



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

---

## DOSSIER DE PRESSE

### **Démographie des professionnels de santé :**

Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ?

Combien d'infirmiers en 2040 ?

Un outil de projections d'effectifs de médecins

---

**Contact presse :** Souphaphone Douangdara, 01 40 56 81 97 – [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

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

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



## Sommaire

Introduction.....	p.3
Le profil des médecins en 2018 : effectifs, âge, statut.....	p.4
L'accessibilité aux médecins généralistes.....	p.6
Projections d'effectifs infirmiers .....	p.9
Projections d'effectifs de médecins : un exemple d'application en ligne.....	p.11
La DREES en quelques mots.....	p.13
Les intervenants.....	p.14

La DREES publie deux nouvelles études sur les professionnels de santé. La première décrit la démographie des médecins en 2018 et l'accessibilité géographique aux médecins généralistes. La seconde présente les résultats issus du modèle permettant de projeter le nombre d'infirmiers en activité à l'horizon 2040. En outre, la DREES met en ligne un nouvel outil permettant à tous d'accéder aux projections d'effectifs de médecins en choisissant un jeu d'hypothèses de projection parmi 30 combinaisons possibles.

La DREES réalise chaque année de nombreuses études sur les professionnels de santé afin de décrire leur formation, leur répartition géographique, ainsi que leur activité, leur carrière, leurs conditions d'exercice et leurs revenus. Pour cela, elle rassemble, confronte et analyse les sources disponibles, qu'il s'agisse de fichiers administratifs (Déclarations annuelles de données sociales – DADS), de répertoires spécialisés (Répertoire Partagé des Professionnels de santé – RPPS –, Automatisation DES Listes – Adeli) ou d'enquêtes qu'elle réalise (enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé, panel de médecins généralistes, enquête sur les délais d'attente) ou que le système statistique public produit sur son champ d'observation (enquête sur les Risques psycho-sociaux, enquête Génération).

### Parus :

- « **Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire** », *Études et Résultats*, n°1039, novembre 2017.
- « **Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?** », *Études et Résultats*, n°1035, octobre 2017.
- « **8 000 chirurgien-ne-s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040** », *Études et Résultats*, n°1027, septembre 2017.
- « **En 2015, un tiers des nouveaux chirurgien-ne-s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger** », *Études et Résultats*, n°1026, septembre 2017.
- « **Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014** », *Études et Résultats*, n°1022, septembre 2017.
- « **Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée** », *Études et Résultats*, n°1011, mai 2017.
- « **En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées** » *Études et Résultats*, n°1006, mars 2017.
- « **Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?** » *Les Dossiers de la DREES*, 2017, mai 2017
- Les effectifs des médecins et autres professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers,...) au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sur [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

### À paraître :

- L'insertion des infirmiers sur le marché du travail
- Projections d'effectifs de masseurs-kinésithérapeutes
- L'emploi et les salaires dans la fonction publique hospitalière
- Les résultats des épreuves classantes nationales
- Les revenus des médecins cumulant emploi et retraite
- Premiers résultats issus de l'enquête sur les délais d'attente

## Le profil des médecins en 2018 : effectifs, âge, statut

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, on compte 226 000 médecins en activité, soit 1 500 de plus qu'en 2017 (+0,7 %) et 10 000 de plus qu'en 2012. Depuis six ans<sup>1</sup>, l'effectif de médecins a ainsi progressé de 4,5 %, les effectifs de médecins hospitaliers et de spécialistes (hors généralistes) étant particulièrement dynamique. Le nombre de médecins généralistes, en revanche, stagne. La démographie des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2018 est présentée dans la publication [« 10 000 médecins de plus depuis 2012 »](#) (Anquis M. et al, *Etudes et Résultats*, DREES, n°1061).

### Plusieurs concepts pour le nombre de médecins

La DREES comptabilise les médecins « actifs », c'est-à-dire ayant déclaré au moins une activité en France au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Ce concept inclut les médecins remplaçants, ainsi que ceux qui cumulent emploi et retraite ; il exclut les médecins temporairement sans activité. Il diffère légèrement des concepts définis par le CNOM, d'activité « régulière » (médecins actifs, hors remplaçants et médecins cumulant emploi et retraite) ou « totale » (tous médecins y compris médecins remplaçants et médecins temporairement sans activité, hors médecins cumulant emploi et retraite). Ainsi, selon le CNOM le nombre de généralistes a baissé ces dernières années parce que seuls les médecins « en activité régulière » sont considérés. Contrairement aux chiffres ici présentés, les médecins qui cumulent emploi et retraite et les remplaçants, dont le nombre a fortement progressé ces dernières années, sont exclus des calculs du CNOM.

### 226 000 médecins en activité en France au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Parmi les 226 000 médecins en activité en France, **102 000 sont des généralistes (45 % de l'ensemble) et 124 000 sont des spécialistes hors médecine générale (55 % de l'ensemble)**. Les spécialités qui regroupent les effectifs les plus importants sont la psychiatrie (6,8 % des médecins), l'anesthésie-réanimation (5,1 %), le radiodiagnostic et l'imagerie médicale (3,9 %).

57 % des médecins sont des libéraux. 46 % ont une activité libérale exclusive et 12 % un exercice « mixte » (cumul d'une activité salariée et d'une activité libérale).

### Le nombre de spécialistes augmente tandis que le nombre de généralistes stagne

**Depuis 2012, le nombre total de médecins a progressé de 4,5 %.** Au cours de cette période, le nombre de médecins généralistes a stagné (+0,7 %), tandis que le nombre de spécialistes a progressé de 7,8 %. Parallèlement, le nombre de libéraux n'a pas évolué (+0,04 %), la baisse du nombre de généralistes exerçant en libéral (-2,0 %) a compensé la hausse du nombre de spécialistes libéraux (+2,4 %). Le nombre de salariés et particulièrement de spécialistes salariés a lui fortement augmenté (respectivement +11,1 % et +13,9 %). L'augmentation du nombre de spécialistes et de salariés explique ainsi la hausse des effectifs de médecins au cours des six dernières années.

### Près d'un médecin sur trois a plus de 60 ans

47 % des médecins ont 55 ans ou plus (alors que c'est le cas de 18 % des cadres et professions intellectuelles supérieures) et 30 % ont 60 ans ou plus. L'âge moyen des médecins (51 ans) est élevé car les générations actuellement proches de la retraite sont issues des *numerus clausus* élevés des années 1970 (proches des niveaux actuels, autour de 8 000), tandis que les générations suivantes ont connu des *numerus clausus* plus bas (inférieurs à 4 000 dans les années 1990).

---

<sup>1</sup> C'est l'évolution depuis 6 ans qui est considérée du fait d'une rupture de série en 2012, date à partir de laquelle les médecins sont recensés à travers le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

### 46 % des médecins sont des femmes

Les femmes représentent 46 % des médecins. **Elles sont majoritaires parmi les médecins de moins de 60 ans (52 %)**. Moins représentées parmi les libéraux (38 %), elles sont tout de même les plus nombreuses parmi ceux de moins de 50 ans.

### Les jeunes médecins : une population plus féminisée et plus souvent salariée

Parmi les 8 600 nouveaux médecins inscrits au Conseil national de l'Ordre national des médecins (Cnom) au cours de l'année 2017, 59 % sont des femmes, soit une part bien supérieure à celle qu'elles représentent parmi les médecins en activité (46 %). Cette proportion importante de jeunes médecins femmes observée depuis plusieurs années est à l'origine de la féminisation de la profession au fil du renouvellement des générations.

15 % de ces nouveaux inscrits sont des médecins à diplôme étranger. Parmi ces nouveaux arrivants, près des deux tiers sont des spécialistes salariés.

**63 % des nouveaux médecins sont salariés, soit une proportion nettement plus élevée que parmi l'ensemble des médecins en exercice (43 %)**. Les jeunes médecins libéraux ou mixtes exercent pour les deux tiers d'entre eux en tant que remplaçants (à titre de comparaison, parmi les médecins installés, un médecin libéral ou mixte sur neuf est remplaçant).

## L'accessibilité aux médecins généralistes

La question de l'accès aux soins est omniprésente dans le débat public contemporain. La dimension spatiale, envisagée sous l'angle de la répartition territoriale des professionnels de santé, est une dimension structurante de l'accès : ainsi, c'est l'axe principal du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires lancé en octobre 2017 par le ministère.

### Densité de médecins et temps d'accès : deux indicateurs qui ne suffisent pas pour mesurer l'accessibilité aux médecins

Si la présence d'un professionnel de santé est une condition nécessaire mais non suffisante de l'accès aux soins, reste la question de savoir comment mesurer la présence. Les indicateurs les plus couramment utilisés sont les indicateurs de densité, qui rapportent une offre disponible sur un territoire à la population y résidant. Toutefois, ces indicateurs, très lisibles, présentent un biais important, lié à la taille de maille d'étude retenue : si la maille est trop grosse, l'indicateur de densité calculé va gommer toutes les disparités au sein d'un territoire et considérera comme également dotés l'ensemble des habitants de ce territoire. *A contrario*, travailler à un niveau trop fin équivaldra à considérer les frontières comme parfaitement étanches et à nier tout déplacement d'un territoire à l'autre. Raisonner avec un indicateur de temps d'accès au plus proche résout ce problème mais ne rend pas compte de la disponibilité de l'offre. Ainsi, il prendra la même valeur quel que soit le nombre de patients susceptibles de s'adresser à un professionnel.

### L'accessibilité potentielle localisée : un indicateur qui tient compte de l'offre de soins et des besoins des populations, en s'affranchissant des frontières administratives

Pour remédier à ces limites, la DREES et l'IRDES ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (**accessibilité potentielle localisée**). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins d'une part et des besoins de soins de la population locale en fonction de l'âge d'autre part. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale (car un médecin est considéré comme au moins partiellement accessible tant qu'il exerce à moins de 20 minutes de la résidence du patient, que ce soit, ou pas, sur le même territoire) ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. **Développé en 2012, il a été mobilisé depuis pour définir notamment le cadre national de la construction des zones sous-denses en médecins** (arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique).

L'indicateur d'APL aux médecins généralistes se lit comme une densité et rapporte une offre de consultations disponibles à une demande de soins standardisée. Ce dernier point est particulièrement important car il permet de rendre comparable l'accessibilité de deux territoires ayant des populations d'âges très différents et donc des besoins de soins hétérogènes. Ainsi, dans une situation théorique de deux communes faisant face à la même offre de soins en médecine générale mais ayant des populations respectivement « jeunes » et « âgées », l'APL de la commune la plus jeune sera supérieure car les besoins de cette population sont moindres que ceux d'une population âgée.

### 8,6 % de la population vivent dans une commune sous-dense en médecins généralistes

En prenant en compte le seuil de 2,5 consultations par habitant et par an, **près de 5,7 millions de personnes résident en 2016 dans une commune sous-dense en médecins généralistes**. 9 142 communes sont en situation de sous-densité. Ce sont le plus souvent des communes rurales périphériques des grands pôles ou des communes hors influence des pôles. Toutefois, des espaces urbains sont également touchés : un quart de la

population habitant dans une commune sous-dense en médecins généralistes vit dans un pôle urbain, dont près de 18 % dans l'unité urbaine de Paris.

### **Les personnes âgées n'ont pas moins accès aux médecins généralistes que le reste de la population**

Les personnes âgées de 70 ans ou plus ont 2,3 fois plus recours aux médecins généralistes que les patients les plus jeunes. S'ils avaient des difficultés d'accès géographique aux généralistes, le problème serait donc plus aigu que pour d'autres catégories de population. L'indicateur d'APL montre que ce n'est pas le cas, ils accèdent aussi bien aux généralistes que le reste de la population. Ils représentent en effet 13,3 % des habitants des communes sous-denses, soit un peu moins que leur poids dans la population totale. Cela s'explique par le fait que les deux espaces les plus touchés par la sous-densité (couronnes rurales des grands pôles et unité urbaine de Paris, qui rassemblent à eux deux plus de la moitié de la population résidant en zone sous-dense) sont des espaces dans lesquels les 70 ans ou plus sont relativement moins présents. Les personnes âgées de 70 ans ou plus habitent, au contraire, relativement plus souvent dans les pôles urbains (hors Paris), quelle que soit leur taille, qui sont peu touchés par la sous-densité.

### **Les inégalités interdépartementales de densité de médecins généralistes n'ont pas évolué depuis 1983**

Malgré une démographie médicale très dynamique dans les années 1970, les inégalités territoriales de répartition des médecins n'ont baissé que très lentement : ainsi, entre 1974 et 1983, la variabilité de densité entre départements a baissé de 30 % pour l'ensemble des libéraux, alors que leur effectif a augmenté deux fois plus. **Actuellement, la démographie médicale est beaucoup moins favorable, et pourtant les inégalités entre départements restent comparables à celles des années 1980.** Pour les médecins généralistes, la variabilité des densités départementales est du même ordre de grandeur en 2016 qu'en 1983 (16 % à 18 % en 2016, contre 20 % en 1983) et le nombre de communes où est installé au moins un médecin généraliste est passé de 8 843 en 1981 à 9 595 en 2016.

**En 2016, 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes ;** moins de 0,1 % de la population, soit 52 000 personnes environ, doit parcourir un trajet de 20 minutes ou plus en voiture pour consulter un généraliste. La distribution des temps d'accès au médecin généraliste est aussi similaire à celle observée pour les principaux services de la vie courante (Barbier et al, 2016).

### **Que pensent les Français de leurs médecins ?**

**Fin 2015, les Français ont en grande majorité une opinion très favorable de leurs médecins :** plus de huit personnes sur dix sont satisfaites de la qualité des soins offerts par les médecins généralistes (88 %) [Castell et Denneault, 2017]. Il en est de même pour le niveau d'information donné par leur généraliste sur leur état de santé (87 %) et pour le temps qu'il leur accorde lorsqu'ils vont le voir (84 %).

**Les Français sont plus critiques vis-à-vis de l'accessibilité aux soins :** 29 % pensent qu'à proximité de chez eux, il n'y a pas assez de médecins généralistes et environ la moitié partagent cette idée à propos des médecins spécialistes (47 %). Plus précisément, d'après eux, ce sont d'abord les ophtalmologues (pour un quart des Français) et ensuite les médecins généralistes (pour 18 %) dont il faudrait favoriser en priorité l'installation près de chez eux. Parmi les 20 % de Français qui déclarent manquer de généralistes et de spécialistes, quatre sur dix souhaitent en priorité l'installation de généralistes.

**Le sentiment d'un manque de médecins coïncide relativement bien avec la faible densité de médecins mesurée au niveau communal à l'aide de l'APL.** Ainsi, les personnes vivant dans les zones les moins dotées estiment deux fois plus souvent que celles vivant dans les zones les plus dotées que le nombre de généralistes et de spécialistes installés près de chez eux est insuffisant. Par exemple, moins d'un habitant sur cinq au sein

des communes les mieux loties en généralistes juge qu'il y a une insuffisance de généralistes près de chez lui, contre près de deux sur cinq dans les communes les moins dotées.

#### **Bibliographie :**

- Laura Castell et Céline Dennevault (DREES), 2017, « [Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?](#) », *Études et Résultats*, n°1035, DREES, octobre.
- Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), 2017, « [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) », *Les Dossiers de la DREES* n° 17, DREES mai.
- Noémie Vergier (DREES), 2016, « [Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires](#) », *Études et Résultats*, n°970, DREES, juillet.

## Projections d'effectifs infirmiers

La DREES dispose d'un modèle de projection des effectifs infirmiers en activité, dont les résultats actualisés en 2017 sont présentés dans la publication [« 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins »](#) (Millien C., *Études et Résultats*, DREES, n° 1062).

### Les infirmiers : combien seront-ils en 2040 ?

Les infirmiers représentent aujourd'hui la première profession de santé du point de vue des effectifs avec **plus de 600 000 praticiens en activité**. Leur nombre a progressé de 3 % en moyenne par an entre 2000 et 2016, soit une évolution plus rapide que celle de la population (+0,6 %). Cette augmentation s'explique à la fois par l'allongement des carrières et par une importante hausse des quotas, presque deux fois plus élevés après l'année 2003 qu'ils ne l'étaient avant 2000.

**Le nombre d'infirmiers augmenterait de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers à cette dernière date**, selon les hypothèses du scénario tendanciel, c'est-à-dire le maintien de la législation en vigueur et des comportements des professionnels. Pendant cette période, la population augmenterait moins rapidement (+10 % selon les projections de l'Insee), ce qui entraînerait une poursuite de la hausse de la densité constatée ces dernières années, de 39 % sur la période.

### L'augmentation des effectifs d'infirmiers répondrait aux besoins compte tenu du vieillissement de la population

15 % de la population aura plus de 75 ans en 2040, contre 9 % aujourd'hui. Or, cette tranche d'âge consomme 27 fois plus de soins infirmiers que les personnes de moins de 65 ans. Le besoin de soins devrait donc s'accroître fortement. L'indicateur de « densité standardisée » permet de prendre en compte cet effet. Il rapporte les effectifs infirmiers aux besoins de soins mesurés par une « population standardisée », dans laquelle chaque individu d'une tranche d'âge est pondéré en fonction de sa consommation de soins infirmiers (les plus de 75 ans y compteront ainsi 27 fois plus que les moins de 65 ans). L'hypothèse sous-jacente à cet indicateur est que les besoins de soins infirmiers vont augmenter sous le seul effet du vieillissement mais à âge donné, ils resteront constants dans le temps. Mesurés de cette façon, **les besoins de soins augmenteraient légèrement plus que les effectifs infirmiers, suscitant une baisse modérée (-4 %) de la densité standardisée**.

### Qu'est-ce qu'une projection ?

Un modèle de projection se fonde sur les comportements (l'entrée dans la vie active, le choix du mode d'exercice et d'une région, les changements de mode d'exercice et de région, la cessation d'activité...) observés à partir des données disponibles. Ces comportements sont reproduits dans le futur, appliqués à une population que l'on « fait vivre » année après année.

L'évolution des effectifs dépend de ces comportements mais aussi des **politiques de régulation** (fixation du niveau des « quotas », qui déterminent le nombre de places disponibles en Institut de formation en soins infirmiers –IFSI) ; législation en vigueur, concernant notamment l'âge de départ à la retraite ;...).

- Dans le cadre du « **scénario tendanciel** », les comportements et les politiques de régulation sont supposés constants. Ce scénario constitue une référence : c'est l'évolution qui se produirait si rien ne changeait.
- Des « **variantes** » diffèrent du scénario tendanciel par une seule hypothèse. Elles permettent de mesurer l'impact de ces facteurs sur l'évolution de la démographie des infirmiers, en mettant en évidence l'ampleur de l'effet de ces paramètres et le fait qu'ils jouent à court ou long terme.

**L'exercice consiste donc à projeter des tendances et analyser l'impact des différents paramètres en jeu.**

## Les quotas : un levier puissant et à court terme

Pour analyser la sensibilité des résultats du modèle aux variations des quotas, plusieurs variantes ont été simulées selon laquelle cette seule hypothèse a été modifiée par rapport au scénario tendanciel. **Si les quotas étaient fixés à partir de 2018 à un niveau 10 % inférieur à celui de 2017 (30 900 places), le nombre d'infirmiers augmenterait entre 2014 et 2040 de 44 % (au lieu de 53 % dans le scénario tendanciel) et la densité standardisée d'infirmiers diminuerait de 10 % (au lieu de 4 %).**

Les quotas sont un levier puissant et qui, du fait de la durée des études d'infirmiers, commence à produire ses effets trois ans plus tard. Une modification des quotas en 2018 affecterait ainsi les effectifs infirmiers à partir de l'année 2021. Les quotas sont en particulier susceptibles d'influer sur l'adéquation entre le nombre d'infirmiers et les besoins de soins mesurée par la « densité standardisée ». Pour stabiliser cette densité au niveau auquel les quotas déjà fixés conduisent (sous l'hypothèse de comportements et de législation constants) en 2020, il faudrait établir ces quotas à un niveau légèrement inférieur puis les augmenter entre 2023 et 2030 à un rythme moyen de 3 % par an avant de les stabiliser à un niveau proche de 39 000.

## Vieillesse de la profession et développement de l'exercice libéral

Selon les hypothèses du scénario tendanciel, **l'âge moyen des infirmiers augmenterait de 41 ans en 2014 à 43 ans en 2040**, en raison de l'allongement des carrières mais aussi de la modification de la structure par âge liée à la succession de générations plus ou moins nombreuses du fait des quotas auxquels elles ont été soumises.

En 2040, les infirmiers continueraient d'exercer massivement à l'hôpital public : ce serait le cas de 44 % d'entre eux, une proportion comparable à celle de 2014. **L'exercice libéral en revanche devrait se développer. Ainsi, la part des infirmiers exerçant en libéral passerait de 14 % à 23 % entre 2014 et 2040**, alors que celle des infirmiers n'exerçant ni à l'hôpital ni dans un établissement pour personnes âgées (mais par exemple dans des centres de santé, des établissements pour personnes handicapées) passerait dans le même temps de 23 % à 12 %.

## L'opinion des Français sur l'accès aux soins infirmiers

D'après les résultats du dernier Baromètre de la DREES qui interroge un échantillon de 3 000 personnes représentatif de la population, fin 2017, 7 Français sur 10 pensent que les infirmiers et les pharmaciens peuvent accomplir des tâches à la place des médecins (renouveler des ordonnances, par exemple). Cette opinion a augmenté de 7 points par rapport à 2015.

Les Français sont plus nombreux en 2017 qu'en 2014 à déclarer faire appel à un infirmier (61 % disent avoir fait appel à infirmier contre 54 % en 2014). Concernant la répartition géographique, ils sont satisfaits du nombre d'infirmiers à proximité de chez eux (74 % s'estiment satisfaits, 19 % estiment qu'il n'y a pas assez d'infirmiers, et 1 % pensent qu'il y en a trop). Enfin, 81 % des Français se disent satisfaits de la qualité des soins dispensés par les infirmiers, un résultat stable depuis 2014.

## Bibliographie

- Antunez K. et Papuchon A., « [En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique](#) », Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion DREES 2017, mars 2018.
- BVA, « [Baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale et les inégalités : Principaux enseignements de l'enquête 2017](#) », mars 2018.

## Projections d'effectifs de médecins : un exemple d'application en ligne

La mise en ligne d'un outil proposant les résultats des projections d'effectifs et de densités de médecins calculées par la DREES à l'horizon 2040 permet d'éclairer le débat public sur le sujet de la démographie médicale. Ces données très détaillées à disposition de tous constituent un complément aux publications de la DREES (notamment Bachelet et Anguis, 2017).

Une première version de l'outil mis en ligne sur [dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr) permet à l'utilisateur d'afficher des cartes et tableaux restituant les effectifs et densités de médecins projetés jusqu'en 2040.

L'utilisateur sélectionne :

- un jeu d'hypothèses de projections parmi 30 combinaisons possibles. L'utilisateur peut jouer sur trois leviers : le *numerus clausus* (5 niveaux sont proposés à la hausse ou la baisse par rapport au niveau de 2015 qui s'établissait à 8 000 places), l'âge de cessation d'activité (qui peut être prolongé à l'identique ou décalé d'un an) et le flux de diplômés à l'étranger (les flux actuels - soit 1 500 médecins par an -, une baisse de ceux-ci ou une annulation de ces flux sont proposés).
- Une catégorie de médecin (spécialité, tranche d'âge, sexe, mode d'exercice – libéral, mixte, remplaçant ou salarié).

Des tableaux ou des cartes peuvent être affichés.

- si l'utilisateur souhaite obtenir un tableau, il choisit la zone géographique et sélectionne l'affichage d'effectifs ou de densités. L'écran correspondant à l'affichage d'une carte est le suivant :

### Paramétrage des hypothèses de projection

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

Projections d'effectifs de médecins Outil de projection Documentation

**Hypothèses de projection**

Numerus clausus : 8 000 (scénario tendanciel)

Âge de cessation d'activité : probabilités de départ actuelles (scénario tendanciel)

Flux de diplômés à l'étranger : 1 500 par an (scénario tendanciel)

**Zone géographique**

National

**Types de médecin**

Spécialité : Cardiologie

Modes d'exercice : Tous modes

Tranche d'âge : Tous âges

Sexe : Tous

**Indicateurs**

Effectifs

Densité

Carte Tableau

Sélection des années : Tous les deux ans

Ensemble du territoire national  
Spécialité : Cardiologie  
Mode d'exercice : Tous modes  
Âge : Tous âges  
Sexe : Tous

Hypothèses de projection :  
Numerus Clausus : 8 000 (scénario tendanciel)  
Flux de diplômés à l'étranger par an : 1 500 par an (scénario tendanciel)  
Âge de cessation d'activité : probabilités de départ actuelles (scénario tendanciel)

	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
Cardiologie	6 627	6 666	6 712	6 773	6 828	6 922	7 060	7 201	7 364	7 575	7 821	8 084

Champ : Médecins de moins de 70 ans  
Source : DREES, Projections 2015

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
Ministère des Solidarités et de la Santé - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP  
Retrouvez toutes nos publications sur [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr) et nos données sur [data.drees.sante.gouv.fr](http://data.drees.sante.gouv.fr)  
Contact

Restitution des résultats sous forme de tableau

Sélection de :

- la zone géographique de la projection souhaitée
- du type de médecin (spécialité, âge, sexe...)
- de l'indicateur (effectif ou densité)

- s'il veut afficher une carte, il choisit l'année et le type de médecin souhaités. L'écran correspondant à l'affichage d'une carte des densités est le suivant :

### Paramétrage des hypothèses de projection

### Rappel des hypothèses de projection et du type de médecin sélectionnés par l'utilisateur

The screenshot shows the Drees projection tool interface. At the top, it identifies the 'Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques' and the 'Drees' logo. Below this, there are navigation tabs: 'Projections d'effectifs de médecins', 'Outil de projection', and 'Documentation'. The main interface is divided into several sections:

- Hypothèses de projection:** Includes dropdown menus for 'Numerus clausus' (set to 8 000), 'Âge de cessation d'activité' (set to 'probabilités de départ actuelles'), and 'Flux de diplômés à l'étranger' (set to 1 500 par an).
- Année de projection:** A slider showing the year 2025 selected between 2018 and 2040.
- Types de médecin:** Includes dropdowns for 'Spécialité' (set to 'Ensemble des médecins'), 'Modes d'exercice' (set to 'Tous modes'), 'Tranche d'âge' (set to 'Tous âges'), and 'Sexe' (set to 'Tous').
- Carte / Tableau:** A toggle switch currently set to 'Carte'.
- Répartition par régions des médecins en 2025:** A map of France showing the distribution of doctors by region. A legend on the right lists the selected projection hypotheses.
- Texte descriptif:** A note at the bottom states: 'Lecture : En 2025 en région Centre, il y aurait 240.2 médecins pour 100 000 habitants. Note : Les projections ont été réalisées au niveau des anciennes régions permettant un niveau d'analyse plus fin qu'avec les anciennes. Champ : Médecins de moins de 70 ans. Source : DREES, Projections 2015.'

### Sélection de l'année de projection souhaitée et du type de médecin (spécialité, âge, sexe...)

### Restitution des résultats sous forme de carte des densités par région

### Bibliographie :

- Bachelet M., Anguis M., 2017, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, n° 1011, DREES, mai.

## La DREES en quelques mots

Mise en place par le décret du 30 novembre 1998, la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques** (DREES) a une mission prioritaire : doter ses ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement.

La DREES est un service statistique ministériel (SSM) qui fait partie, avec l'Insee et les autres services statistiques ministériels, du service statistique public (SSP). Son action s'appuie sur un engagement déontologique dont les principes, codifiés et partagés au niveau européen, sont l'indépendance professionnelle, l'engagement sur la qualité, le respect du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité.

Le rôle de la DREES est de fournir des informations fiables et des analyses sur les politiques publiques dans les domaines de la santé et du social. Cela se traduit par six grandes missions :

- Produire des statistiques publiques diffusées à des fins d'information générale ;
- Réaliser des analyses et des études à partir des données produites ;
- Informer les ministères de tutelle des travaux menés et répondre à leurs besoins en information, leur apporter un éclairage statistique par des travaux sur l'impact de mesures et une aide au pilotage des politiques publiques ou des travaux de prospective ;
- Animer et soutenir la recherche ;
- Administrer l'accès aux données de santé et définir les règles de leur mise à disposition à des fins de connaissance, d'étude, de recherche et d'évaluation ;
- Contribuer aux statistiques internationales.

La DREES, en tant que direction de l'administration centrale, agit sous la tutelle :

- Du ministère des Solidarités et de la Santé ;
- Du ministère du Travail ;
- Du ministère de l'Action et des Comptes publics.

## Les intervenants

**Muriel Barlet**, administratrice de l'Insee, est sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie à la Drees. Elle a auparavant exercé d'autres responsabilités d'encadrement à la DARES et à la DREES.

**Hélène Chaput**, attachée principale de l'Insee, est adjointe du bureau des professions de santé de la DREES. Elle a également exercé des fonctions de chargée d'enquêtes et d'études et de cheffe de section à l'Insee.

**Claire Marbot**, administratrice de l'Insee, est cheffe du bureau des professions de santé de la DREES, après avoir exercé des fonctions de chargée d'études et d'adjointe à l'Insee et à la DREES.

**Martin Monziols**, administrateur de l'Insee, est chargé d'études sur la démographie et les pratiques des médecins au sein du bureau des professions de santé de la DREES.