

N° 145 • novembre 2001

Le nombre de médecins salariés, d'attachés et d'internes travaillant à temps plein dans les hôpitaux est resté globalement stable depuis quinze ans, aux alentours de 100 000.

La hausse des effectifs médicaux, notamment salariés à temps plein, a été sensible et continue (+25 % entre 1984 et 2001).

A contrario, est intervenue dans le même temps une baisse du nombre d'étudiants stagiaires ou internes des hôpitaux. Désormais, la quasi-totalité des jeunes spécialistes commencent leur carrière à l'hôpital. La durée de cette carrière à l'hôpital atteint seize ans en moyenne, avec peu de changement depuis 1984.

Ces deux phénomènes contribuent à expliquer la hausse du nombre et de la proportion de médecins salariés hospitaliers parmi les spécialistes observée depuis 1992.

Annick VILAIN et Xavier NIEL
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

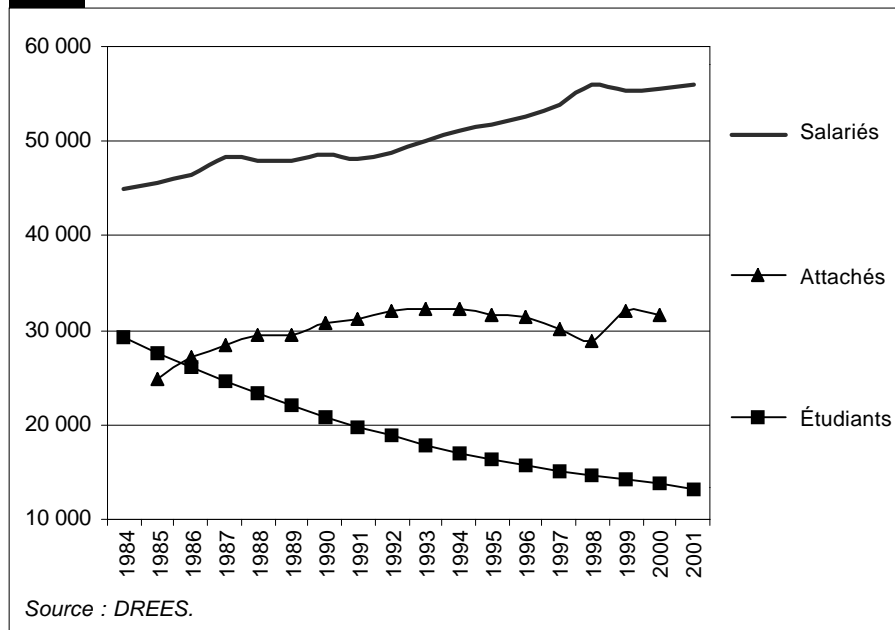
Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80

Davantage de débuts de carrière à l'hôpital

Le nombre total de médecins salariés, d'attachés et d'internes travaillant à l'hôpital est resté globalement stable, aux alentours de 100 000 depuis une quinzaine d'années. Mais la structure du personnel médical soignant a profondément changé : le nombre de médecins salariés a crû régulièrement, passant de 45 000 au début de l'année 1984 à 56 000 au 1^{er} janvier 2001 (graphique 1). Le nombre d'attachés a, de son côté, augmenté, mais dans une moindre mesure, passant d'environ 25 000 à presque 32 000 depuis les années 1992-1993, sans que l'on puisse chiffrer l'évolution du nombre total de vacations que cela représente. Au contraire, le nombre d'étudiants effectuant des stages dans les hôpitaux (internes, et CES pour les années antérieures à 1991) a diminué, passant d'environ 29 000 en 1984 à 13 000 actuellement (voir encadré 1 pour les définitions et les champs retenus).



G.01 effectifs de médecins salariés ou d'attachés travaillant dans les hôpitaux et d'étudiants de troisième cycle effectuant des stages dans les hôpitaux



Une augmentation des effectifs de médecins salariés, surtout sensible pour les spécialistes

Si l'on s'intéresse aux seuls médecins salariés, le nombre de médecins travaillant à l'hôpital a augmenté de 25 % entre 1984 et 2001 de façon régulière et continue au cours de la période. Cette hausse globale des effectifs ne s'est toutefois pas traduite de la même façon selon les spécialités.

Après avoir baissé entre 1984 et 1990, le nombre de généralistes à l'hôpital s'est stabilisé : environ 15 000 omnipraticiens exercent actuellement à l'hôpital en tant que salariés. La progression des effectifs médicaux salariés a donc surtout concerné les spécialistes (graphique 2). Ce sont les spécialités médicales (cardiologie, gastro-entérologie etc.), la gynécologie obstétrique et la pédiatrie qui ont le plus progressé à l'hôpital. En revanche, le nombre de psychiatres hospitaliers tend à se stabiliser depuis quelques années et le nombre d'anesthésistes décroît légèrement. Globalement, les hôpitaux salarient actuellement plus de 41 000 spécialistes, soit 14 000 de plus qu'en 1984 (50 % d'augmentation en dix-sept ans).

Si l'augmentation des effectifs médicaux hospitaliers a été continue depuis quinze ans, l'augmentation de leur part parmi l'ensemble des médecins en exercice (libéral ou mixte, salarié hospitalier ou salarié d'un autre secteur) est en revanche plus récente : ce n'est que depuis 1992 que le nombre de médecins salariés de l'hôpital augmente plus vite que celui des médecins libéraux. De telle sorte qu'après être passée de 32 % en 1984 à 27 % en 1992, cette part s'est désormais stabilisée à un peu moins de 29 % (graphique 3).

Une baisse du nombre d'étudiants stagiaires ou internes

Contrairement à celui des médecins salariés, le nombre d'étudiants

E.1

Champs et définitions

Depuis la réforme des études médicales de 1984, les internes sont, dans cette étude, les étudiants qui, après leur sixième année de médecine, sont tenus d'effectuer des stages semestriels à l'hôpital dans le cadre de leur troisième cycle, qu'ils soient futurs généralistes (résidents) ou spécialistes (internes de spécialité). Avant cette réforme, les étudiants en médecine pouvaient obtenir la qualification de spécialiste par le biais de l'internat ou en validant des stages hospitaliers en vue d'obtenir le CES (certificat d'études spéciales). Les deux systèmes ont coexisté de 1984 à 1991, date où les derniers CES, devenus alors extrêmement rares, ont été délivrés. Les étudiants dont il est question dans la première partie de cette étude sont ceux issus des deux systèmes, internes et CES. La série présentée ici est une estimation provenant de la confrontation des séries de l'enquête annuelle SAE auprès des établissements, de l'enquête Emploi de l'INSEE auprès des ménages, des statistiques du ministère de l'Éducation et du cumul du nombre de postes offerts aux concours de l'internat.

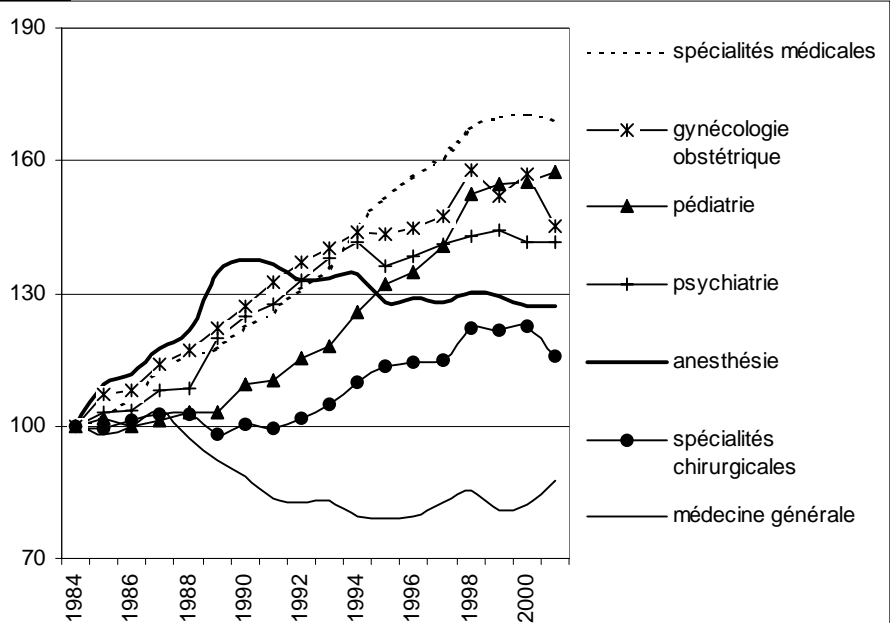
Les attachés des hôpitaux sont des médecins exerçant une activité hospitalière et pouvant également exercer une autre activité, salariée ou libérale de ville. La durée de fonction hospitalière est d'un an renouvelable sous formes de vacations de demi-journées. La série présentée ici provient de la SAE. Seuls les attachés à temps partiel sont ici pris en compte (95 % des effectifs d'attachés), les attachés à temps plein travaillant exclusivement à l'hôpital étant comptés comme salariés exclusifs.

Les médecins salariés regroupent tous les médecins exclusivement salariés dont l'activité principale est hospitalière. Les données sont issues des répertoires ADELI redressés depuis 1984 jusqu'en 2001 (voir Document de travail n° 22 : « Les médecins de 1984 à 2000 », pour plus de précisions sur les redressements). Les médecins libéraux exerçant en clinique privée ne sont pas pris en compte ici (5 434 en 2001). Les médecins ayant une activité mixte (libérale et salariée hospitalière) ne sont pas non plus comptés sous cette rubrique, mais mis avec les libéraux. Les médecins salariés des hôpitaux privés (principalement PSPH) sont en revanche dans le champ de l'étude (6 712 en 2001). Des rares doubles comptes sont possibles avec la série des attachés de la SAE : il s'agit des attachés à temps partiel mais n'ayant par ailleurs aucune activité libérale. Cela peut toucher les attachés hospitaliers à temps partiel n'ayant aucune autre activité que l'hôpital, ou ayant une autre activité salariée.

associés au travail hospitalier a sensiblement diminué depuis 1984. D'une part, la baisse du *numerus clausus* (passé de plus de 7 000 au début des années 80 à environ 3 500 au milieu des années 90) a diminué le nombre total d'étudiants. D'autre part, la réforme des études médicales de 1984 a modifié les conditions d'obtention de la qualification de spécialiste, entraînant la disparition du certificat d'études spéciales (CES). Le nombre d'étudiants préparant un CES, et effectuant dans ce cadre des stages dans les hôpitaux, a alors progressivement diminué, jusqu'à disparaître en 1991. Enfin, le nombre de postes d'internes de spécialité a lui aussi diminué, accompagnant la baisse du *numerus clausus*. Si l'on cumule les promotions de résidents (internes de médecine générale effectuant des stages à l'hôpital pendant deux ans et demi) et d'internes de spécialité (pendant quatre à cinq années de stages selon la spécialité), il y aurait actuellement environ 13 000 étudiants associés au travail de l'hôpital, contre à peu près 30 000 stagiaires au début des années 80.

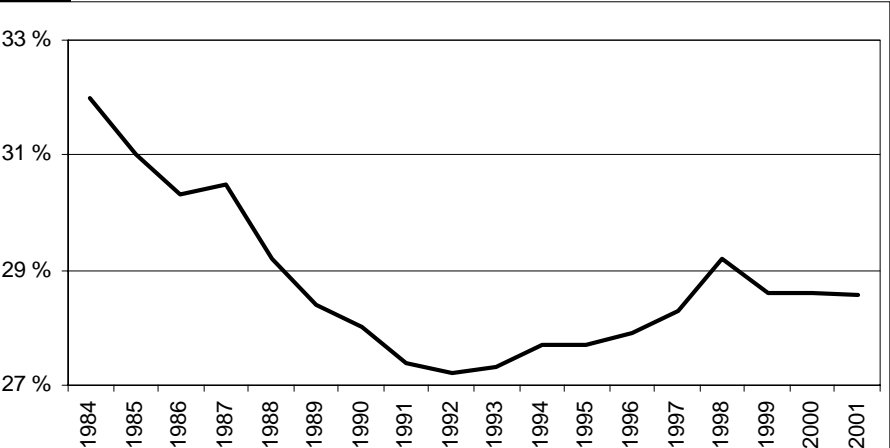
La répartition par discipline de ces étudiants a, en revanche, assez peu changé pour les disciplines numériquement les plus importantes : 25 % de généralistes, 40 % de spécialités médicales (radiologie, cardiologie, dermatologie etc. dont anesthésie et pédiatrie, récemment isolées comme disciplines d'internat), 20 % de spécialités chirurgicales (dont ophtalmologie, ORL et stomatologie mais également gynécologie obstétrique, également isolée désormais comme discipline d'internat). La proportion d'internes en psychiatrie a baissé (7 % des étudiants travaillant actuellement à l'hôpital, contre 9 % en 1992) au profit des internes en santé publique ou en médecine du travail. Il en est de même pour les internes en biologie qui ont vu leur part bais-

G.02 évolution des effectifs hospitaliers par discipline (base 100 en 1984)



Lecture : au 1^{er} janvier 2001, le nombre de médecins spécialisés dans une spécialité médicale, salariés de l'hôpital a augmenté de 70 % par rapport à 1984.
 Source : DREES.

G.03 part des salariés hospitaliers parmi l'ensemble des médecins



Lecture : les médecins salariés de l'hôpital représentent 28,6 % de l'ensemble des médecins au 1^{er} janvier 2001.
 Source : DREES.

ser alors que le nombre de pharmaciens biologistes augmentait.

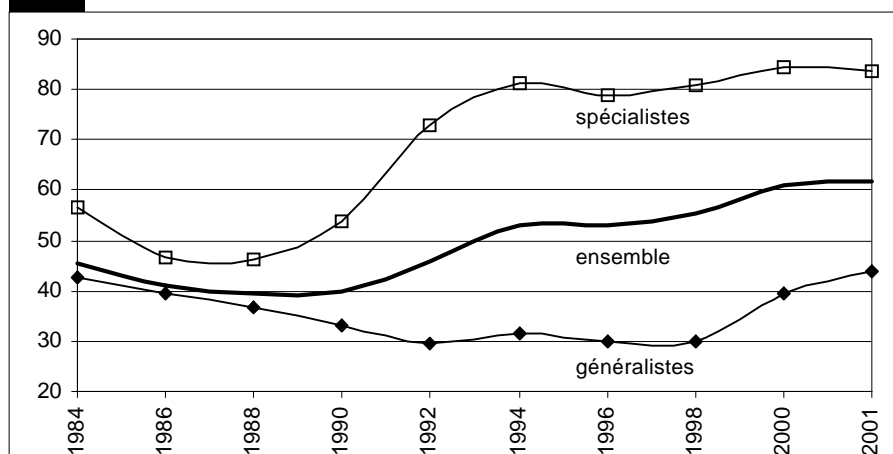
Diminution du nombre d'internes et augmentation du nombre de médecins salariés sont allés de pair depuis une quinzaine d'années. Deux phénomènes ont en particulier contribué à cette augmentation des médecins spécialistes salariés de l'hôpital : d'une part les jeunes y débu-

tent plus qu'auparavant, et d'autre part ils n'y restent pas moins longtemps que leurs aînés.

Les jeunes diplômés ont plus souvent l'occasion de débiter à l'hôpital...

La part des salariés hospitaliers parmi les nouveaux diplômés est en

G.04 part des salariés hospitaliers
parmi les nouveaux diplômés (des deux dernières années)



Lecture : au 1^{er} janvier 2001, 84 % des spécialistes diplômés en 2000 ou en 1999 exercent à l'hôpital comme salariés.

Source : DREES.

T.01 part des salariés hospitaliers
parmi les diplômés des deux dernières années

Discipline	1984	1988	1992	1996	2000	2001
Total médecins	46	39	46	53	61	62
Généralistes	43	37	30	30	39	44
Spécialistes	56	46	73	79	84	84
<i>dont</i>						
Gynécologie obstétrique	58	50	72	84	95	94
Spécialités chirurgicales	47	30	71	87	93	89
Anesthésie	88	78	81	88	88	86
Psychiatrie	57	49	80	85	88	86
Spécialités médicales	54	49	72	77	84	84
Pédiatrie	48	45	70	78	79	79
Biologie médicale	44	34	66	56	66	61
Non prescripteurs	-	23	63	39	46	50

Lecture : au 1^{er} janvier 2001, 62 % des médecins diplômés en 2000 ou en 1999 exercent à l'hôpital comme salariés.

Source : DREES.

augmentation très nette depuis le début des années 90. La création de nombreuses places de « post-internat » (assistants) et l'obligation d'exercer plusieurs années à l'hôpital avant de s'installer en secteur à honoraires libres semblent, à cet égard, avoir modifié le comportement des nouveaux médecins, à qui l'opportunité est de plus en plus souvent offerte de commencer leur carrière à l'hôpital. 61 % des médecins diplômés depuis moins de deux ans débute désormais à l'hôpital alors que ce n'était le cas que pour 40 % d'entre eux en 1990 (graphique 4).

Cette augmentation contraste avec la période de baisse observée dans les années 80, où le nombre de postes hospitaliers n'était pas aussi élevé et où l'installation en libéral se trouvait privilégiée. Cette croissance, particulièrement marquée au début des années 90, est exclusivement le fait des jeunes spécialistes : ils sont plus de 80 % à débiter à l'hôpital depuis 1994 contre 45 % à la fin des années 80. L'attrait de l'exercice hospitalier pour les généralistes est en revanche beaucoup plus récent et reste limité.

... quelle que soit leur spécialité

Cette augmentation de la proportion de jeunes médecins qui commencent leur carrière à l'hôpital se manifeste à partir des années 90 dans pratiquement toutes les disciplines (tableau 1). Elle est particulièrement marquée en gynécologie obstétrique, en psychiatrie et parmi les spécialités chirurgicales, où environ neuf nouveaux diplômés sur dix s'orientent désormais vers l'hôpital au début de leur carrière, au lieu de trois à cinq sur dix en 1988.

Après avoir beaucoup augmenté entre 1988 et 1996, l'exercice à l'hôpital s'est au contraire stabilisé pour la pédiatrie (huit nouveaux diplômés sur dix depuis 1996) et a peu évolué pour l'anesthésie où il a toujours été élevé (huit à neuf nouveaux diplômés sur dix depuis 1984).

Des débuts à l'hôpital plus fréquents pour les hommes et pour les étrangers

Le choix du mode d'exercice est bien évidemment lié à la discipline d'exercice, certaines s'exerçant principalement en milieu hospitalier, comme l'anesthésie, et d'autres très peu comme la médecine générale. Mais d'autres caractéristiques, apparemment également liées, interviennent aussi : le sexe, la région, la taille d'unité urbaine, la nationalité et le fait d'avoir ou non obtenu son diplôme dans la région d'exercice (tableau 2).

Ainsi, en 2001, parmi les jeunes diplômés, 55 % des femmes et 68 % des hommes commencent leur exercice comme salariés de l'hôpital. Selon la discipline, cette proportion varie de 44 % en médecine générale à plus de 90 % en gynécologie obstétrique. L'aspect géographique intervient également. Le nombre de postes ouverts aux diplômés étant très différent selon la taille de l'hôpital, seuls 14 % des jeunes médecins qui débute dans des communes rurales

T 02 proportion de médecins s'installant à l'hôpital parmi les jeunes diplômés, en 2001 et en 1988

	2001		1988	
	Proportion observée en %	Écart, en points, « toutes choses égales par ailleurs »	Proportion observée en %	Écart, en points, « toutes choses égales par ailleurs »
Moyenne	62		39	
Hommes	68	Réf	41	Réf
Femmes	55	-7	37	-5
Français	58	Réf	39	Réf
Étrangers	91	24	57	17
Généralistes	44	Réf	37	Réf
Gynécologues obstétriciens	94	30	45	8
Spécialistes chirurgicaux	89	27	31	-7
Anesthésistes	86	27	79	42
Psychiatres	86	27	51	15
Spécialistes médicaux	84	26	47	10
Pédiatres	79	23	42	7
Biologistes	61	13	45	7
Non prescripteurs	50	7	25	-11
Île-de-France	69	Réf	44	Réf
Sud-Ouest	48	-24	29	-12
Autres régions	61	-12	39	-5
Ville de plus de 5 000 habitants	65	Réf	41	Réf
Communes rurales ou de moins de 5 000 habitants	14	-46	14	-23
Diplômés dans la région d'exercice	57	-16	41	9
Diplômés dans une autre région	73	Réf	31	Réf

Lecture : en 2001, 62 % des médecins diplômés depuis deux ans s'installent à l'hôpital. C'est le cas de 68 hommes sur 100 et de 55 femmes sur 100. Mais cet écart de 13 points s'explique surtout par le fait que, par exemple, les hommes sont plus nombreux parmi les anesthésistes ou les chirurgiens, qui s'installent principalement à l'hôpital. À spécialité identique, et à nationalité, région d'origine, région d'exercice et tranche d'unité urbaine également identiques, les femmes s'installent moins à l'hôpital que les hommes mais l'écart n'est que de 7 points.

Source : DREES.

ou de moins de 5 000 habitants font ces débuts dans un hôpital, alors que cette proportion s'élève à 65 % dans les villes de plus de 5 000 habitants. De même, la proportion de ceux qui s'installent à l'hôpital en Île-de-France est supérieure de 21 points à celle observée dans les régions du Sud-Ouest, où les médecins s'installent plus volontiers directement dans l'exercice libéral.

Les médecins qui exercent dans une autre région que celle où ils ont été diplômés sont proportionnellement plus nombreux à exercer à l'hôpital que ceux qui se sont installés dans leur région de formation. Il est vraisemblable que les « migrations » des jeunes diplômés soient plus fréquentes lorsqu'un poste hospitalier leur est offert, alors que les praticiens libéraux ont davantage tendance à s'installer à proximité de leur lieu de

diplôme. La réforme de l'internat des années 80 entraînant de nombreux flux d'étudiants du deuxième au troisième cycle semble être à l'origine de ce phénomène. En effet, en 1988, les médecins exerçant dans une autre région que celle où ils ont été diplômés étaient proportionnellement moins nombreux à exercer à l'hôpital que ceux qui restaient sur place, ce qui n'est plus le cas actuellement (tableau 2).

Une partie importante des écarts de comportements d'installation en début de carrière s'explique par des effets de structure, liés notamment à la spécialité exercée : ainsi, si l'on observe que les femmes exercent moins souvent à l'hôpital que les hommes, c'est, en partie, car elles sont moins souvent gynécologues obstétriciennes ou chirurgiennes, disciplines plutôt exercées à l'hôpital. D'autres biais

du même type peuvent apparaître si l'on ne considère pas la nationalité, la région d'exercice ou celle du diplôme.

En construisant un modèle qui contrôle toutes ces variables simultanément, on estime qu'une femme a effectivement moins tendance à débiter à l'hôpital qu'un homme de même nationalité, exerçant la même spécialité au sein d'un hôpital du même type et de même localisation, mais l'écart n'est que de 7 points, contre 13 mesurés auparavant (tableau 2).

De la même façon, si les gynécologues obstétriciens exercent plus souvent à l'hôpital que les généralistes, c'est en grande partie parce qu'ils sont plus souvent dans des zones urbaines, et plus souvent des hommes. De ce fait, la probabilité de s'installer à l'hôpital est supé-

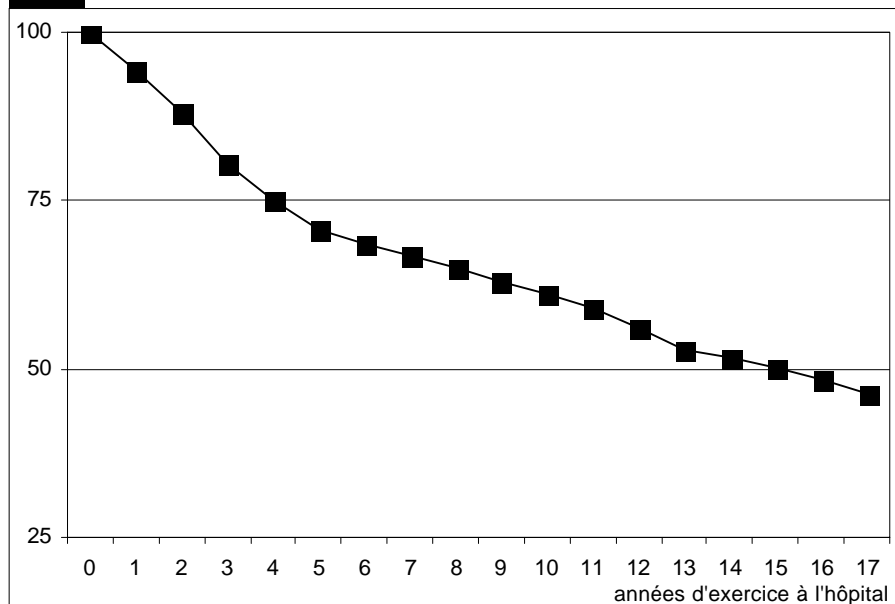
rière, « toutes choses égales par ailleurs », de 30 points pour un gynécologue, alors que, entre l'ensemble des gynécologues obstétriciens et l'ensemble des généralistes,

50 points d'écart étaient observés (tableau 2).

La modélisation atteint toutefois ses limites pour comparer les médecins étrangers et français, car les jeu-

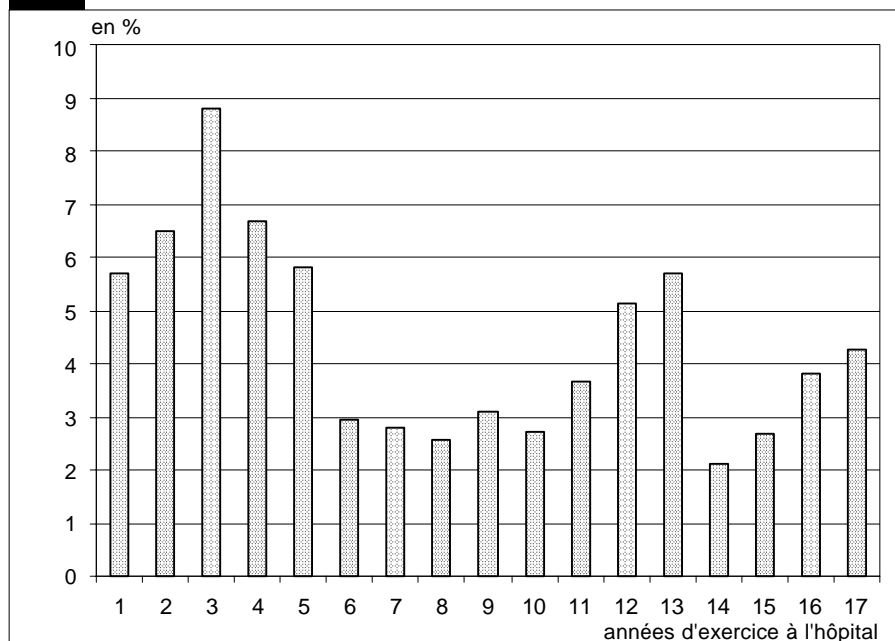
nes médecins étrangers diplômés d'une spécialité n'ont actuellement le choix qu'entre l'hôpital et l'exercice salarié non hospitalier, alors que leurs homologues français peuvent également opter pour l'exercice libéral.

G.05 proportion de médecins qui continuent d'exercer à l'hôpital, pour une promotion de 100 nouveaux hospitaliers, selon l'ancienneté



Lecture : sur 100 médecins qui débutent à l'hôpital, 75 % y exercent plus de quatre ans.
 Source : DREES.

G.06 taux de sortie de l'hôpital des médecins selon leur ancienneté



Lecture : près de 6 % des médecins qui exercent à l'hôpital à la sortie de leurs études changent d'activité au bout d'un an d'exercice. C'est le cas de 2 % de ceux qui ont passé 14 ans à l'hôpital.
 Source : DREES.

Des changements de comportements d'installation surtout liés à des modifications réglementaires

Entre 1988 et 2001, les changements de réglementation ont induit des modifications importantes des comportements d'installation. Par exemple, la réforme de l'internat, en diminuant le nombre d'internes et de stagiaires de l'hôpital, a incité les hôpitaux à multiplier le nombre de postes d'assistants pour la plupart des spécialités. De ce fait, alors que seuls les psychiatres et surtout les anesthésistes débutaient auparavant très fréquemment à l'hôpital, quasiment tous les jeunes spécialistes y commencent désormais leur carrière (tableau 2). Ces postes d'assistants étant naturellement plus nombreux dans les hôpitaux des grandes villes, l'installation en hôpital dans les communes rurales et les villes de moins de 5 000 habitants est, toutes choses égales par ailleurs, moins fréquente qu'auparavant.

D'autre part, les médecins de nationalité étrangère débutent actuellement pratiquement tous à l'hôpital (contre six médecins français sur dix). En 1988, ce n'était le cas que pour seulement six sur dix d'entre eux, les autres choisissant d'exercer la médecine générale en cabinet. En effet, les autorisations permettant le plein exercice de la médecine libérale étaient à cette date attribuées à plus de médecins étrangers qu'actuellement. D'autre part, le statut de praticien adjoint contractuel (PAC), créé en 1993, a contribué à stabiliser l'exercice hospitalier pour les médecins étrangers.

**Une durée d'exercice à l'hôpital
 de 16 ans en moyenne,
 stable depuis 1984**

Les médecins qui s'installent comme salariés hospitaliers restent en moyenne seize ans à l'hôpital. 25 % de ceux qui ont débuté leur carrière à l'hôpital y ont toutefois exercé moins de cinq ans (graphique 5 et encadré 2 pour la méthode). La fréquence des départs vers une activité principale non hospitalière ou libérale varie selon l'ancienneté (graphique 6). Ces départs concernent environ 6 % des médecins lors de la première année, et deviennent de plus en plus fréquents jusqu'à la troisième année d'exercice (9 % des médecins encore à l'hôpital). Ces départs après trois années sont particulièrement fréquents dans les hôpitaux privés PSPH (12 % contre 8 % dans le public), et sont davantage le fait des hommes (10 %) que des femmes (7 %).

Passés cinq ans d'exercice, les médecins qui continuent d'exercer à l'hôpital (c'est-à-dire 70 % des médecins qui s'y sont initialement installés) ont en général tendance à y rester, en moyenne, jusqu'à leur douzième année d'exercice, où un nouveau pic de départs peut s'observer. Malgré ces départs, la moitié des médecins continue d'exercer à l'hôpital après seize années d'exercice. Ces durées ne semblent pas avoir varié avec les promotions de diplômés : les trajectoires des médecins installés en 1998, en 1994, en 1989 ou en 1983 apparaissent très semblables, au moins sur les années où elles sont observables (encadré 2). Aucune modification dans le rythme des départs hors de l'hôpital n'a en effet été, à ce stade, enregistré au cours des dernières années d'une génération à l'autre. L'augmentation globale du nombre des départs que l'on s'attend à observer lors des prochaines années, si les comporte-

E•2

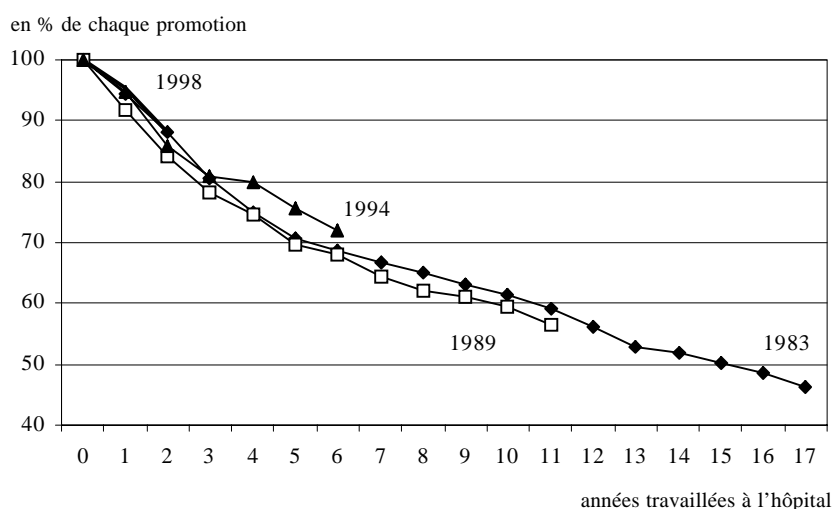
La mesure de la durée moyenne d'exercice à l'hôpital

L'étude des comportements d'installation et de la durée d'exercice à l'hôpital porte sur les médecins salariés hospitaliers.

On étudie le nombre d'années passées en tant que salarié de l'hôpital dans la carrière du médecin, qu'il y ait eu ou non interruption. L'étude porte sur les médecins entrés à l'hôpital en 1983 et présents dans les fichiers de 1984 à 2001. Parmi eux, 46 % ont exercé leurs fonctions à l'hôpital pendant au moins 17 ans, durée maximale d'observation. La même opération a été effectuée sur des durées plus courtes, pour les promotions entrant à l'hôpital en 1989, 1994 et 1998. Les trajectoires observées témoignent d'une remarquable constance des comportements, ce qui permet d'étendre les observations relevées sur la promotion 1983 à l'ensemble des médecins : il y a très peu d'effets de génération (graphique).

L'observation portant au maximum sur 17 années, on ne peut pas calculer directement de durée moyenne d'exercice salarié hospitalier, qui doit être a priori beaucoup plus longue que la moyenne calculée sur les seules années observées. Une modélisation de la durée d'exercice à l'hôpital a donc été réalisée. Le nombre d'années passées à l'hôpital varie significativement en fonction de la discipline d'exercice, de la région, du secteur de l'hôpital et du sexe du médecin. D'autres variables ont été intégrées au modèle mais n'ont pas d'effet propre sur la durée d'exercice à l'hôpital. L'hypothèse faite sur la loi de probabilité qui régit l'ajustement du modèle estimé à l'observation de la durée d'exercice à l'hôpital permet d'estimer les coefficients de chaque variable agissant sur cette durée. Les données disponibles ne permettent pas de suivre les praticiens durant toute leur carrière mais les effets de chaque variable estimés par le modèle sont les plus vraisemblables possibles, compte tenu des caractéristiques des médecins effectivement partis au cours de 17 années observées et de celles des médecins ayant exercé 17 ans ou plus à l'hôpital, dont on ne connaît pas le nombre total d'années d'exercice salarié à l'hôpital. Pour les besoins de la modélisation, on fixe a priori à 37 ans la durée maximale d'activité comme salarié hospitalier. L'application de ce type de modèle à l'ensemble des médecins, sans y intégrer de variables explicatives de la durée, donne une durée moyenne d'exercice à l'hôpital de 16 ans (tableau 3). Les durées moyennes selon les caractéristiques des médecins sont calculées selon le même principe, en appliquant ce modèle sur des populations ciblées (femmes, hommes, spécialistes etc.).

nombre d'années exercées à l'hôpital selon l'année d'installation à l'hôpital



Lecture : environ 70 % des médecins ont travaillé 6 ans à l'hôpital, que ces médecins soient issus de la promotion 1983, 1989 ou 1994. Pour la promotion 1998, il est encore trop tôt pour juger, mais les comportements observés sur les deux premières années d'exercice semblent identiques à ceux de leurs aînés.

Source : DREES.

T
03

**durées d'exercice salarié à l'hôpital
dispersion et moyenne**

	1 ^{er} quartile (en années)	Durée moyenne à l'hôpital (en années)	Écart, en années, « toutes choses égales par ailleurs »
Ensemble	4	16	
Généralistes	3	12	Réf
Spécialités chirurgicales	3	11	0
Gynécologie obstétrique	4	11	0
Psychiatrie	4	16	3
Spécialités médicales	5	18	4
Pédiatrie	9	25	8
Anesthésie-réanimation	14	35	17
Hommes	3	15	Réf
Femmes	4	18	2
Français	3	16	Réf
Étrangers	5	17	0
Régions Sud-Ouest	8	22	4
Région Île-de-France	4	16	2
Autres régions	3	14	Réf
Diplômés dans la région	3	16	0
Diplômés dans une autre région	4	16	Réf
Communes rurales de moins de 5 000 habitants	3	12	0
Villes de plus de 5 000 habitants	4	16	Réf
Hôpital public	4	16	4
Hôpital privé	3	12	Réf

Lecture – 1^{re} colonne : un quart des anesthésistes exercent moins de 14 ans à l'hôpital, contre seulement 3 ans pour un généraliste sur quatre.

– 2^e et 3^e colonne : les généralistes salariés hospitaliers restent en moyenne 12 ans à l'hôpital, contre 35 ans pour les anesthésistes. L'écart (23 ans) est accentué par le fait qu'un nombre important d'anesthésistes exercent en Île-de-France et en hôpital public.

À critères identiques, l'écart n'est que de 17 ans.

Avertissement : les durées moyennes et les écarts toutes choses égales par ailleurs sont donnés à titre indicatif. Le modèle de durée rend compte en effet assez mal des décisions individuelles d'interrompre la carrière hospitalière, malgré l'abondance des variables prises en compte. Les variables qui apparaissent significatives (spécialité, sexe, région) n'expliquent à elles seules qu'une petite partie de la variabilité des sorties de l'hôpital. Néanmoins, les résultats présentés ici sont, au moins dans leur sens de variation, les plus vraisemblables possibles, compte tenu des données disponibles.

Les quartiles sont, en revanche, des données directement observées, et non estimées.
Source : DREES.

C'est la spécialité qui a l'effet le plus prononcé sur le temps passé en tant que salarié à l'hôpital. 70 % des anesthésistes qui ont débuté leur carrière à l'hôpital y exercent plus de dix-sept ans, alors que la moitié des spécialistes chirurgicaux, des gynécologues obstétriciens et des généralistes y exercent moins de douze ans (graphique 7). Les autres critères ont, en revanche, moins d'importance (tableau 3). Ainsi, à autres caractéristiques comparables, une femme ayant débuté sa carrière par l'hôpital maintient son exercice salarié en moyenne deux ans de plus qu'un homme.

De même, un médecin des régions du Sud-Ouest passe en moyenne quatre ans de plus à l'hôpital qu'un praticien d'une autre région de province. Moins nombreux à débiter en tant que salariés des hôpitaux que dans d'autres régions, les médecins du Sud-Ouest exercent donc plus longtemps à l'hôpital, s'ils y ont commencé leur carrière.

**Des effectifs de médecins
salariés hospitaliers globalement
stables jusqu'en 2010,
mais en diminution
pour la psychiatrie,
la chirurgie et l'anesthésie**

Comme pour l'ensemble des médecins, des projections d'effectifs de médecins salariés hospitaliers peuvent être réalisées, sous l'hypothèse, qui peut *a priori* être jugée forte à l'horizon de vingt ans, que les comportements d'installation et d'exercice resteront constants vis-à-vis de l'hôpital. Sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 4 700 et d'un maintien des 1 843 postes d'internes actuels, le nombre de médecins hospitaliers continuerait de croître lentement jusqu'en 2007 malgré l'augmentation des départs en retraite, puis décroîtrait d'environ 10 % de 2010 à 2020. Une légère diminution devrait toutefois être observée dès à présent pour des spécialités comme

ments de départs à la retraite restent constants, devrait, à cet égard, principalement s'expliquer par la différence de taille des générations, les plus anciennes étant également les plus nombreuses.

Au total, de plus en plus de médecins ont l'occasion de commencer leur exercice à l'hôpital, pour une durée moyenne d'activité qui reste voisine de seize ans. Ces deux phénomènes expliquent l'accroissement observé du nombre et de la part des médecins salariés hospitaliers, et cela malgré un nombre croissant de départs.

**La durée d'exercice à l'hôpital
est plus longue pour les hommes,
les anesthésistes et les pédiatres**

Si un médecin qui a débuté en tant que salarié hospitalier reste en moyenne seize ans à l'hôpital, cette durée moyenne est différente selon la spécialité, le sexe, la région d'exercice et le statut de l'hôpital. Par contre, la nationalité, le fait d'avoir obtenu son diplôme dans la région d'exercice et la taille de l'unité urbaine n'ont pas d'influence propre sur la durée moyenne d'exercice à l'hôpital (tableau 3).

la psychiatrie, l'anesthésie et la chirurgie (graphique 8).

Si la répartition par discipline des 1843 postes d'internes restait identique à celle qui est actuellement en vigueur, cette baisse globale de 9 % projetée entre 2000 et 2020 serait particulièrement marquée pour la psychiatrie et l'anesthésie, dont les effectifs hospitaliers salariés diminueraient de près de 30 % (tableau 4). Les médecins biologistes et les spécialistes chirurgicaux exerçant à l'hôpital verraient, quant à eux, leurs effectifs diminuer de 19 %, alors que ceux des pédiatres et des gynécologues obstétriciens devraient rester stables et que ceux des généralistes et des non prescripteurs devraient augmenter de plus de 10 %. On se trouverait alors, pour ces dernières spécialités, dans une situation bien plus favorable que celle observée au début des années 80. Par rapport à cette période, le nombre d'anesthésistes et de chirurgiens serait au contraire en diminution (graphique 8).

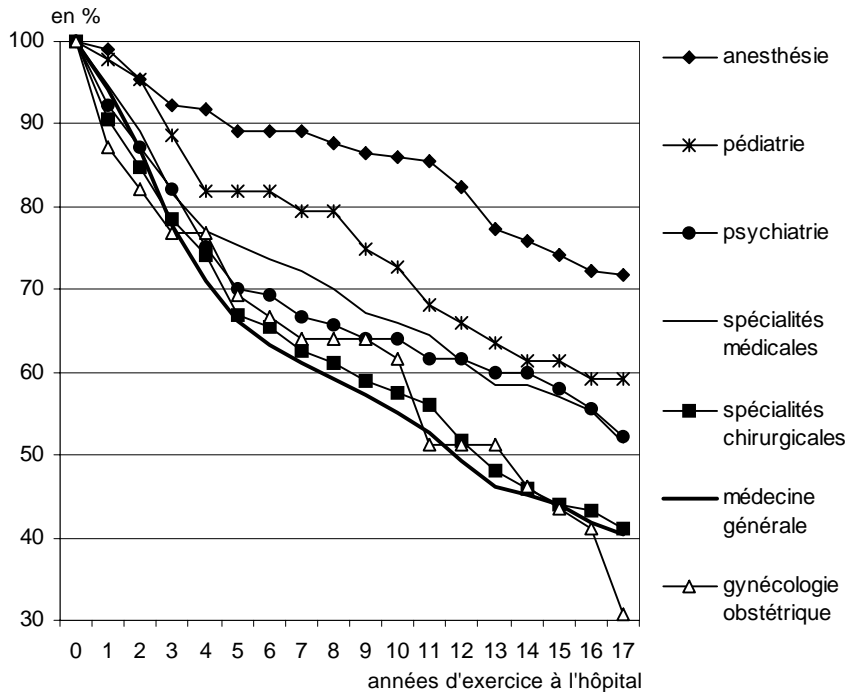
Toute modification du nombre de postes d'internes aurait bien évidemment une répercussion ultérieure sur les effectifs hospitaliers, dans la mesure où les spécialistes s'installent en grande majorité dans les hôpitaux pour débiter leur carrière. Il est clair également que l'hypothèse de la constance des comportements d'installation et de durée d'exercice à l'hôpital, au moment où ils décident de leur installation, peut être considérée comme très fragile, dans un contexte où le nombre de médecins exerçant dans le secteur libéral va également diminuer, et où les jeunes médecins prendront sans doute en compte un ensemble assez large de considérations, portant y compris sur les conditions et les horaires de travail liés aux différents modes d'exercice. Les comportements sont toutefois restés stables depuis 1984 en ce qui concerne la durée d'exercice à l'hôpital, et depuis 1992 en ce qui concerne le

choix du mode d'exercice à l'installation, tout du moins pour les spécialistes. Seuls les comportements des

généralistes ont, à cet égard, réellement changé sur les toutes dernières années.

G.07

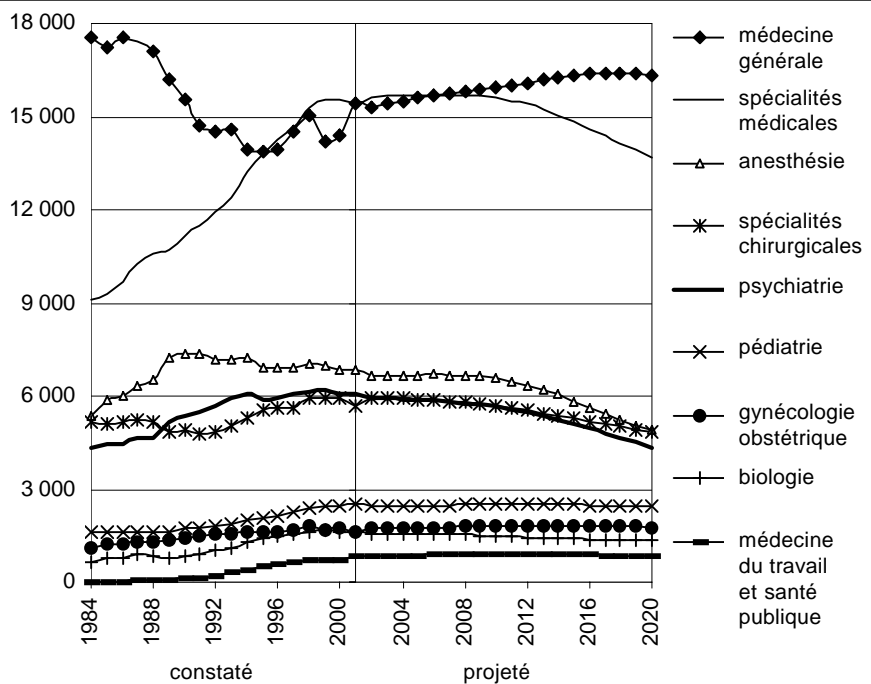
proportion de médecins salariés hospitaliers observée chaque année, pour une promotion de 100 nouveaux hospitaliers, par discipline du concours de l'internat



Lecture : sur 100 anesthésistes qui s'installent à l'hôpital, 70 % y exercent plus de 17 ans.
Source : DREES.

G.08

effectifs de médecins hospitaliers au 1^{er} janvier constat et projection



Source : DREES – projections avec maintien des 1 843 postes d'internat et relèvement du numerus clausus à 4 700 à partir de 2002.

T 04 effectifs et proportion de médecins hospitaliers au 1^{er} janvier
 constat et projection

Disciplines	1984	1990	2000	2010	2020	Évolution	
	Observé			Projeté		2010/2000	2020/2000
Médecine générale	17 569	15 537	14 411	15 925	16 297	11 %	13 %
Anesthésie	5 372	7 377	6 825	6 565	4 872	-4 %	-29 %
Pédiatrie	1 584	1 736	2 456	2 505	2 426	2 %	-1 %
Spécialités médicales	9 125	11 180	15 568	15 605	13 656	0 %	-12 %
Gynécologie obstétrique	1 126	1 433	1 769	1 820	1 766	3 %	0 %
Spécialités chirurgicales	5 181	4 882	5 963	5 674	4 834	-5 %	-19 %
Biologie	659	837	1 631	1 490	1 324	-9 %	-19 %
Psychiatrie	4 301	5 375	6 091	5 649	4 341	-7 %	-29 %
Médecine du travail et santé publique	3	99	740	910	825	23 %	11 %
Ensemble	44 920	48 456	55 454	56 143	50 340	1 %	-9 %
Proportion de salariés hospitaliers	32 %	28 %	29 %	30 %	32 %		

Source : DREES – projections avec maintien des 1 843 postes d'internat et relèvement du numerus clausus à 4 700 à partir de 2002.

Pour en savoir plus...

- Daniel SICART : « Les médecins – estimations de 1984 à 2000 – séries longues », Document de travail série statistique n° 22, août 2001
- Daniel SICART : « Les médecins au 1^{er} janvier 2001 », document de travail série statistique n° 28, novembre 2001.
- Chantal CASES, Stefan LOLLIVIER : « L'économétrie des modèles de durée avec SAS – présentation et mise en œuvre », INSEE, série des documents de travail du CREST, octobre 1993.
- Paul D. ALLISON : « Survival analysis using the SAS system – a practical guide ».

Études et résultats numéros parus

- Marie Ruault : « *Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?* », Études et résultats n° 144, novembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 143, novembre 2001.
- Nathalie Dutheil : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* », Études et Résultats n° 142, novembre 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001* », Études et résultats n° 141, octobre 2001.
- Bertrand Lhommeau : « *Les prestations familiales et de logement en 2000* », Études et résultats n° 140, octobre 2001.
- Jean-Pierre Dupuis : « *Les comptes de la protection sociale en 2000* », Études et résultats n° 139, octobre 2001.
- Sandrine Dufour-Kippelen : « *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution* », Études et résultats n° 138, octobre 2001.
- Christel Gilles : « *La réforme de l'aide sociale aux États-Unis – Un bilan après 5 ans d'application* », Études et résultats n° 137, septembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance à domicile – L'évaluation des besoins par le plan d'aide* », Études et résultats n° 136, septembre 2001.
- Michel Forsé et Maxime Parodi : « *Un panorama des opinions à l'égard de l'État-providence – Étude de l'enquête barométrique de la DREES – vague 1* », Études et résultats n° 135, septembre 2001.
- Élisabeth Algava et Mathieu Plane : « *Vieillesse et protection sociale : une projection comparée pour six pays de l'Union européenne* », Études et résultats n° 134, septembre 2001.
- Nelly Gouider : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier trimestre 2001* », Études et résultats n° 133, septembre 2001.
- Annie Fénina : « *Les Comptes de la santé en 2000* », Études et résultats n° 132, août 2001.
- Carole Bonnet, Martine Burdillat, Nicole Coëffic, Christel Colin, Michèle Lelièvre et Bernard Salzmänn, d'après l'étude réalisée par Yves Chassard et Giovanni Tamburi : « *Les systèmes de retraite complémentaire non obligatoires dans sept pays* », Études et résultats n° 131, août 2001.
- Gérard Abramovici : « *Les prestations sociales en 2000* », Études et résultats n° 130, août 2001.
- Odile Mesnard : « *L'évolution des retraites versées entre 1993 et 1997* », Études et résultats n° 129, août 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 31 mars 2001* », Études et résultats n° 128, août 2001.
- Valérie Le Corre : « *Les assistantes maternelles* », Études et résultats n° 127, août 2001.
- Bénédicte Boisguérin, Christine Bonnardel, Claude Gissot et Marie Ruault : « *L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999* », Études et résultats n° 126, juillet 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 31 mars 2001* », Études et résultats n° 125, juillet 2001.
- Didier Balsan : « *La variabilité de la valeur du point ISA des établissements de soins en 1997* », Études et résultats n° 124, juillet 2001.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication



- un hebdomadaire :

Études et résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les territoires de la politique de la ville et le droit »

n° 3, juillet-septembre 2001

Dossiers solidarité et santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études sociales », n° 3, juillet-septembre 2001

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

Indicateurs sociosanitaires

comparaisons internationales - évolution 1980-1994

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr