, passer cet examen. Un nombre de places ouvertes est fixé a priori par région et par discipline. La médecine générale est devenue, en 2004, une discipline de l'examen national classant, et le nombre de places ouvertes dans cette discipline est maintenant fixé a priori pour chaque faculté. Tous les étudiants choisissent leur faculté et leur discipline en fonction des places disponibles et de leur rang de classement, ce qui peut conduire futurs généralistes comme futurs spécialistes à changer de région entre les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles de leurs études médicales. Toutefois, à titre transitoire pour 2004, les étudiants entrant en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale peuvent continuer leurs études dans leur région de 2<sup>e</sup> cycle, indépendamment de leur rang de classement.*

1. Le régime de l'internat subsiste en parallèle à l'examen national classant à titre transitoire pour l'année 2004.

5. Par exemple, pour une promotion de médecins correspondant à un *numerus clausus* à 7 000, commençant à exercer une activité à partir de l'année 2015, l'Île-de-France aurait un *numerus clausus* égal à 1 625 (soit 23 % du *numerus* total comme en 2004).

6. Dans la projection, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse sont considérées comme une unique région (les effectifs médicaux en Corse étant trop faibles pour être analysés séparément), de même que l'ensemble des Dom.

7. BRUTEL C., OMALEK C., « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050) », Insee - Résultats, société n°16, juillet 2003, Insee.

8. Ainsi, parmi les seize régions dont la démographie médicale va connaître une évolution supérieure à la moyenne, dix connaîtront à l'inverse une évolution de leur population inférieure à l'évolution moyenne (7%).

## Le modèle de projections démographiques des médecins : méthode et hypothèses

Le modèle de projections de la démographie médicale élaboré en collaboration par l'Ined et la Drees permet d'établir des projections d'effectifs de médecins selon le sexe, l'âge, la spécialité, le mode d'exercice principal (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et la région d'exercice.

Le modèle utilise les données du répertoire Adeli redressées par la Drees (redressements permettant de prendre en compte les défauts d'inscription des médecins salariés, et notamment des hospitaliers) au 31 décembre 2002. Il simule l'évolution des effectifs année après année jusqu'en 2025, d'abord globalement pour les étudiants (méthode dite « par composantes »), puis individuellement pour les médecins en activité (méthode de « micro-simulation »).

Le scénario de projection central s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Le *numerus clausus* est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection. Il est réparti par région en supposant que chaque région conserve la même part du *numerus clausus* qu'en 2004.

- Pour les disciplines hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.

- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt<sup>1</sup>. Ce mode de détermination du nombre de places de troisième cycle en médecine générale marque donc une rupture avec la situation ayant prévalu jusqu'à présent, dans laquelle le nombre d'étudiants entrant en troisième cycle de médecine générale dépendait du taux de réussite des étudiants de la région à l'internat (encadré 1). Cette situation se caractérisait par des capacités totales de formation qui, pour une même région, pouvaient être assez différentes entre deuxième et troisième cycles. Avec l'entrée en vigueur de l'examen national classant en 2004, les nombres de places de troisième cycle ouvertes dans chaque région peuvent en théorie être déterminés a priori. Toutefois, il est encore difficile de formuler une hypothèse sur la manière dont le nombre total de places sera effectivement ventilé par région dans les années à venir. En effet, la répartition régionale des postes à l'examen national classant n'est connue que pour 2004, et, s'agissant de la première année de mise en œuvre de la réforme, cette répartition s'est encore largement appuyée sur les capacités de formation passées en troisième cycle.

- Les comportements de mobilité des médecins entre région de diplôme et d'exercice sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années récentes. Plus précisément, les mobilités en cours de carrière ne sont pas explicitement modélisées dans la projection, mais sont prises en compte pour l'attribution d'une région d'exercice aux médecins nouvellement diplômés : pour chaque région de diplôme, la répartition des nouveaux diplômés par région d'exercice, est, à sexe et catégorie de médecin donnée (généraliste / spécialiste), supposée identique à la répartition actuelle par région d'exercice des médecins diplômés depuis la précédente réforme de l'internat (entrée en vigueur en 1984).

- Les autres comportements des médecins et étudiants sont également supposés constants et identiques à ceux observés dans les années plus récentes (redoublement, choix de spécialité, cessation d'activité,...).

À partir de ce scénario central sont construites cinq alternatives, en faisant varier à chaque fois une hypothèse et une seule pour en isoler l'effet. Les hypothèses sur lesquelles portent ces cinq variantes sont présentées ci-dessous. Les autres hypothèses, lorsqu'elles ne sont pas précisées, sont les mêmes que celles du scénario central.

**Variante 1 : les *numerus clausus* régionaux sont modulés en fonction des différences actuelles de densité médicale.** La part régionale du *numerus clausus* est ainsi augmentée pour les régions dans lesquelles la densité médicale actuelle est inférieure à la densité nationale, et au contraire réduite pour les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne.

**Variante 2 : la répartition régionale des étudiants en 3<sup>e</sup> cycle est simulée comme sous le régime de l'ancien concours de l'internat.** Le nombre de places de généralistes correspond à la situation qui prévalait jusqu'ici par le jeu du concours de l'internat, et dépend donc du taux de réussite à l'internat (passé) des étudiants de la région.

**Variante 3 : la mobilité entre la région de formation (3<sup>e</sup> cycle) et la région où s'installent les nouveaux diplômés s'accroît pour les médecins généralistes, rejoignant celle des spécialistes.** La médecine générale devenant une spécialité à part entière à partir de 2004, les étudiants en deuxième cycle pourront être amenés à changer de région pour suivre leur troisième cycle, comme le font déjà les futurs spécialistes. Dans ce scénario, les médecins généralistes deviennent aussi mobiles que les spécialistes.

**Variante 4 : en raison de la forte attractivité des régions Île de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce scénario suppose que tous les médecins cessant leur activité dans ces régions soient remplacés. Le nombre actuel de médecins dans ces deux régions est maintenu jusqu'en 2025.**

**Variante 5 : les médecins s'installent dans leur région de formation (3<sup>e</sup> cycle). Il n'y a donc pas de mobilité entre la région de diplôme et la région d'installation.**

1. Aux redoublements et taux de dépassements du *numerus clausus* près.

(de -28% à +7% selon les régions, contre -23% à +3% pour les effectifs, en raison des variations projetées de population). La projection centrale réalisée ici aboutit donc à un léger resserrement des densités médicales autour de la moyenne (graphique 1 et tableau 1).

Les régions pour lesquelles la diminution projetée du nombre de médecins est la plus prononcée (Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur) verraient leur niveau moyen de densité médicale reculer encore davantage. Ces régions étaient cependant jusqu'à présent parmi les plus fortement dotées en médecins, et à l'exception du Languedoc-Roussillon, elles conserveraient toutes une densité médicale supérieure ou égale à la moyenne nationale.

Les régions pour lesquelles les effectifs projetés de médecins devraient connaître à l'horizon 2025 une baisse modérée (Alsace, Bretagne, les Dom et Poitou-Charentes) ou une légère hausse (Aquitaine, Rhône-Alpes) verraient également leur densité médicale évoluer un peu moins favorablement, en raison de l'augmentation de leur population attendue d'ici 2025.

Enfin, quelques régions dont la population devrait diminuer à l'horizon 2025 (Auvergne, Champagne-Ardenne, et Limousin) verraient au contraire leur densité médicale augmenter entre 2002 et 2025. Le Limousin deviendrait ainsi, sous ces hypothèses tendanciennes, la première région en termes de densité médicale avec 348 médecins pour 100 000 habitants (contre 283 pour la densité moyenne nationale).

La répartition régionale des médecins découle, dans ce modèle de projection, de trois hypothèses principales : les *numerus clausus* régionaux, les nombres de places à l'examen national classant par région et les mobilités des médecins après leur diplôme<sup>9</sup>. Des variantes ont été réalisées sur ces trois aspects. Elles n'ont d'impact que sur la répartition régionale des médecins, le nombre total de médecins n'étant globalement pas modifié par rapport au scénario central des projections nationales<sup>10</sup>.

9. Elle dépend également des pyramides des âges des médecins dans les régions.

10. Des modifications à la marge résultent toutefois dans le modèle de taux de redoublements différents d'une région à l'autre.

**Variante 1 : La modulation des *numerus clausus* régionaux en fonction des différences actuelles de densité médicale avantagerait les régions Champagne-Ardenne et Basse-Normandie**

Le scénario central s'appuie sur la répartition régionale actuelle du *numerus clausus*, maintenue constante sur toute la période de projection. Les facultés d'Île-de-France, qui disposent des plus importantes capacités de formation, rassemblent actuellement près d'un quart des places en deuxième année d'études de médecine. À l'opposé, le Limousin accueille 1,8 % des étudiants en deuxième année (tableau 1).

Dans la variante 1, une autre hypothèse de la répartition régionale du *numerus clausus* a été envisagée pour en analyser les effets éventuels, à moyen terme, sur les inégalités de densité médicale existant entre les régions. On simule ainsi ce que deviendrait la densité médicale sur le territoire si les régions pour lesquelles elle est inférieure à la moyenne disposaient d'une part plus importante de places en deuxième année de médecine qu'actuellement<sup>11</sup>, et si les régions dont la densité médicale est supérieure à la moyenne formaient au contraire moins d'étudiants. Le nombre de places en troisième cycle dans chaque région reste, dans ce scénario, déterminé par les capacités de formation régionales en deuxième cycle : les nombres de postes proposés en troisième cycle pour chaque région se trouvent donc modifiés par rapport au scénario central dans les mêmes proportions que les *numerus clausus* régionaux<sup>12</sup>.

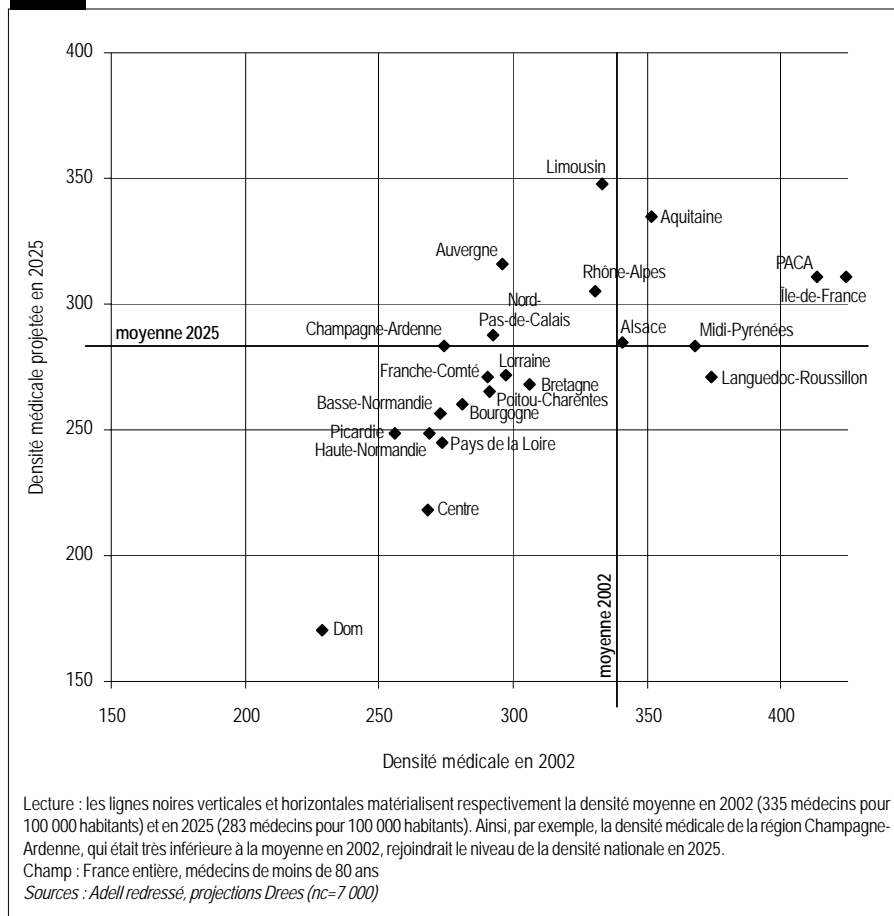
Étant simulée comme proportionnelle aux écarts de densité actuellement observés, cette modulation des *numerus clausus* régionaux pèserait le plus fortement sur les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont

les fractions du *numerus clausus* seraient réduites respectivement de 5,2 points (passant de 23,2 % à 18 %) et de 1,3 point (passant de 7 % à 5,7 %). Par exemple pour la région Île-de-France, pour une promotion correspondant à un *numerus clausus* de 7 000, 1 261 étudiants accèderaient en deuxième année de médecine dans cette variante, contre 1 625 dans le scénario central. A contrario, la part de la région Nord - Pas-de-Calais serait accrue de 1 point (passant de 7 % à 8 %), avec 560 étudiants autorisés à passer en deuxième année des études médicales (tableau 2).

Dans cette variante de modulation des *numerus clausus* régionaux, et en supposant les autres comportements

constants, la diminution du nombre de médecins attendue dans le scénario central en l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Alsace se trouverait accrue. À l'exception de Rhône-Alpes, dans toutes les régions pour lesquelles par hypothèse, le nombre d'étudiants entrant en 2<sup>e</sup> année de médecine est relevé dans cette variante, les évolutions des effectifs de médecins seraient au contraire plus favorables : leur diminution serait atténuée ou enrayée, ou leur hausse plus importante que prévu. Par exemple, une augmentation du nombre de médecins serait observée en Picardie (+6,6 %) alors qu'une légère baisse (-0,3 %) était pré-

**G.01** densités médicales actuelles et projetées dans le scénario central



11. La fraction régionale du nombre de places en deuxième année de médecine est modifiée proportionnellement à l'écart existant en 2003 entre la densité médicale de la région et la densité médicale nationale. Par exemple, pour l'Île-de-France, dont la densité médicale est égale à 1,27 fois la densité nationale, le *numerus clausus* est réduit dans cette variante en le divisant par 1,27.

12. À un décalage dans le temps près.

vue dans le scénario central (tableaux 1 et 2). Quelques régions dont les effectifs de médecins diminueraient si les comportements actuels se maintenaient (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Nord – Pas-de-Calais, Picardie), verraient de la même façon, sous cette hypothèse, leurs effectifs de médecins augmenter.

La densité médicale attendue dans les régions Île-de-France et Provence-

Alpes-Côte d'Azur serait alors dans cette variante sensiblement réduite, passant respectivement de 425 à 289 et de 414 à 293 médecins pour 100 000 habitants entre 2002 et 2025, soit une baisse beaucoup plus prononcée que dans le scénario central. Leur densité médicale deviendrait alors très voisine de la moyenne nationale. À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne, Nord - Pas-de-Calais, Auvergne, Basse-Nor-

mandie et Picardie dont les densités médicales sont aujourd'hui plus faibles que la moyenne verraient leur densité médicale augmenter. Au total, la modulation ainsi testée des *numerus clausus* régionaux aurait pour conséquence, toutes choses égales par ailleurs, un resserrement des densités médicales autour de la moyenne nationale pour la plupart des régions. Le Limousin, l'Aquitaine, l'Auvergne et Rhône-Alpes feraient exception à cette règle, dans la mesure où, par rapport à 2002, leur densité projetée en 2025 resterait (Aquitaine) ou deviendrait (pour les trois autres régions) supérieure à la moyenne nationale. À l'opposé, le Centre et les Départements d'outre-mer conserveraient une densité médicale plus faible que la moyenne (graphique 2).

La modification de la répartition régionale des places en deuxième année de médecine exercerait donc un effet potentiellement important sur les densités médicales. Mais elle repose implicitement sur l'hypothèse d'une adaptation correspondante des capacités de formation des facultés pour l'ensemble des premier, deuxième et troisième cycles. De plus, la mobilité à l'installation des médecins atténuée dans cet exemple les effets d'une modulation des *numerus clausus*. En effet, les régions à forte densité médicale sont aussi les plus attractives, et la diminution des places à l'entrée de la deuxième année de médecine peut se trouver en partie compensée par l'installation de médecins issus d'autres régions.

*Variante 2 : le nombre de généralistes serait inférieur en Île-de-France en 2025 si la répartition des médecins formés résultant de l'ancien concours de l'internat était maintenue*

S'agissant des nombres de places à l'examen national classant par région, une variante a été réalisée pour tenir compte du fait que dans le passé, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle dans chaque région était à

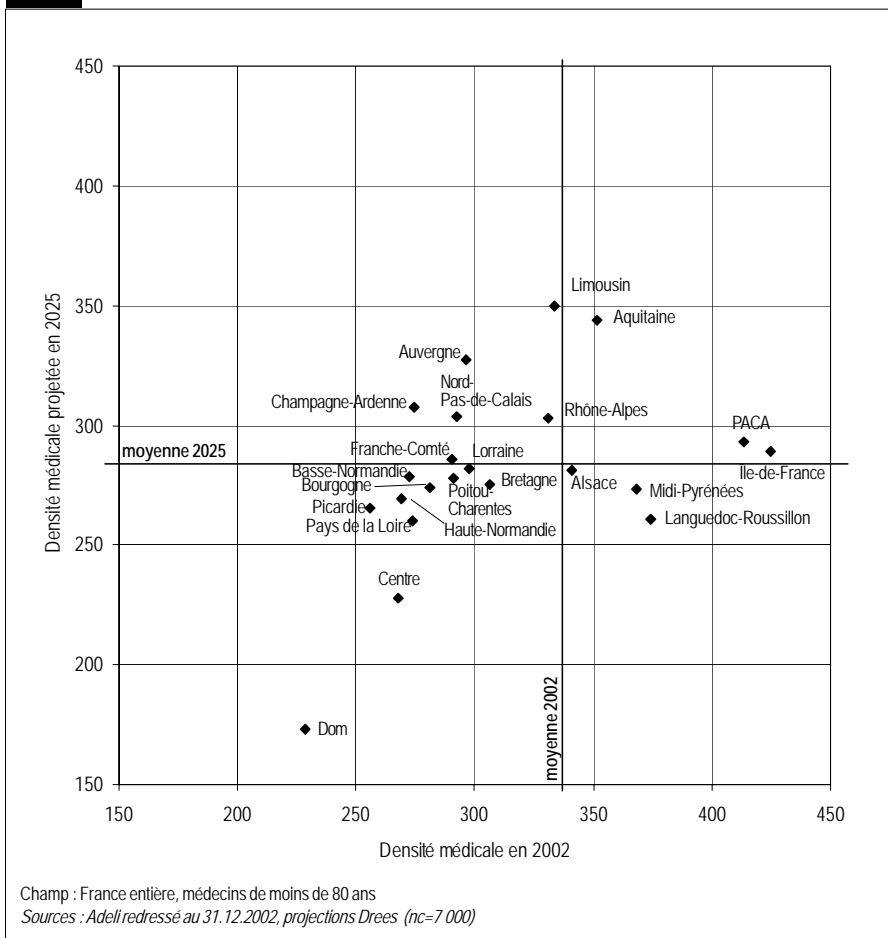
**T 02** *numerus clausus* et nombre de diplômés dans le scénario central et une variante de modulation des *numerus clausus* régionaux (variante 1)

Régions	Numerus clausus dans la variante 1 (n.c. national à 7 000)	Part du numerus clausus dans la variante 1 en %	Variante n°1			Écart en 2025 avec le scénario central	
			Effectifs en 2025	Évolution par rapport à 2002 en %	Densité en 2025 dans la variante 1	En effectifs	En %
Alsace	227	3,2	5 731	-6	281	-66	-1
Aquitaine	490	7,0	11 054	6	344	281	3
Auvergne	183	2,6	4 093	6	327	139	4
Basse-Normandie	195	2,8	4 094	4	279	332	9
Bourgogne	207	3,0	4 341	-4	274	223	5
Bretagne	324	4,6	8 866	-3	275	227	3
Centre	224	3,2	5 900	-11	228	237	4
Champagne-Ardenne	203	2,9	3 945	7	307	311	9
DOM		0,0	3 996	-1	173	59	2
Franche-Comté	164	2,3	3 255	-1	286	169	5
Haute-Normandie	234	3,3	4 964	3	269	380	8
Île-de-France	1 261	18,0	33 852	-28	289	-2566	-7
Languedoc-Roussillon	198	2,8	7 638	-14	261	-299	-4
Limousin	127	1,8	2 394	1	350	14	1
Lorraine	294	4,2	6 248	-9	282	226	4
Midi-Pyrénées	229	3,3	8 008	-17	273	-284	-3
Nord- Pas-de-Calais	560	8,0	12 252	4	304	642	6
PACA et Corse	399	5,7	16 215	-20	293	-1010	-6
Pays de la Loire	387	5,5	9 619	6	260	546	6
Picardie	217	3,1	5 119	7	265	328	7
Poitou-Charentes	184	2,6	4 896	1	278	221	5
Rhône-Alpes	693	9,9	19 468	2	303	-129	-1
France entière	7 000	100,0	185 947	-9	283	-19	0

Note : les numerus clausus figurant dans ce tableau sont des chiffres indicatifs correspondant à des promotions de diplômés issues des numerus clausus à 7 000.  
Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees

G  
02

densités médicales actuelles et projetées  
dans l'hypothèse de modulation des *numerus clausus* régionaux (variante 1)



la fois composé d'internes de spécialité, dont le nombre était fixé *a priori* pour chaque région, et d'étudiants en médecine générale, dont le nombre n'était pas déterminé *a priori* (encadré 1). La variante 2 permet de voir comment pourraient évoluer les nombres de médecins si le nombre de généralistes de chaque région continuait à être déterminé comme par le passé<sup>13</sup>. Elle correspond à un prolongement des décisions de répartition relatives à l'année 2004, où le régime antérieur prévu pour les généralistes a transitoirement continué à s'appliquer. Les écarts entre cette variante et le scénario central ne concernent bien sûr que les médecins généralistes.

C'est en Franche-Comté que l'effet de ce retour à la répartition régionale résultant de l'ancien concours d'internat serait le plus favorable (il ferait passer l'évolution du nombre de médecins dans cette région de -6 % à +12 %) [tableau 3]. C'est au contraire en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur que le nombre de médecins en exercice se réduirait le plus sous cette hypothèse (il diminuerait de 7 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et de 10 % en Île-de-France par rapport au scénario central). Au total, ce mode de détermination alternatif du nombre de médecins généralistes (associé aux autres hypothèses du modèle) se tra-

duirait par un écart entre densités extrêmes légèrement plus élevé que dans le scénario central. Ce scénario confirme l'effet sensible sur la répartition régionale des médecins joué jusqu'ici par le régime du concours d'internat, combiné, avant l'examen national classant, à l'absence de contingent régional pour la formation des généralistes.

*Des comportements de mobilité à l'installation qui pourraient modifier la tendance*

Le scénario central repose sur l'hypothèse que les comportements de mobilité des médecins lors de leur installation restent identiques à ceux qui ont été observés pour les générations de médecins diplômés après la réforme de l'internat de 1984 (encadré 2). En moyenne, selon cette hypothèse tendancielle, 73 % des jeunes généralistes exerceraient dans leur région de thèse, contre 63 % des spécialistes, et 68 % de l'ensemble des médecins.

Cette hypothèse de constance des comportements de mobilité est toutefois peu plausible, et ce, pour au moins deux raisons.

La première est liée à la nouvelle réforme de l'internat : avec l'examen national classant, les futurs généralistes pourront être amenés à effectuer leur troisième cycle de médecine dans une autre région que leur région de deuxième cycle. Une fois diplômés, ils pourraient donc décider de revenir dans leur région de deuxième cycle, comportement qui n'avait pas lieu d'être précédemment<sup>14</sup>.

La seconde raison est liée à la forte modification attendue des densités médicales régionales. Le scénario central conduit en effet à ce que des régions réputées attractives comme Provence-Alpes-Côte d'Azur ou l'Île-de-France

13. Sous l'hypothèse de taux régionaux de réussite à l'internat inchangés.

14. On peut également rappeler que dans le scénario central, le maintien – par défaut – des comportements de mobilité des généralistes reste peu cohérent avec le fait que la répartition des régions de diplôme de ces derniers soit supposée modifiée. Ainsi, si l'Île-de-France forme beaucoup plus de généralistes que par le passé, on peut supposer que les flux de généralistes d'Île-de-France vers la province vont augmenter.

(les deux régions à la densité médicale la plus élevée en 2002), voient leur densité se rapprocher de la densité moyenne, et devenir inférieure à celle du Limousin ou de l'Auvergne par exemple. Dans un contexte de modification profonde des situations régionales, il est à cet égard possible que les comportements spontanés d'installation se modifient au bénéfice de ces deux régions.

S'il y a peu de doute sur le fait que les comportements sont appelés à se modifier dans le futur, il reste très délicat de préciser dans quel sens et dans quelles proportions. Aussi, les variantes sur la mobilité qui ont été réalisées et sont commentées ci-après ont-elles plus vocation à illustrer la forte sensibilité des résultats aux hypothèses retenues qu'à dessiner des futurs probables.

*Variante 3 : une plus grande mobilité des généralistes, du même ordre que celle des spécialistes, aurait tendance à accroître les disparités régionales*

La première variante relative aux comportements de mobilité consiste à faire l'hypothèse que les généralistes qui connaîtront un régime semblable à celui des spécialistes pour l'entrée en troisième cycle pourraient adopter des comportements de mobilité proches de ceux observés pour ces derniers. Cette variante ne modifie bien sûr que la répartition régionale du nombre de généralistes (mais ni leur nombre total, ni la répartition ou le nombre des spécialistes). De manière générale, elle favorise les régions qui conservent actuellement davantage leurs spécialistes que leurs généralistes ou celles qui attirent aujourd'hui plus de spécialistes que de généralistes, l'impact total pour la région dépendant du solde de ces deux effets. C'est la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui se trouverait la plus favorisée (en termes relatifs) par cette hypothèse de modification de la mobilité des généralistes. En effet, cela lui permettrait d'avoir un peu plus de 1 000 généralistes supplémentaires à l'horizon 2025, soit 13 % de généralistes ou 7 % de médecins en plus que dans le scénario central (tableau 4). La diminution du nombre total de médecins dans cette région entre 2002 et 2025 serait alors réduite à -9 % (contre -15 % dans le scénario central). Cette amélioration due à la modification de la mobilité des généralistes apparaît avant tout liée à la capacité d'attraction des médecins diplômés dans d'autres régions. En effet, toujours d'après les hypothèses du modèle, 4,3 % des spécialistes diplômés dans les autres régions s'installent chaque année en Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre seulement 2,7 % des généralistes<sup>15</sup>. Les cas de l'Île-de-France (ou du Languedoc Roussillon) sont assez proches de celui de Pro-

**T 03** nombre de places de généralistes par région déterminé comme sous le régime du concours de l'internat (variante 2)

Régions	Variante 2			Écart en 2025 avec le scénario central	
	Effectifs en 2025	Évolution par rapport à 2002 en %	Densité en 2025	En effectifs	En %
Alsace	6 261	3	307	464	8
Aquitaine	10 843	4	337	70	1
Auvergne	4 157	7	332	203	5
Basse-Normandie	4 021	3	274	260	7
Bourgogne	4 447	-2	281	329	8
Bretagne	8 566	-6	266	-73	-1
Centre	5 651	-15	218	-12	0
Champagne-Ardenne	4 084	11	318	450	12
Dom	3 946	-2	171	9	0
Franche-Comté	3 664	12	322	578	19
Haute-Normandie	5 103	6	277	518	11
Île-de-France	32 923	-30	281	-3 495	-10
Languedoc-Roussillon	7 578	-15	259	-359	-5
Limousin	2 595	10	379	215	9
Lorraine	6 317	-8	285	295	5
Midi-Pyrénées	8 744	-9	299	452	5
Nord- Pas-de-Calais	12 295	5	305	685	6
PACA et Corse	16 077	-21	290	-1 148	-7
Pays de la Loire	9 670	7	261	597	7
Picardie	5 263	10	273	472	10
Poitou-Charentes	5 248	8	298	573	12
Rhône-Alpes	18 513	-3	288	-1 084	-6
France entière	185 966	-9	283	0	0

Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees (nc = 7 000)

15. L'écart en points peut paraître faible, mais il est appliqué à des effectifs importants (l'ensemble des diplômés des autres régions).



vence-Alpes-Côte d'Azur, dans la mesure où ces régions ont des capacités d'attraction importantes et sont donc susceptibles de susciter une mobilité accrue de la part de généralistes ayant achevé leur formation ailleurs. Au contraire, les Dom mis à part, la Bourgogne connaîtrait, dans cette variante, une réduction relative assez importante du nombre de ses médecins (l'évolution de ce dernier passant de -9 % dans le scénario central à -19 % dans cette variante). Poitou-Charentes est également dans une configuration proche.

Au total, l'augmentation de la mobilité induite par ce scénario aurait tendance à accroître les disparités régionales de densité par rapport au scénario central.

**Variante 4 : le maintien du nombre actuel de médecins en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur aboutirait à une diminution de 10 % de plus de celui des autres régions**

Le scénario central et la variante précédente se traduisent, on l'a vu, par une diminution prononcée du nombre de médecins dans les deux régions ayant actuellement la densité médicale la plus forte, à savoir l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À titre de deuxième variante sur la mobilité, on peut envisager une hypothèse un peu « extrême » selon laquelle les comportements des médecins se modifieraient de manière à ce que les effectifs de médecins en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur conservent leurs valeurs actuelles. Ceci correspondrait à une hypothèse où, en raison de la forte attractivité de ces deux zones, tous les médecins de ces régions seraient remplacés lors de leur départ en retraite. L'Île-de-France compterait alors en 2025 environ 11 000 médecins de plus que dans le scénario central, et la Provence-Alpes-Côte d'Azur 3 000. Les effectifs de médecins des autres ré-

gions seraient à eux tous inférieurs de 14 000 soit un écart de 10 % avec le scénario central : la réduction du nombre de médecins dans ces autres régions entre 2002 et 2025 passerait alors de 4 % dans le scénario central à 14 % dans cette variante (tableau 5). Cette diminution resterait toutefois inférieure en valeur relative à celles prévues pour l'Île-de-France (23 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (15 %) dans le scénario central, les résultats étant de même nature en termes de densité.

**Variante 5 : l'absence de mobilité à l'installation ne réduirait guère les disparités entre régions sans une modulation des numerus clausus régionaux**

Les deux variantes précédentes démontrent si besoin est la forte influence des hypothèses concernant les comportements de mobilité sur les effectifs futurs des médecins par région. Une autre manière de voir l'influence de ce facteur est d'examiner comment se modifierait le nombre de médecins sous l'hypothèse

**T 04** mobilité à l'installation des généralistes égale à celle des spécialistes (variante 3)

Régions	Variante 3			Écart en 2025 avec le scénario central	
	Effectifs en 2025	Évolution par rapport à 2002 en %	Densité en 2025	En effectifs	En %
Alsace	5 856	-4	287	58	1
Aquitaine	10 671	2	332	-102	-1
Auvergne	3 594	-7	287	-360	-9
Basse-Normandie	3 480	-11	237	-281	-7
Bourgogne	3 693	-19	233	-425	-10
Bretagne	8 605	-5	267	-35	0
Centre	5 448	-18	210	-216	-4
Champagne-Ardenne	3 427	-7	267	-207	-6
Dom	3 376	-16	146	-561	-14
Franche-Comté	2 856	-13	251	-230	-7
Haute-Normandie	4 409	-9	239	-175	-4
Île-de-France	38 017	-19	325	1599	4
Languedoc-Roussillon	8 330	-7	284	393	5
Limousin	2 422	2	354	42	2
Lorraine	5 863	-15	264	-159	-3
Midi-Pyrénées	8 377	-13	286	85	1
Nord- Pas-de-Calais	11 471	-2	284	-139	-1
PACA et Corse	18 362	-9	332	1137	7
Pays de la Loire	8 847	-2	239	-225	-2
Picardie	4 481	-7	232	-310	-6
Poitou-Charentes	4 238	-13	241	-437	-9
Rhône-Alpes	20 147	5	314	550	3
France entière	185 966	-9	283	0	0

Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees (nc = 7 000)

d'absence totale de mobilité, ce qui se produirait par exemple si les jeunes diplômés étaient appelés à s'installer dans leur région de formation. La variante qui en résulte apparaît bien sûr elle aussi comme une hypothèse extrême qui nécessiterait une modification très importante des comportements de mobilité, et compte tenu des autres hypothèses retenues, un nombre de médecins s'installant dans chaque région proche du *numerus clausus* fixé pour cette région. Or, la répartition actuelle de ces *numerus clausus* n'est que partiellement liée aux différences observées en termes de densité médicale, et reflète pour une large part les capacités de formation des différentes régions<sup>16</sup> : par exemple, l'Île-de-France forme aujourd'hui une proportion importante des médecins des régions limitrophes<sup>17</sup>. De fait, dans une variante

sans mobilité à l'installation, le Centre aurait un nombre de médecins moins élevé que dans le scénario central (-12 %), avec une évolution du nombre de ses médecins entre 2002 et 2025 passant de -15 % dans le scénario central à -25 % en l'absence de mobilité à l'installation. Si l'on excepte les Dom<sup>18</sup>, la région qui subirait la plus forte variation relative de son nombre de médecins serait toutefois Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont le nombre de médecins en 2025 serait inférieur de 16 % en l'absence de mobilité à celui du scénario central. Le Centre et Provence-Alpes-Côte d'Azur ont en effet en commun de recevoir plus de généralistes et de spécialistes qu'elles n'en perdent du fait de la mobilité des diplômés. À l'inverse, l'absence de mobilité favoriserait en premier lieu le Limousin, dans la mesure où la mobilité en début de

carrière fait perdre au Limousin 42 % de ses diplômés en médecine générale, et 50 % de ses diplômés en médecine spécialisée, sans que les arrivées en provenance des autres régions ne compensent ces départs. L'absence de mobilité conduirait toutefois globalement à une augmentation forte des inégalités régionales de densité médicale en métropole : alors que dans le scénario central celles-ci varieraient en 2025 de 218 (Centre) à 348 médecins pour 100 000 habitants (Limousin), en l'absence de mobilité cette fourchette passerait (pour les mêmes régions) de 192 à 444 ( tableau 6).

Une action visant à privilégier l'installation des médecins dans leur région de formation n'irait donc pas dans le sens d'une réduction des disparités de densités médicales régionales sans modulation concomitante des *numerus clausus* attribués à chaque région au début des études de médecine (cf. variante 1).

\*

\* \*

**T 05** maintien du nombre de médecins en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (variante 4)

	En 2002	Scénario central en 2025	Variante 4 en 2025	Écart en 2025 entre la variante 4 et le scénario central		Évolution 2025/2002 dans le scénario central en %	Évolution 2025/2002 dans la variante 4 en %
				En nombre de médecins	En %		
<b>Effectifs</b>							
PACA et Corse	20236	17225	20236	3 011	17%	-15%	0%
Île-de-France	47127	36418	47127	10 709	29%	-23%	0%
Autres régions	137822	132323	118603	-13 720	-10%	-4%	-14%
<b>Total</b>	<b>205185</b>	<b>185966</b>	<b>185966</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>-9%</b>	<b>-9%</b>
<b>Densités</b>							
PACA et Corse	414	311	365	54	17%	-25%	-12%
Île-de-France	425	311	403	91	29%	-27%	-5%
Autres régions	304	273	244	-28	-10%	-10%	-20%
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>283</b>	<b>283</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>-16%</b>	<b>-16%</b>

Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adelli redressé au 31.12.2002, projections Drees (nc = 7 000)

Au final, selon les scénarios, les écarts de densité entre régions sont soit appelés à se réduire<sup>19</sup>, soit à s'accroître, en fonction des hypothèses choisies, sachant que leur évolution dépendra à la fois de l'importance des modifications des flux de formation (*numerus clausus*, examen national classant) et des comportements de mobilité, ces derniers pouvant compenser l'effet des premiers.

Les différents scénarios commentés dans cette étude se rejoignent toutefois pour certaines régions. Ainsi, dans tous ces scénarios, les Dom, qui avaient déjà la densité médicale la plus faible en 2002, voient cette densité s'éloigner encore plus de la densité nationale. Cela s'explique notamment par la forte hausse de la population anticipée pour cette région (+31% entre 2002 et 2025). Dans tous les

16. Ainsi, si l'on rapporte le nombre de places des *numerus clausus* régionaux 2004 aux populations des régions, l'Île-de-France (avec 115 places ouvertes pour 100 000 habitants) et le Limousin (142 places) apparaissent très bien loties, à l'inverse du Centre (58 places). Avec 79 places pour 100 000 habitants, la région PACA apparaît également dans une situation inférieure à la moyenne (90).

17. Xavier NIEL, « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale, XXXXI<sup>e</sup> année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

18. La forte variation du nombre de médecins dans les Dom découle du fait que le modèle ne génère pas de diplômés dans les Dom : en l'absence de mobilité à l'installation, ces derniers n'accueillent donc pas de nouveaux médecins.

19. Dans le scénario central et la variante 1, 17 régions sur 22 voient l'écart entre leur densité et la moyenne se réduire entre 2002 et 2025.

scénarios également, le Limousin et Rhône-Alpes, dont les densités médicales sont très proches de la moyenne en 2002, se retrouvent en 2025 avec une densité nettement supérieure. Ces deux régions ont en commun d'avoir bénéficié d'une hausse de leur *numerus clausus* avant 2002, et l'évolution favorable de la densité médicale dans le Limousin s'explique également par la réduction projetée de la population de cette région (-4 %). L'Aquitaine est également appelée à voir, dans toutes les hypothèses envisagées, l'écart à la densité nationale se creuser en sa faveur, mais contrairement aux deux régions précédentes, elle partait déjà d'une densité élevée. Dix autres régions à l'inverse voient dans tous les scénarios leurs densités médicales se rapprocher de la moyenne nationale entre 2002 et 2025 : Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Île-de-France qui voient leurs densités médicales diminuer, et à l'inverse, la Picardie, la Basse et la Haute Normandie, la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, la Lorraine et le Nord – Pas-de-Calais dont les sous-densités relatives se réduisent. Ces évolutions s'expliquent largement par l'actuelle pyramide des âges des médecins exerçant dans ces régions, les évolutions de la démographie médicale étant plus favorables dans les régions où la part des médecins de moins de 45 ans est la plus élevée. ●

T  
•06

absence de mobilité à l'installation (variante 5)

Régions	Variante 5			Écart en 2025 avec le scénario central	
	Effectifs en 2025	Densité en 2025	Évolution 2025/2002 en %	En effectifs	En %
Alsace	6 254	307	3	456	8
Aquitaine	11 251	350	8	478	4
Auvergne	4 001	320	3	47	1
Basse-Normandie	3 919	267	0	158	4
Bourgogne	4 418	279	-3	301	7
Bretagne	8 022	249	-12	-617	-7
Centre	4 973	192	-25	-690	-12
Champagne-Ardenne	3 999	312	9	365	10
Dom	1 234	53	-69	-2703	-69
Franche-Comté	3 537	311	8	450	15
Haute-Normandie	4 824	262	0	240	5
Île-de-France	41 710	356	-11	5292	15
Languedoc-Roussillon	6 985	238	-22	-952	-12
Limousin	3 040	444	29	660	28
Lorraine	6 737	304	-2	715	12
Midi-Pyrénées	7 533	257	-22	-759	-9
Nord- Pas-de-Calais	12 773	317	9	1163	10
PACA et Corse	14 479	261	-28	-2747	-16
Pays de la Loire	8 456	229	-7	-616	-7
Picardie	4 627	240	-4	-164	-3
Poitou-Charentes	4 280	243	-12	-395	-8
Rhône-Alpes	18 914	295	-1	-683	-3
France entière	185 966	283	-9	0	0

Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees (nc = 7 000)

11

### Pour en savoir plus

BESSIÈRE S., BREUIL-GENIER P., DARRINÉ S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre 2004, Drees.

Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé 2004, *La Documentation française*, à paraître 2004.

DARRINÉ S., « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », *Études et Résultats*, n°156, février 2002, Drees.

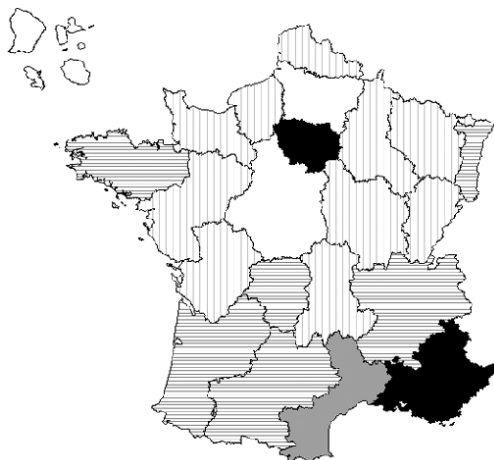
NIEL X., « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de Démographie médicale*, XXXIX<sup>e</sup> année, n°2, p141-172, avril-juin 2001.

BREUIL-GENIER P., « Démographie médicale : intérêt et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXXIII<sup>e</sup> année, n° 2, p. 165-186.

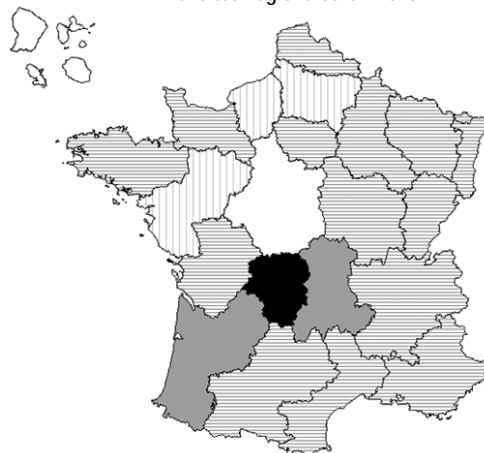
BRUTEL C., OMALEK L., « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050) », *Insee - Résultats*, société n°16, juillet 2003, Insee.

SCÉNARIO CENTRAL

Densités régionales en 2002

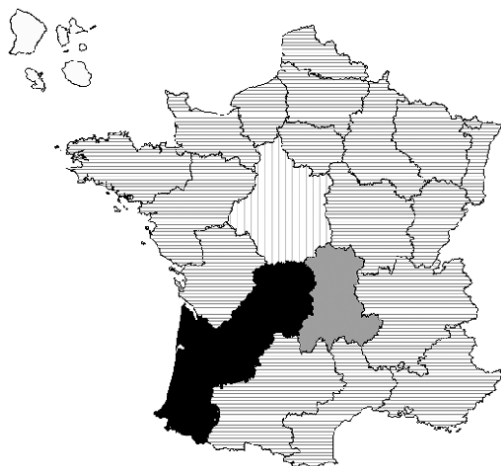


Densités régionales en 2025

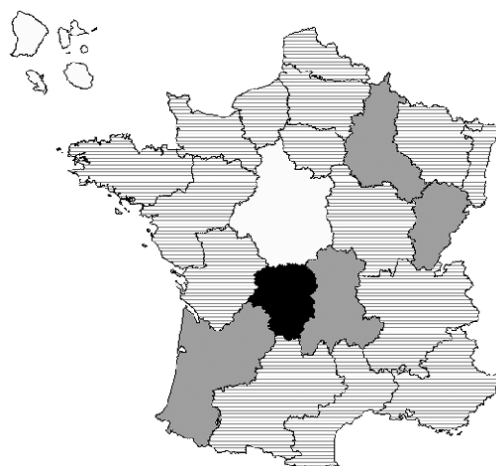


VARIANTES À L'HORIZON 2025

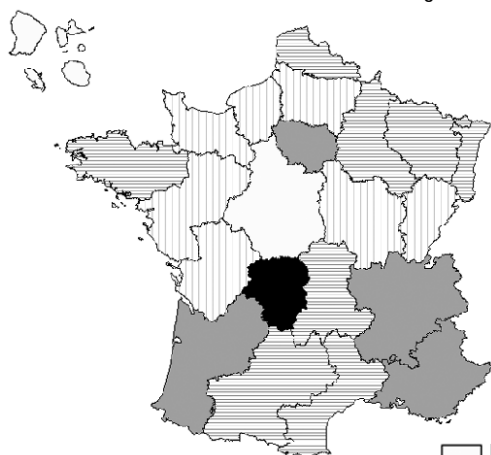
Variante 1 : de modulation des *numerus clausus*



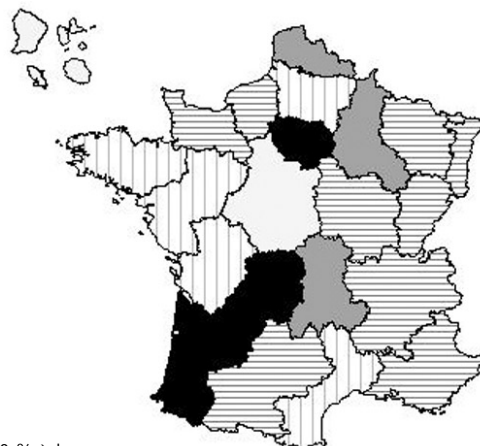
Variante 2 : un nombre de places de généralistes par région déterminé comme sous le concours de l'internat



Variante 3 : une mobilité accrue des généralistes



Variante 5 : absence de mobilité à l'installation



- Densité inférieure de plus de 20 % à la moyenne
- Densité inférieure de 20 à plus de 10 % à la moyenne
- Densité comprise entre moins de 10 % et 10 % autour de la moyenne
- Densité supérieure de 10 à 20 % à la moyenne
- Densité de plus de 20 % supérieure à la moyenne