

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



MAI  
2017  
NUMÉRO  
1011

## Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée

Le nombre de médecins en activité devrait être quasiment stable entre 2016 et 2019, puis repartir à la hausse dès 2020, dans l'hypothèse d'un maintien des comportements actuels des médecins et de la législation en vigueur. Les effectifs de généralistes évolueraient de manière moins dynamique que ceux des spécialistes. Ces derniers bénéficient, en effet, davantage des installations de médecins diplômés à l'étranger. L'exercice libéral exclusif devrait poursuivre son déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte.

La féminisation et le renouvellement des générations de la population des médecins libéraux devraient conduire à une baisse de l'offre globale de soins d'une ampleur plus importante que celle des effectifs. Parallèlement, en raison du vieillissement de la population, les besoins de soins devraient augmenter plus rapidement que le nombre d'habitants. Une fois tous ces paramètres combinés, l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années.

Marion BACHELET et Marie ANGUIS (DREES)

**A**u 1<sup>er</sup> janvier 2015, la France comptait 216 700 médecins actifs de moins de 70 ans<sup>1</sup>, ce qui constitue un maximum historique. De 1991 à 2005, la croissance a été particulièrement soutenue (1,2 % par an en moyenne). Elle était supérieure à celle de la population. Le nombre moyen de médecins par habitant a donc augmenté au cours de cette période. Depuis 2006, les effectifs de médecins poursuivent leur progression mais à un rythme moindre (0,5 % par an en moyenne). Au cours de cette période, pour la première fois depuis 1991, le nombre de médecins par habitant a légèrement baissé, ce qui pose la question de la prolongation de cette tendance dans les prochaines années.

Les effectifs de médecins résultent principalement de l'historique du *numerus clausus*, de la durée des carrières et du nombre d'installations de médecins diplômés à l'étranger. Les modèles de projection des effectifs de professionnels de santé, réalisés à intervalles réguliers par la DREES, permettent de combiner ces facteurs pour anticiper l'évolution de la démographie médicale selon différentes hypothèses. De plus, en mesurant la sensibilité des projections à ces hypothèses, les modèles permettent d'évaluer *ex ante* l'impact des politiques publiques visant à réguler cette démographie, notamment par des variations du *numerus clausus* ou les réformes des retraites.

1. Cette publication porte sur les médecins actifs de moins de 70 ans. Ils seront désignés ci-après simplement par le terme de médecins.



2. Les projections présentées ici diffèrent parfois légèrement des résultats présentés dans le *Portrait des professionnels de santé* (DREES, 2016) en raison d'améliorations méthodologiques intervenues entretemps.

## Après un léger déclin, le nombre de médecins à nouveau en hausse à partir de 2020

Si les hypothèses du scénario tendanciel (encadrés 1 et 2) se réalisaient, les effectifs de médecins seraient quasiment stables (-0,4 %) entre 2016 et 2019. La hausse des effectifs de spécialistes (+0,3 %) compenserait presque la baisse du nombre de généralistes (-1,2 %). Les médecins atteindraient un point bas à 216 200, avant de repartir à la hausse. Le nombre de médecins s'élèverait à 281 400 en 2040<sup>2</sup> (graphique 1), soit 30 % de plus qu'actuellement.

La stagnation des effectifs en début de période de projection (2016-2025) est liée à un nombre important de cessations d'activité des médecins. Les générations de médecins à *numerus clausus* élevé, admis en études de médecine entre 1971 et 1978, expliquent en effet quarante-cinq ans plus tard les effectifs importants de praticiens en fin de carrière.

En parallèle, les entrées de médecins dans la vie active – hors médecins diplômés à l'étranger – augmenteront assez fortement jusqu'en 2020, et de manière plus modérée entre 2021 et 2026. Ces évolutions reflètent les variations du *numerus clausus* des quinze années précédentes : forte hausse entre 2000 et 2006, croissance plus modérée entre 2007 et 2015. Toutefois, cette hausse du nombre d'entrants dans la vie active ne suffira pas à contrebalancer les cessations d'activité des médecins âgés. En revanche, avec les installations de médecins diplômés à l'étranger, les effectifs devraient globalement se maintenir au cours de cette première période de projection.

À partir de 2025, les départs seront moins nombreux, car ils concerneront des générations à *numerus clausus* moins élevé. Le nombre d'entrants dans la vie active devrait se stabiliser – en supposant que le *numerus clausus* soit maintenu à son niveau actuel. Les effectifs augmenteraient en conséquence à un rythme relativement soutenu.

## Des médecins plus jeunes, les femmes bientôt majoritaires

En raison des arrivées et des départs des générations à effectifs variables, la répartition par âge des médecins en activité se déformera au cours du temps. La propor-



### ENCADRÉ 1

#### Méthodologie du modèle de projection

Le modèle de projection d'effectifs de médecins de 2015 de la DREES reprend la structure et la méthodologie de celui de 2008.

Il projette des effectifs de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, soit de 2016 à 2040, ventilés par spécialité, âge et sexe, mais aussi par région, mode et zone d'exercice.

Les effectifs de médecins actifs au début de la période de projection et leurs caractéristiques sont issus du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les autres données utilisées par le modèle sont les résultats des épreuves classantes nationales (ECN), produits par le Centre national de gestion, les données du Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE) de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle et les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE.

Le champ retenu est celui des médecins actifs exerçant en France métropolitaine et DROM<sup>1</sup> (Antilles-Guyane, La Réunion et Mayotte), y compris les médecins remplaçants et les médecins en cumul emploi-retraite.

Le modèle projette 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 sur l'hypothèse d'une politique de régulation médicale inchangée et de comportements constants des médecins, ce qui revient à projeter ce que serait l'évolution des effectifs si rien ne changeait. Des variantes ont été élaborées, correspondant à trois scénarios. Chaque variante ne diffère du scénario tendanciel que par une hypothèse, afin d'isoler l'effet d'un changement de comportement des médecins ou d'une mesure d'ajustement prise par les pouvoirs publics. Les évolutions d'effectifs obtenues n'intègrent pas les contraintes futures liées aux capacités de formation, aux possibilités de financement des postes hospitaliers ou aux évolutions de l'organisation des soins.

1. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.



### ENCADRÉ 2

#### Les hypothèses du scénario tendanciel

Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements constants des médecins. Le *numerus clausus*, y compris passerelles et *numerus clausus* supplémentaire, est fixé à 8 000 en projection, soit le niveau observé en 2015 (le relèvement du *numerus clausus* en 2017, de 487 places, n'est pas poursuivi en projection). Pour chaque année de la période de projection, la répartition par discipline des postes ouverts aux ECN est supposée identique à celle constatée l'année précédant la première année de projection. 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 médecins de plus de 70 ans ne sont pas pris en compte dans l'offre de soins, ce qui conduit à sous-estimer légèrement celle-ci.

Le flux entrant de médecins diplômés à l'étranger (UE et hors UE) est fixé à 1 500 en projection. 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 diplômés à l'étranger.

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

tion de médecins de 55 ans ou plus, qui s'élève à 45 % en 2015, ne serait plus que de 22 % en 2040 (graphique 2). L'âge moyen des médecins devrait diminuer jusqu'en 2035, passant de 51 ans à 45 ans (graphique 3).

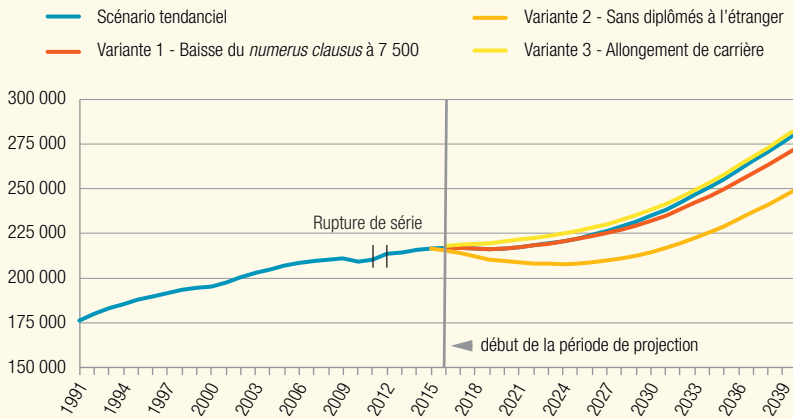
Par ailleurs, les femmes sont de plus en plus nombreuses dans la profession : elles représentent désormais 44 % des médecins. Elles devraient être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034 (graphique 3).

## L'exercice libéral reculerait au profit de l'exercice mixte ou salarié

Selon le scénario tendanciel, la part de médecins libéraux exclusifs (y compris remplaçants) reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040 tandis que les proportions de médecins mixtes (c'est-à-dire ayant une activité libérale et une activité salariée) et salariés augmenteraient (respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période) (graphique 4).

GRAPHIQUE 1

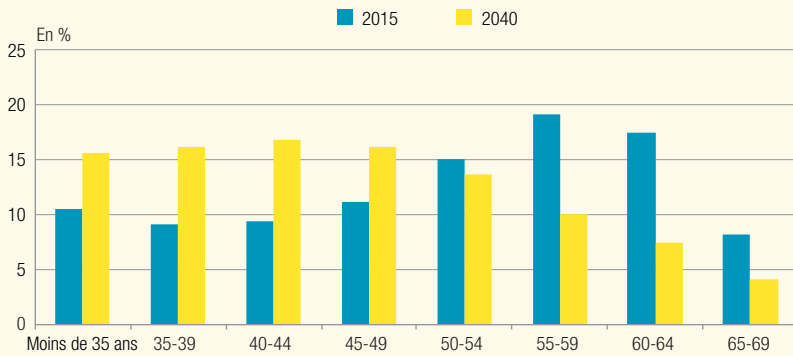
Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et les différentes variantes



**Note** • Le passage du répertoire ADELI au RPPS en 2012 occasionne une rupture de série.  
**Lecture** • À partir de 2016, selon le scénario tendanciel, les effectifs de médecins baisseraient légèrement, puis augmenteraient régulièrement à partir de 2020 pour atteindre 281 000 en 2040.  
**Champ** • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.  
**Sources** • ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.

GRAPHIQUE 2

Répartition des médecins par tranches d'âge en 2015 et en 2040 selon le scénario tendanciel



**Lecture** • En 2040, 16 % des médecins auraient moins de 35 ans.  
**Champ** • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.  
**Sources** • ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.

La baisse des effectifs libéraux serait marquée et durable. Les effectifs de médecins libéraux devraient ainsi diminuer jusqu'en 2027. À cette date, les libéraux exclusifs (hors remplaçants) seraient 24 % de moins qu'en 2012 et les libéraux ou mixtes (hors remplaçants) 8 % de moins. En parallèle, les effectifs de médecins salariés devraient poursuivre leur croissance dans les prochaines années sans connaître de période de baisse. Toutefois, le modèle de projection n'intègre pas les contraintes qui pourraient s'exercer sur le marché du travail. Ainsi la projection des effectifs de médecins salariés ne tient pas compte

de l'évolution de l'offre de postes salariés qui pourrait contraindre les choix des médecins.

**Le numerus clausus, un levier puissant mais à long terme**

Le scénario tendanciel du modèle de projection estime l'évolution de la démographie médicale en supposant les comportements des médecins et la législation constants. L'hypothèse est, d'une part, que les choix actuels de mode d'exercice, de spécialités, de régions d'exercice restent les mêmes et que, d'autre part, le *numerus clausus*, la répartition des postes

aux épreuves classantes nationales (ECN), l'âge légal de départ à la retraite sont inchangés.

L'hypothèse selon laquelle « rien ne change » n'est pas nécessairement réaliste. La projection qui en résulte ne constitue donc pas une prévision mais une référence, à laquelle sont comparées les projections issues de variantes intégrant des évolutions possibles de ces paramètres. Trois sont présentées ici : une variation du *numerus clausus*, un recul de l'âge de cessation d'activité et une modification des flux de médecins étrangers.

Compte tenu de la longueur des études médicales, une modification du *numerus clausus* ne commence à produire ses effets sur l'effectif de médecins que dix ans plus tard. À titre d'exemple, une baisse du *numerus clausus* à 7 500 à partir de 2016 (soit une baisse de 6 %) ne se traduirait qu'à partir de 2025 par un recul visible des effectifs de médecins, toutefois très modéré (graphique 1, variante 1). L'écart par rapport au scénario tendanciel se creuserait progressivement, mais ne serait que de 3 % en 2040.

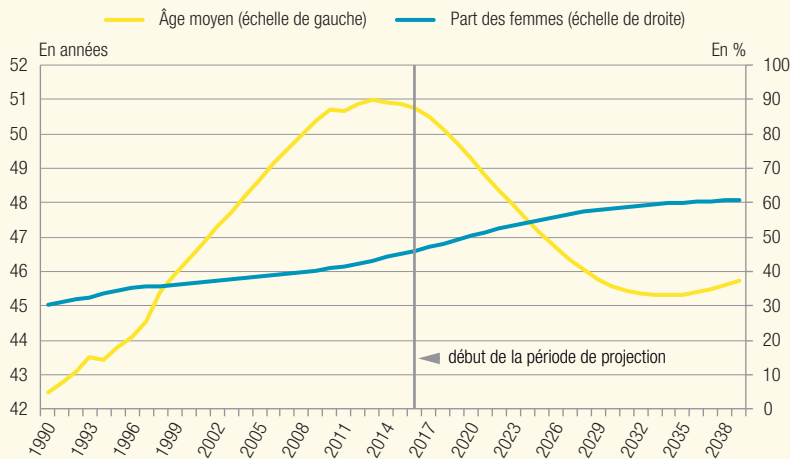
Le *numerus clausus* est donc un levier à long terme de la démographie médicale, mais c'est un levier puissant. En effet, des variations importantes de celui-ci, comme par exemple la baisse de 8 700 étudiants en 1977 à 3 500 en 1993, conduisent à des effets massifs à long terme : la baisse actuelle des effectifs de médecins de moins de 60 ans<sup>3</sup> en exercice diplômés en France (-20 % entre 2000 et 2016) en est la conséquence directe.

**Plus de spécialistes, notamment avec l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger**

Depuis dix ans, la démographie médicale est particulièrement soutenue par les flux de médecins diplômés à l'étranger. Alors qu'ils étaient entre 500 et 1 000 par an à s'installer en France au début des années 2000, leurs effectifs ont fortement augmenté en 2007 pour s'établir à environ 1 500 médecins par an, niveau auquel ils se maintiennent depuis. Entre 2007 et 2015, la proportion de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger parmi les nouveaux actifs<sup>4</sup> a ainsi augmenté de 6 % à 10 %.

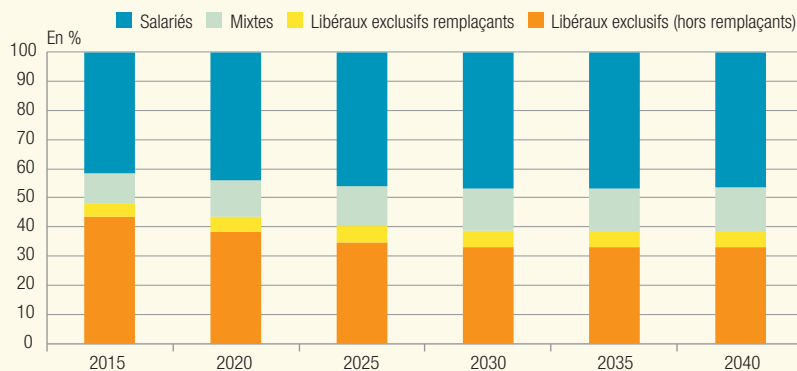
- 
- 3. Après cet âge, l'évolution de la législation sur les retraites masque les effets du *numerus clausus*.
- 4. Mesurée parmi les médecins toujours inscrits à l'Ordre en 2016.

**GRAPHIQUE 3**  
 Évolution de l'âge et de la répartition par sexe des médecins selon le scénario tendanciel



**Lecture** • En 2040, l'âge moyen des médecins serait de 46 ans et 61 % d'entre eux seraient des femmes.  
**Champ** • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.  
**Sources** • ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.

**GRAPHIQUE 4**  
 Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice



**Lecture** • En 2040, 46 % des médecins actifs de moins de 70 ans exerceraient en tant que salarié.  
**Champ** • France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.  
**Sources** • RPPS, Projections DREES 2015.

L'évolution du nombre de médecins étrangers s'installant en France est difficile à prévoir, et ce d'autant plus que l'échéance est lointaine. De plus, les effectifs en jeu étant importants, les résultats sont très sensibles aux hypothèses sur cette évolution. Il s'agit donc d'un levier considérable mais dont l'ampleur est difficile à anticiper. Dans le cadre du scénario tendanciel, le modèle suppose que le nombre d'arrivées se maintiendrait à 1 500 au cours de la période de projection. Sans prise en compte de ces arrivées futures, le nombre de médecins en activité dimi-

nuerait dans les prochaines années (graphique 1, variante 2), atteignant un point bas en 2024 avec une baisse de 4 % du nombre de médecins par rapport à 2015. Selon le scénario tendanciel, les médecins diplômés à l'étranger installés récemment représenteraient ainsi rapidement une part importante des effectifs : en 2024, 6 % de l'ensemble des médecins seraient des médecins diplômés à l'étranger installés en 2016 ou après, et cette proportion atteindrait 9 % en 2030. 80 % des nouveaux médecins diplômés à l'étranger sont des spécialistes, une

proportion restée stable depuis cinq ans après une forte augmentation. Ces praticiens viendraient donc essentiellement grossir les rangs de cette catégorie de médecins, faisant ainsi augmenter le nombre de spécialistes de 2,7 % entre 2015 et 2023. Sans l'afflux de médecins diplômés à l'étranger, ce nombre diminuerait de 5 % au cours de la même période. Ces arrivées permettraient de maintenir en particulier les effectifs en ophtalmologie et radiodiagnostic et imagerie médicale, qui sinon baisseraient de 20 % entre 2015 et 2040. L'arrivée de médecins diplômés à l'étranger pourrait également permettre d'atténuer la baisse des effectifs de médecins généralistes : entre 2015 et 2023, celle-ci devrait se limiter à 0,5 %, alors qu'elle atteindrait 2,8 % sans cet apport.

**Séduits par le cumul emploi-retraite, les médecins continueraient de prolonger leur activité**

Depuis quelques années, la démographie médicale a bénéficié du large développement du cumul emploi-retraite, renforcé par les effets de la réforme des retraites de 2010. Les départs définitifs avant 65 ans sont actuellement nettement moins nombreux qu'auparavant. C'est, avec l'essor du flux de médecins étrangers, l'un des deux phénomènes nouveaux qui expliquent que le modèle élaboré par la DREES en 2008 (Attal-Toubert K., Vanderschelden M., 2009) n'ait pas anticipé la hausse des effectifs qui s'est produite au cours de la période récente. L'évolution des effectifs de médecins de moins de 60 ans diplômés en France a en effet été conforme aux projections.

L'accentuation de ce phénomène d'allongement des carrières (simulée à l'aide d'une variante décalant d'un an les probabilités de cessations d'activité à partir de 60 ans dès 2016) aurait un effet immédiat, compte tenu des effectifs importants de médecins dans les tranches d'âge concernées (graphique 1, variante 3). Dès 2016, l'effectif projeté de médecins correspondant à cette variante est supérieur de 0,5 % à celui du scénario tendanciel. L'écart d'effectifs culmine à 2 % en 2022, puis diminue jusqu'à 0,8 % en 2040. Selon



5. Les plus de 70 ans, qui représentent 13 % de la population en 2015, en représenteront 20 % en 2040.

6. Le calcul est le suivant : le nombre de professionnels est rapporté à une population dans laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par la part qu'elle représente dans les dépenses en médecine 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, en supposant que ces besoins sont essentiellement liés à l'âge des individus et n'évoluent pas au cours de la période de projection.

cette variante, il n'y aurait pas de baisse des effectifs de médecins dans les prochaines années.

### Jusqu'en 2025, les effectifs de médecins augmenteraient moins que les besoins de soins de la population

La projection de l'évolution du nombre de médecins ne permet qu'en partie d'évaluer l'adéquation entre l'offre et les besoins de soins à venir. Estimer finement la demande de soins est délicat et assez peu réaliste à long terme en raison de l'ampleur des incertitudes sur l'évolution des pathologies et des modalités de leur prise en charge. Quelques facteurs, comme l'évolution prévue de la population ou de la structure par âge de celle-ci (qui est l'un des déterminants principaux du besoin de soins), peuvent toutefois être pris en compte.

La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins pour 1 000 habitants, chuterait davantage que les effectifs, en raison de l'augmentation de la population française de 10 % au cours de la période (graphique 5). Elle baisserait de 3,27 à 3,18 médecins pour 1 000 habitants entre 2015 et 2021, atteignant à cette date un point bas égal à la densité de 2006, avant de remonter pour retrouver en 2028 le niveau de 2015. En 2040, la densité de médecins serait supérieure de 18 % à la densité de 2015.

Entre 2015 et 2040, la population française va vieillir et ses besoins de soins vont croître en conséquence<sup>5</sup>. Pour tenir compte de cet effet, une densité standardisée par le recours par âge aux médecins de ville est calculée<sup>6</sup>. Une fois pris en compte le vieillissement de la population, le rapport entre l'offre et la demande de soins évolue de manière moins dynamique. La densité standardisée diminuerait de 3,21 à 3,06 médecins pour 1 000 habitants entre 2015 et 2023 et stagnerait autour de ce point bas – qui constitue un minimum depuis 1991 – jusqu'en 2025, amorçant ensuite une remontée pour retrouver en 2032 le niveau de 2015.

### L'offre de soins des médecins libéraux diminuerait davantage que les effectifs

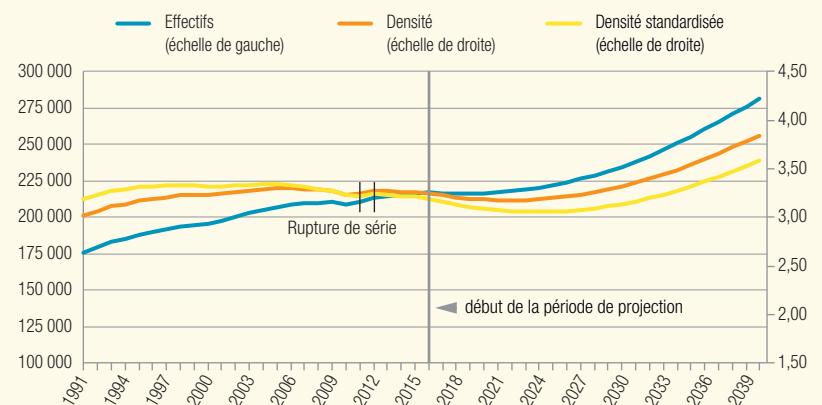
Les effectifs de médecins permettent de poser un premier diagnostic sur les

évolutions de l'offre de soins. Toutefois, le temps de travail des médecins influe sur le volume de soins que ceux-ci offrent réellement. Pour compléter l'analyse, les effectifs de médecins libéraux sont convertis en « équivalents temps plein » (ETP), c'est-à-dire qu'ils sont pris en compte à hauteur de leur temps de travail, estimé à l'aide de leurs honoraires hors dépassement.

La population des médecins libéraux devrait se féminiser et rajeunir. Cette évolution de la composition de la population des médecins libéraux devrait avoir une incidence sur l'offre de soins si les comportements des médecins à âge et sexe donnés restent ceux observés aujourd'hui.

En effet, l'offre de travail est actuellement plus faible pour les nouvelles générations, pour les médecins en fin de carrière, et plus élevée pour les hommes (encadré 3). La féminisation et le renouvellement des générations de la population de médecins libéraux devraient donc conduire à une baisse de l'offre de soins (c'est-à-dire du nombre de médecins converti en ETP) d'une ampleur plus importante que celle des effectifs (graphique 6) : de 23 % (entre 2016 et 2027) pour la première contre 14 % pour les seconds. Si l'on prend également en compte l'évolution de la demande de soins, l'offre libérale rapportée à la demande (la densité standardisée

GRAPHIQUE 5  
 Effectif et densité de médecins en activité à l'horizon 2040 d'après le scénario tendanciel



Note • La densité est standardisée par la dépense en médecins de ville par tranche d'âge. La densité est exprimée en nombre de médecins pour 1000 habitants. Le passage du répertoire ADELI au RPPS en 2012 occasionne une rupture de série.  
 Champ • France entière.  
 Sources • ADELI, RPPS, Projections DREES 2015, INSEE estimations de population, projections de population 2007-2060.

### ENCADRÉ 3 Méthodologie de la déclinaison en volume d'activité

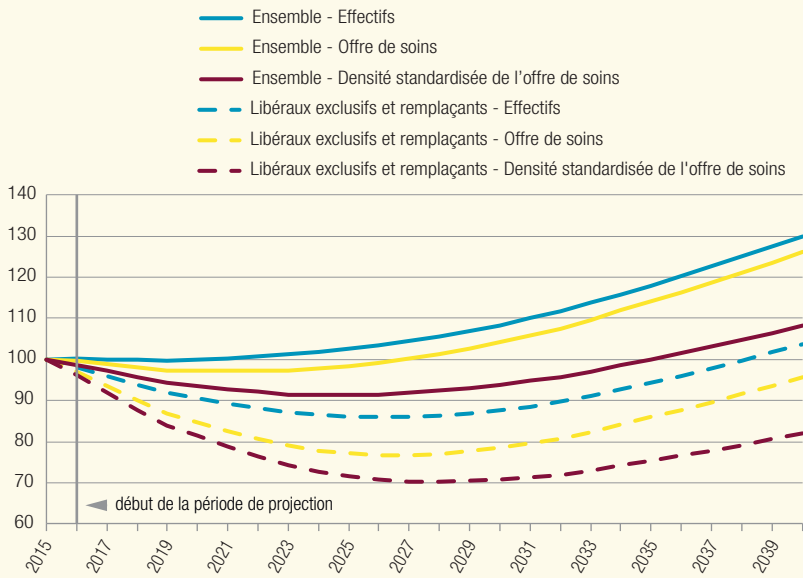
La déclinaison du modèle en volume d'activité s'appuie directement sur les résultats des projections d'effectifs. La méthode diffère selon le mode d'exercice.

Pour les libéraux exclusifs, le volume d'activité est estimé à partir des honoraires hors dépassements et forfaits des médecins issus de l'appariement de 2011 entre les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Cette base associe à chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale et à ses honoraires. On calcule l'honoraire moyen (hors dépassement) des médecins par âge, sexe et spécialité (le croisement de ces trois variables définissant une strate). On rapporte ensuite cet honoraire moyen calculé pour chaque strate à la médiane des honoraires par spécialité. Le rapport ainsi obtenu permet également de capturer l'activité des remplaçants dont les honoraires ne sont pas distingués de ceux du médecin remplacé dans l'appariement CNAMTS-DGFIP. Les remplaçants ne sont donc pas comptabilisés par ailleurs dans les estimations en équivalent temps plein (ETP).

Pour les mixtes, on fait l'hypothèse qu'un médecin ayant un exercice mixte équivaut à un ETP.

Pour les médecins salariés exclusifs, les sources expertisées jusqu'ici ne permettent pas d'estimer le volume d'activité des médecins salariés. Par défaut, on pose donc l'hypothèse qu'un médecin ayant un exercice salarié exclusif équivaut à un ETP.

**GRAPHIQUE 6**  
**Effectifs de médecins, offre de soins, et densité standardisée de l'offre de soins selon le scénario tendanciel**



**Note** • L'offre de soins correspond à des équivalents temps plein (ETP). La densité standardisée est exprimée en nombre d'équivalents temps plein pour 1000 habitants. Les effectifs et densités sont exprimés en base 100 en 2015.  
**Lecture** • Selon le scénario tendanciel, les effectifs de médecins libéraux exclusifs et remplaçants diminueraient de 14 % entre 2015 et 2025, puis augmenteraient pour retrouver le niveau de 2015 en 2038.  
**Champ** • France entière.  
**Sources** • Projections DREES 2015, appariement CNAMTS-DGFIP 2011, EGB-PMSI 2013, calculs DREES.

de l'offre de soins) baisserait même de 30 % entre 2016 et 2027. En 2040, rapportée à la demande, l'offre de soins en médecine libérale serait toujours inférieure de 18 % à celle observée en 2015. Deux facteurs déterminent l'évolution de l'offre de soins globale : la baisse de l'offre libérale compensée en partie par la hausse du nombre de médecins salariés ou mixtes. L'offre de soins de ces derniers est toujours fixée à 1 ETP, quels que soient leur âge et leur sexe, aucune donnée ne permettant pour l'instant d'affiner cette hypothèse. L'offre de soins fournie par l'ensemble des médecins connaîtrait donc des évolutions moins marquées, avec une baisse de l'offre de soins de 3 % (entre 2016 et 2019) et une baisse de la densité standardisée de 9 % (entre 2016 et 2023). Cette dernière retrouverait son niveau actuel vers 2035.

**POUR EN SAVOIR PLUS**

- **Anguis M.**, 2017, « En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.
- **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.
- **Barlet M., Marbot C.**, 2016, *Portrait des professionnels de santé*, coll. Panoramas de la DREES, DREES, avril.

**LA DREES SUR INTERNET**

Retrouvez toutes nos publications sur notre site  
[drees.social-sante.gouv.fr](http://drees.social-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur  
[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution  
[drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Franck von Lennep  
**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara  
**Secrétaires de rédaction** : Sabine Boulanger et Fabienne Brifault  
**Composition et mise en pages** : T. B.  
**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin  
**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens  
**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)  
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •  
 ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384