Histoire et démographie médicales

Densité accrue, spécialisation, féminisation, diversification des modes d'exercice et de rémunération caractérisent l'évolution de la médecine durant ces dernières années.

L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures

François-Xavier Schweyer
Professeur à l'ENSP et chercheur au LAPSS

En France, la médecine est une profession instituée. Il est plus facile de dire ce qu'est un médecin, ses caractéristiques, ses activités, ses privilèges mais aussi ses contraintes, que de dire ce qu'est un ingénieur, un professeur ou un cadre. Cette représentation spontanée assez claire est fondée sur le caractère unique et national du diplôme, sur l'inscription à un Ordre, sur un statut bien identifié, et conduit à une perception homogène de la profession médicale. Or, celle-ci a connu des transformations importantes, tant en termes d'effectifs, d'exercice professionnel que de rémunération.

L'essor d'une profession libérale

Depuis la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), le médecin est le seul qui dispose, juridiquement, d'un libre exercice en matière de soins. En effet, la loi réserve l'exercice de la médecine aux seuls titulaires de diplômes habilités : c'est la reconnaissance du monopole d'exercice. À cette époque, la médecine française est en pointe, creuset de la démarche clinique et des avancées de la nouvelle science. Les savants trouvent dans les hôpitaux les corps à observer, nécessaires à l'élaboration des « tableaux cliniques ». La loi reconnaissait aussi, pour un exercice limité de la médecine, les officiers de santé qui assuraient une grande partie de la médicalisation des campagnes. Auxquels s'ajoutaient les nombreux concurrents illégaux. Cette concurrence a fait naître l'idée d'une pléthore médicale dès le XIXe siècle, alors même que le nombre de médecins a diminué de 18 000 en 1847 à 14 800 en 1881. L'unification de la profession médicale s'est faite en 1892, par la loi du 30 novembre qui supprima le corps des officiers de santé. La progression des effectifs médicaux est nette à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle, comme le montre le tableau 1.

Après la seconde guerre mondiale, les effectifs médicaux vont croître fortement et de façon continue. L'attrait de la profession est considérable et le nombre d'étudiants choisissant les études médicales représente près de 10 % des bacheliers au cours des années soixante. Cette progression correspond aussi à une féminisation de la profession. Les femmes représentaient un peu plus de 15 % des étudiants dans les années cinquante, elles étaient 23 % en 1979 et en 1990, 32 % (mais 40 % des diplômés). La densité médicale n'a cessé de croître (tableau 2), sans que les inégalités régionales ne s'atténuent. Bui Dang Ha Doan, spécialiste de la démographie médicale [3], note que les sources statistiques ne sont pas concordantes, ce

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 70

tableau 1

Les médecins sous la IIIe République

	1876	1896	1936
Docteurs en médecine	10 743	13 412	25 930
Officiers de santé	3 633	1 605	112
Total des médecins	14 376	15 017	26 042
Nombre de médecins pour 100 000 habitants	38,9	39	62,7

Source : T. Fillaut, Le système de santé français 1880-1995, Éditions ENSP, 1997.

qui génère un flou problématique tant au plan économique que au plan de la régulation de l'entrée des études, qui est à l'ordre du jour depuis les années soixante-dix, par la création d'un *numerus clausus* dans un contexte de maîtrise des dépenses.

Les évolutions de la pratique médicale

Avant 1940, la pratique médicale est majoritairement un exercice individuel jouissant d'une grande autonomie. Le médecin travaille où il veut, avec les horaires qu'il choisit. Il est maître de son programme de travail, de ses modalités d'exercice et, pratiquement, des modalités de sa rémunération. En un mot, sa pratique quotidienne connaît peu de contraintes et le déroulement de la carrière est très ouvert [14]. La pratique libérale domine. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, une grande majorité (plus de 80 %) des médecins s'installe en cabinet de ville, mais le mouvement de médicalisation du territoire national par l'accroissement de la densité de cabinets libéraux dans l'ensemble des communes est amorcé. Ainsi, 70 % des médecins diplômés avant 1925 se sont installés en milieu urbain (et 24 % en milieu rural), alors que leurs confrères diplômés après 1945 n'ont été que 59 % à s'installer en ville (pour 33 % en milieu rural), selon l'enquête citée. Cette évolution traduit l'effet des nouvelles législations sociales puis de l'extension progressive de la Sécurité sociale, qui ont rendu solvable une clientèle plus large que la seule bourgeoisie urbaine.

Alors même que le nombre absolu de médecins généralistes libéraux s'accroît, s'amorce le déclin du modèle de la médecine générale libérale comme référence unique de la pratique médicale. Plusieurs facteurs y concourent. Le progrès des connaissances médicales et le développement des techniques vont modifier radicalement la pratique médicale en l'associant au développement scientifique d'une part, et aux investissements matériels, d'autre part. Ainsi l'exercice spécialisé en ville est devenu un nouveau mode d'exercice. De même, l'extension du salariat, tout particulièrement après la réforme hospitalière de 1958 qui a créé le plein temps hospitalier, a été un facteur de transformation de la pratique de la médecine. Un autre facteur, essentiel, est encore à mentionner : la généralisation de l'assurance maladie qui a ouvert le marché des soins à tous, en socialisant le risque et en assurant la solvabilité de la clientèle.

La spécialisation et ses effets

La pratique médicale s'est diversifiée et le nombre de spécialités n'a cessé de croître. La spécialisation des médecins n'a été codifiée précisément qu'à partir de 1949, date à laquelle un arrêté du 6 octobre établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance. Le médecin spécialiste est distingué du médecin compétent. Jusqu'alors, un médecin se spécialisait en orientant sa pratique vers une branche spécifique de la médecine, et sa qualité de spécialiste se fondait sur son expérience et sa notoriété. L'exercice spécialisé traduisait une évolution en cours de carrière, une pratique de fait, que la loi du 7 octobre 1940 portant création de l'Ordre des Médecins ne mentionne d'ailleurs pas. En schématisant, on pourrait dire que les médecins s'installaient comme généralistes, et se spécialisaient ensuite pour certains d'entre eux. L'essor des installations de spécialistes s'est affirmé pendant les années cinquante, en un peu moins de dix ans. Beaucoup de médecins en activité se sont inscrits aux nouveaux certificats de spécialité pour acquérir leurs titres de spécialistes. La génération suivante intégrera le projet de spécialisation dès le cours des études médicales et l'installation en cabinet de spécialité se fera dès la fin du cursus de formation. La spécialisation est un phénomène récent et massif [1].

La réforme Debré (1958) a contribué à instaurer un ordre nouveau qui aujourd'hui pose problème. Car la création d'une élite hospitalo-universitaire qui rompt avec la médecine officielle générale et libérale a engendré un éclatement de l'espace professionnel par le développement de savoirs spécialisés approfondis et l'apparition de spécialités officielles, divisant la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées. Au-delà d'une simple division du travail, la spécialisation a officialisé une hiérarchie symbolique de la pratique médicale, concrétisée par une tarification spéciale de l'acte, autrement dit, par une différenciation de la valeur marchande des actes médicaux libéraux [1]. L'inégalité entre généralistes et spécialistes est grande, au point de faire vivre aux premiers une forme

tableau 2

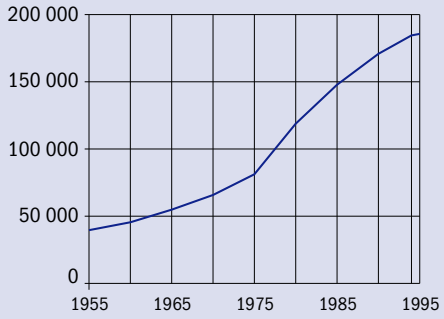
Densité médicale de 1958 à 1997

	nombre de médecins pour 100 000 habitants
1958	97,1
1968	119
1981	197
1990	262
1997	296,8

Source : Annuaires statistiques de la France.

tableau 3

Démographie médicale de 1955 à 1995



Source : Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre.

de souffrance issue d'un sentiment d'illégitimité, partiellement compensé chez certains par une spécialisation marginale en médecines parallèles ou activités obliques, humanitaires ou associatives. Un autre effet de la spécialisation est qu'en l'absence de lieu collectif, la représentation commune de la profession médicale est, en France, très faible. Les clivages politiques qui s'ajoutent à l'éclatement syndical expliquent la logique de surenchère et de contestation qui rend si complexe le jeu des négociations conventionnelles.

Le développement de la médecine salariée et l'avènement de l'hospitalo-centrisme

La profession médicale a toujours affirmé et défendu avec vigueur son statut de profession libérale. Le salariat était vu comme un mode d'exercice attentatoire au modèle libéral. Le paiement de vacations dans les dispensaires, et plus largement dans ce qu'il était convenu d'appeler « la médecine sociale », a été la première forme de salariat. Il s'agissait d'activités à temps partiel complétant l'exercice libéral, et ce mode d'exercice perdure chez nombre de médecins libéraux. L'activité salariée à plein temps ne se développe vraiment qu'à partir des années cinquante. Si l'on excepte les médecins militaires et coloniaux, les premiers médecins salariés à plein temps ont été surtout des médecins conseil de la Sécurité sociale et des médecins inspecteurs, puis des médecins du travail. La réforme de l'hôpital public et la création des CHU en 1958 marquent un tournant dans la pratique médicale salariée. D'une part, les ordonnances de décembre 1958 créent un corps de praticiens hospitaliers à plein temps, qui jouira d'emblée d'une grande notoriété. Pour la première fois, des médecins peuvent faire carrière à l'hôpital public. D'autre part, la réforme s'inscrit dans un mouvement général de modernisation de l'hospitalisation publique, mais aussi privée, qui attirera de nombreux médecins. La création de plateaux techniques modernes va offrir des opportunités pour une pratique médicale de pointe. Dans le secteur privé, la pratique salariée à plein temps est très rare, le mode d'exercice dominant étant la conjugaison d'une pratique libérale de ville et d'une pratique en clinique privée, le plus souvent spécialisée.

Dans le secteur public, l'exercice hospitalier de plein temps peut être de durée limitée, soit en fin de carrière, soit en début de carrière avant l'installation en ville pour les plus jeunes. Cette dernière modalité deviendra d'ailleurs fréquente. Mais réduire la réforme de 1958 à l'essor du salariat serait masquer la crise qui précéda la réforme et la rupture qu'elle consacra. Après avoir inventé la clinique moderne, la médecine française stagnait et accusait un retard significatif. Le système d'apprentissage de la clinique, définie comme art, sur-valorisait la proximité culturelle entre l'élève et le maître, et a engendré un immobilisme culturel et la pratique du népotisme. Mais, surtout, elle écarta les sciences fondamentales en plein développement. La réforme de 1958 rompit avec cet ordre ancien, et réforma l'enseignement de la médecine pour promouvoir les disciplines fondamentales (comme la biologie). En offrant des carrières de « temps plein hospitalier » elle dénoua le lien entre activité thérapeutique et rendement économique, ce qui permit un réinvestissement dans les activités de recherche.

Après avoir connu un développement exceptionnel, il semble que le modèle des CHU créé en 1958 appelle aujourd'hui une réforme inévitable [15]. La triple activité simultanée de soin, d'enseignement et de recherche, concevable à l'époque, est, au regard des progrès techniques, illusoire. L'hyperspécialisation a conduit à gérer des malades-dossiers, ce que rejettent les patients d'aujourd'hui qui entendent être reconnus comme usagers sinon comme sujets. La croissance des coûts, le manque de transparence, l'hétérogénéité entre secteur privé et secteur public amènent à s'interroger sur la redéfinition de la médecine même.

La rémunération des médecins

Si la mission du médecin se définit comme altruiste, « pour le bien du patient », la relation entre le médecin et le malade est aussi une relation d'argent. La rémunération des médecins obéit à plusieurs logiques et on peut dire que l'économie de la pratique médicale en France a une histoire longue et tumultueuse [13]. L'évolution générale de la société française et la constitution progressive de l'État-providence ont modifié profondément les modes de rémunération des médecins. Très schématiquement, trois périodes peuvent être distinguées.

Avant la première guerre mondiale, le régime des honoraires libres prévaut. Selon l'usage en milieu rural, mais pas seulement, le paiement se faisait une fois l'an, ou était souvent différé, des « notes d'honoraires », dont le montant pouvait varier en fonction des moyens du destinataire, étant adressées aux clients. Certains payaient en nature ou ne payaient pas, imposant par là la pratique des soins gratuits. À partir de 1881, les « sociétés médicales » définissent des « tarifs syndicaux » qui sont facultatifs et perçus comme des tarifs minimums. La loi qui institua en 1893 l'assistance médicale gratuite, et les lois d'assistance ultérieures, fixèrent des tarifs à l'acte dont l'usage resta toutefois limité. Les médecins réclamèrent en outre le « libre choix » des accidentés du travail, des indigents ou des bénéficiaires des sociétés de secours mutuel.

Le développement des assurances sociales, dans les années vingt, ouvre une deuxième période. Le retour de l'Alsace Moselle à la France a incité les gouvernements de l'époque à instaurer des assurances sociales comme en avaient connu ces trois départements sous le régime bismarckien. Un plus grand nombre d'individus pouvait accéder aux soins par la mise en place d'un « tiers payant ». Mais les médecins prirent position, au nom de l'idéologie libérale de la profession, contre l'État et les principes mettant en cause

« l'entente directe ». En 1927, les syndicats médicaux se réunissant en une nouvelle Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) votent, lors du premier congrès une charte médicale qui scelle les principes libéraux de la profession (libre-choix, entente directe, liberté thérapeutique, secret professionnel). Un premier texte de loi est présenté en 1928, mais ne sera adopté, après un débat d'une rare intensité, qu'en 1930, avec l'adoption du principe de l'entente directe.

La troisième période est celle du « grand tournant de la médecine libérale », selon l'expression d'Henri Hatzfeld. Dès la création de la Sécurité sociale par les ordonnances de 1945, le principe de « conventionnement » entre les syndicats médicaux et les caisses régionales d'assurance maladie prévoit la définition de « tarifs » qui seraient « opposables » c'est-à-dire imposés, signant la fin de l'entente directe. Mais le système ne fonctionne pas et c'est pourquoi un projet de loi (projet Gazier) promouvant un dispositif plus rigide est voté contre l'avis des médecins, en 1957. Mais il ne sera jamais appliqué à cause du changement de République. Le conventionnement sera finalement imposé aux médecins par décret en mai 1960, sur la base d'une entente collective et d'un paiement direct à l'acte.

En conclusion, on peut dire que l'évolution de la pratique médicale, formulée par les médecins en termes de « crise », est significative de la transformation des métiers traditionnels. La démocratisation des soins et l'intervention de l'État rendent progressivement caduque l'autonomie de la profession. ■

Quelques coupes à travers le corps médical français

Emmanuel Vigneron
Professeur, Geos-Université Montpellier III, Directeur scientifique du groupe de Prospective Territoires et Santé de la Datar.
Jean-Paul Aïta
Geos, Université Montpellier III
José Cascalès
Geos, Université Montpellier III

Les disparités géographiques françaises de l'offre de soins sont aujourd'hui bien connues. Ici même, elles ont été décrites (cf. ***adsp*** n° 19 et n° 29). Par ailleurs, de nombreux ouvrages leur ont été consacrés au point de devenir une connaissance admise par tous et intégrée au débat public. Les recommandations des Conférences Nationales de Santé depuis 1996, nourries par un rapport du HCSP en 1998, en témoignent comme le font tous les ouvrages généraux importants parus ces dernières années, de Gilles Johannet à Jean de Kervasdoué en passant par de nombreux discours de responsables divers et de… ministres. C'est devenu aujourd'hui un impératif d'aménagement du territoire dont la Datar s'est saisi.

Les principales caractéristiques de ces disparités méritent d'être rappelées :

- à l'abondance du Sud, de Paris et des départements de la première couronne s'oppose la rareté des départements du Nord, du Nord-Ouest et du Nord-Est ;
- cette opposition, centenaire, se double d'une opposition ville-campagne, tout aussi ancienne, très forte en ce qui concerne les spécialités ;
- plus récemment est apparue, en relation avec le phénomène de métropolisation, une nouvelle dichotomie entre les départements abritant les plus grandes villes du pays où l'offre se concentre et tous les autres où elle se raréfie relativement ;
- ces oppositions sont d'autant plus fortes qu'elles concernent la quasi-totalité des segments de l'offre de soins, hospitaliers et ambulatoires, somatiques et psychiques, médicaux et paramédicaux. Tel n'est toutefois pas le cas de l'offre médico-sociale pour laquelle, le Midi est nettement moins favorisé ;
- ces configurations sont à l'inverse de celles de la mortalité et de la morbidité. Mais il n'existe pas de relation statistique claire entre offre et besoins. Cela est peut-être lié au fait que, passé un certain seuil, il semble bien que l'augmentation des densités de l'offre ne s'accompagne plus d'une augmentation corrélative de l'état de santé.

Pour autant, ces disparités géographiques sont perçues de manière purement quantitative à partir de mesures de desserte ou de densité. Pour qu'elles ne constituent pas une sorte d'observation lancinante admise mais sans utilité pour l'action, il importe désormais de les dépasser en nourrissant l'analyse de faits plus qualitatifs. On abordera ici cet objectif, de façon limitée, au moyen d'analyses statistiques multidimensionnelles portant sur quatre aspects originaux :

- la démographie médicale,
- la densité médicale par spécialité,
- le revenu des praticiens spécialistes et généralistes,
- la production d'actes des spécialistes et des généralistes.

Cette approche sera effectuée à l'échelle départementale pour l'année 1998 d'après les données de la Cnamts. Les limitations liées au taux de couverture par le régime général ne jouent pas dans ce genre d'analyse typologique. En revanche, on prendra garde de considérer que ces analyses ne concernent que le seul exercice libéral de la médecine.

Jeunes et vieux, femmes et hommes : la figure du médecin est variée

- Quoi qu'on fasse, il y a Paris et les autres. Le département de la Seine constitue un type complètement à part caractérisé par l'abondance relative des spécialistes les plus âgés. C'est là l'héritage d'un temps pas si ancien où, en raison de leur rareté en province, on allait, qu'on vienne de St-Flour, d'Épernay ou d'Avignon, à Paris pour consulter un grand spécialiste.
- Les trois départements du sud et de l'ouest parisien