

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

COLLECTION  
ÉTUDES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

Les professions de santé :  
éléments d'informations statistiques

Bureau « Professions de santé »

n° 9 – janvier 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

# Sommaire

## Introduction

### Les médecins

- I - L'évolution de la démographie médicale
- II- L'évolution des revenus issus de l'activité libérale des médecins jusqu'à la fin 1998
- III- La durée du travail des médecins

### Les infirmières

- I- L'évolution de la démographie des infirmières
- II- La durée du travail des infirmières
- III- L'évolution des salaires et du revenu de l'activité libérale des infirmières

### Les masseurs kinésithérapeutes

- I – L'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes
- II – L'évolution du revenu des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la fin 1998
- III - La répartition géographique de l'offre de soins

### Les sages-femmes

### Les pharmaciens

- I – L'évolution de la démographie des pharmaciens
- II – L'évolution du revenu provenant de l'activité non salariée des pharmaciens à la fin 1998

## Liste des tableaux et graphiques

### Introduction

- T1 : indicateurs synthétiques sur les professions de santé au 1/1/2000
- France métropolitaine
- G1 : évolution du nombre d'emplois des professions de santé
- G2 : évolution de la part des professionnels de santé selon leur âge

### Les médecins

- T1 : principaux indicateurs d'évolution de la démographie médicale – Projections à *numerus clausus* et comportements constants
- T2 : médecins par spécialité au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et évolution depuis 1990
- T3 : médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2000
- T4 : durée hebdomadaire de travail des médecins en janvier 1999
- G1 : évolution des effectifs d'étudiants en 2<sup>ème</sup> année de médecine et du *numerus clausus*
- G2 : évolution du nombre de médecins et de la population, base 100 en 1967
- G3 : revenu moyen libéral en milliers de francs par discipline hors activité salariée éventuelle
- G4 : évolution des effectifs et de l'activité des médecins libéraux. Base 100 en 1991
- G5 : évolution du revenu par personne et du pouvoir d'achat des médecins libéraux. Base 100 en 1991
- G6 : répartition de la durée hebdomadaire de travail

### Les infirmières

- T1 : salaires moyens déclarés par les infirmières en mars 2000
- T2 : montant et évolution du revenu annuel libéral moyen et ses composantes
- G1 : évolution des quotas et du nombre de diplômes attribués
- G2 : évolution de la proportion d'infirmières à temps partiel
- G3 : a- évolution de la durée du travail, tous secteurs confondus  
b- évolution de l'emploi total en équivalent temps plein

G4 : évolution du revenu libéral et de ses composantes

Les masseurs-kinésithérapeutes

T1 : masseurs – kinésithérapeutes au 1<sup>er</sup> janvier 2000

G1 : évolution et projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes et de la population française. Base 100 en 1975

G2 : évolution des effectifs et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Base 100 en 1991

G3 : évolution des revenus par personne et du pouvoir d'achat des masseurs kinésithérapeutes libéraux. Base 100 en 1991

G4 : densité des masseurs–kinésithérapeutes et évolution de la densité entre 1994 et 2000

Les sages-femmes

G1 : évolution des quotas et du nombre de diplômes de sages-femmes délivrés

G2 : nombre moyen de naissances par sage-femme

Les pharmaciens

G1 : évolution du nombre de pharmaciens en France y compris les DOM et les TOM

G2 : répartition des pharmaciens selon leur secteur d'activité au 1<sup>er</sup> janvier 1999

G3 : évolution du nombre de diplômes délivrés et du *numerus clausus*

G4 : évolution du pouvoir d'achat du revenu des pharmaciens

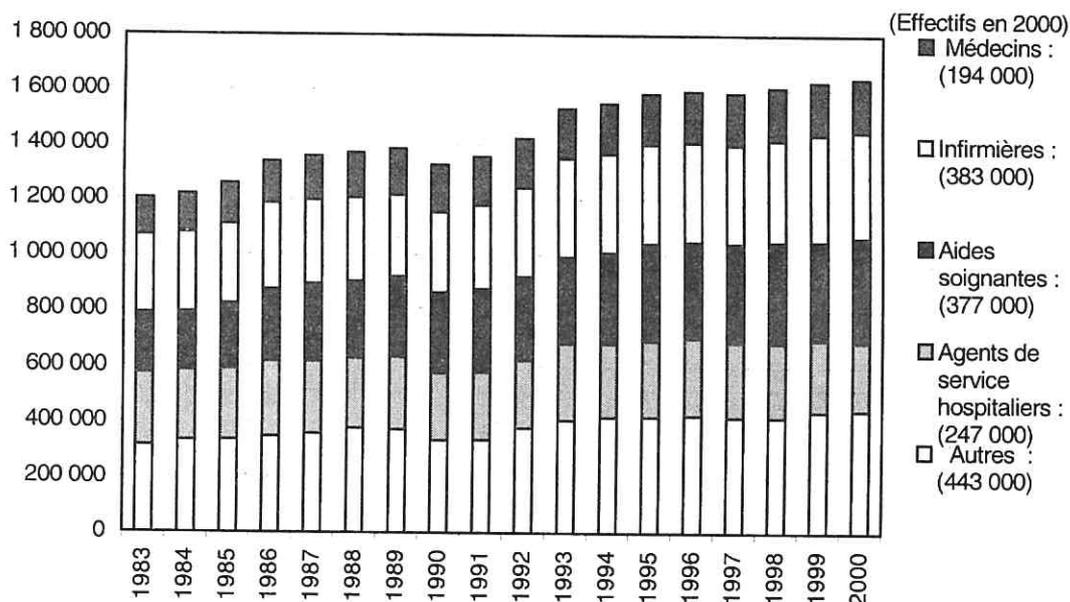
## Introduction

Considérées dans leur ensemble, les professions de santé représentaient, début 2000, près de 1 650 000 emplois en France métropolitaine (graphique et tableau 1). Elles comprennent les professions réglementées par le code de santé publique<sup>1</sup> auxquelles s'ajoutent les aides soignantes et les agents de services hospitaliers ainsi que d'autres professions, d'effectifs plus réduits (psychologues, ambulanciers) qui contribuent à produire des services de santé. Dans les seules professions réglementées, 808 000 personnes exercent une activité début 2000.

L'augmentation de ces emplois depuis 1985 s'est faite à un rythme moyen d'environ 1,7 % par an (28 % sur quinze ans). Mais les évolutions par profession sont très contrastées : la croissance des effectifs des professions médicales a été forte : 32 % pour les médecins, 17 % pour les dentistes, 46 % pour les pharmaciens. Elle a été encore plus forte pour les professions paramédicales : doublement du nombre d'orthoptistes, augmentation de 85 % des pédicures – podologues et d'environ 50 % pour les masseurs – kinésithérapeutes et les orthophonistes, croissance de 34 % pour les infirmières. Les effectifs des sages-femmes ont de leur côté augmenté de 57 %. Le nombre d'aides-soignantes a beaucoup augmenté (62 %) tandis que celui d'agents de service hospitalier a baissé de 3 % depuis 1985 (tableau 1).

L'importance numérique des infirmières (au nombre de 383 000 début 2000), des aides-soignantes (377 000) et des agents de service hospitaliers (247 000), qui représentent à elles trois les trois quarts de l'ensemble des effectifs, influence bien évidemment les caractéristiques tant démographiques qu'économiques de cet ensemble de professionnels.

G1 : évolution du nombre d'emplois des professions de santé



Sources : Insee, Drees

<sup>1</sup> Médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, audio-prothésistes, opticiens-lunetiers, manipulateurs ERM.

### *Le secteur hospitalier reste prépondérant malgré une légère baisse*

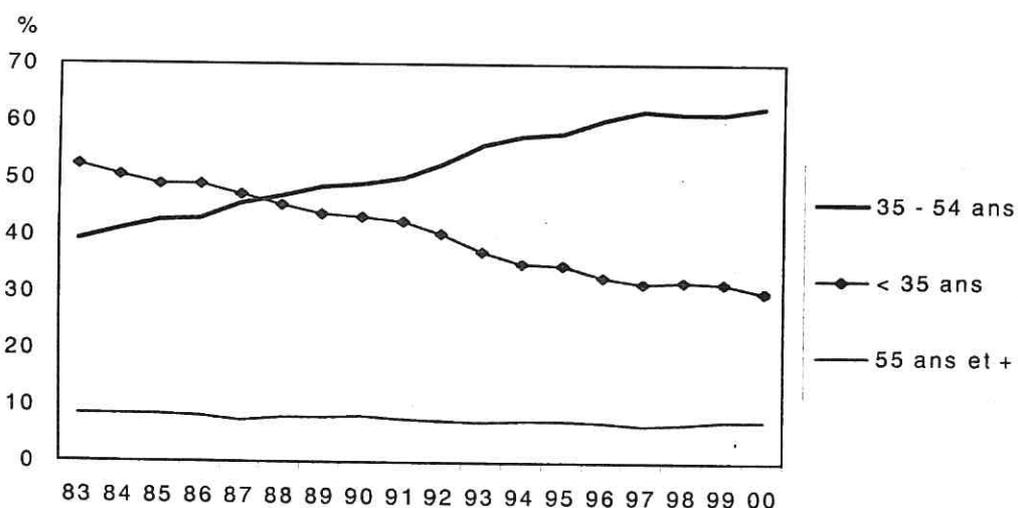
Regroupant 46 % des emplois, l'hôpital reste le principal secteur d'activité des professions de santé. Mais son poids se réduit légèrement depuis 1993, surtout pour les professions d'aides soignantes et d'agents de services hospitaliers, non réglementées par le code de santé publique qui s'orientent de plus en plus vers les établissements médico-sociaux. Les médecins travaillent en revanche de plus en plus à l'hôpital, notamment en tout début de carrière. Ce déploiement progressif des emplois les moins qualifiés vers d'autres secteurs ou d'autres formes de prise en charge que l'hôpital s'accompagne d'un exercice plus fréquent dans les communes rurales, qui regroupent désormais près de 23 % des professionnels de santé. Les professions réglementées par le code de la santé publique restent toutefois très concentrées dans les agglomérations (tableau 1).

La féminisation des professions de santé ne cesse de s'accroître et atteint maintenant 76 %, contre 71,4 % en 1983. Cet accroissement de la féminisation est surtout visible chez les médecins. Les infirmières, les aides-soignantes et adjoints de service hospitalier comptent en revanche une proportion de femmes déjà très élevée et stable depuis dix-sept ans.

### *Viellissement de presque toutes les professions de santé*

Les nouvelles générations de professionnels de la santé sont moins nombreuses qu'auparavant. C'est pourquoi le trait majeur qui caractérise pratiquement l'ensemble des professions de santé, qu'elles soient ou non régies par le code de santé publique, est son vieillissement. Alors que les personnes de moins de trente-cinq ans étaient majoritaires en 1983 (52,5 %), elles ne représentent plus que 30 % de l'ensemble des effectifs début 2000 (graphique 2). On constate surtout une augmentation de la part des personnes d'âge moyen, compris entre trente-cinq et cinquante-quatre ans, celle du personnel de cinquante-cinq ans ou plus étant encore stable. La part des cinquante-cinq ans et plus est élevée chez les professions majoritairement libérales nécessitant des études longues (médecins, pharmaciens, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes). Parmi les professions salariées, elle est relativement élevée pour les agents de service hospitalier (11 %) alors qu'elle dépasse à peine 4 % chez les aides-soignantes (tableau 1).

G2 : évolution de la part des professionnels de santé selon leur âge



Source : Insee, enquête Emploi

Ce document décrit ensuite plus en détail l'évolution de la démographie, des revenus et du temps de travail des médecins, des infirmières, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des pharmaciens pour lesquelles des informations plus fines sont aujourd'hui disponibles.

T1 : indicateurs synthétiques sur les professions de santé au 1/1/2000  
France métropolitaine

Indicateurs démographiques	Effectifs au 1/1/2000	Taux de croissance des effectifs 2000/1985	Part des femmes En %	Part des moins de 35 ans En %	Part des 55 ans ou plus En %
Médecins	194 000	32,2 %	35,9	8,6	14,8
Dentistes	40 500	16,6 %	32,2	16,6	17,5
Pharmaciens	58 400	46,2 %	61,9	16,2	14,1
Sages-femmes	14 400	57,4 %	99,4	33,1	9,0
Infirmières	382 900	33,8 %	87,3	29,1	9,6
Masseurs-kinésithérapeutes	52 100	50,6 %	42,3	30,6	13,1
Orthophonistes	13 500	53,0 %	95,5	32,9	6,7
Orthoptistes	2 100	101,7 %	93,8	41,3	6,9
Psychomotriciens	4 600		84,0	38,0	3,1
Pédicures-podologues	8 800	84,6 %	70,4	37,0	11,9
Ergothérapeutes	3 900		84,0	48,7	4,5
Audioprothésistes	1 300		38,6	33,3	23,1
Opticiens	10 000		41,1	44,1	18,0
Manipulateurs radio	21 600		72,9	31,8	6,4
<b>Ensemble des professions réglementées par le Code de la santé publique</b>	<b>808 100</b>		<b>66,6</b>	<b>23,4</b>	<b>11,7</b>
Aides soignantes	377 000	62,2 %	91,3	32,3	4,2
Agents de service hospitaliers	247 400	-3,2 %	84,9	32,3	11,0
Autres	217 500				
Total	1 650 000				

Sources : Drees, Insee, enquête Emploi

Indicateurs d'activité	Part de l'activité libérale En %	Part de l'activité salariée hospitalière En %	Part de l'exercice en zone rurale En %	Part de l'exercice en agglomération parisienne En %
Médecins	60,3	28,6	6,7	22,3
Dentistes	93,4	0,6	9,3	21,7
Pharmaciens	56,2	6,5	14,1	16,0
Sages-femmes	13,5	79,0	1,6	17,1
Infirmières	14,9	72,7	7,6	15,5
Masseurs-kinésithérapeutes	77,4	17,7	11,5	19,7
Orthophonistes	79,1	6,8	5,9	22,0
Orthoptistes	80,3	8,0	1,4	23,3
Psychomotriciens	6,7	32,6	10,5	20,3
Pédicures-podologues	97,8	0,8	5,5	23,5
Ergothérapeutes	1,4	65,6	11,3	18,5
Audioprothésistes	42,6	0,3	0,7	12,9
Opticiens	36,5	0,1	2,3	21,7
Manipulateurs radio	0,3	73,5	0,7	20,9
<b>Ensemble des professions réglementées par le Code de la santé publique</b>	<b>38,7</b>	<b>47,0</b>	<b>7,8</b>	<b>18,3</b>
Aides soignantes	-	55,5	26,5	15,9
Agents de service hospitaliers	-	54,3	31,2	12,0

Sources : Drees, Insee enquête Emploi

# LES MÉDECINS

## I - L'évolution de la démographie médicale

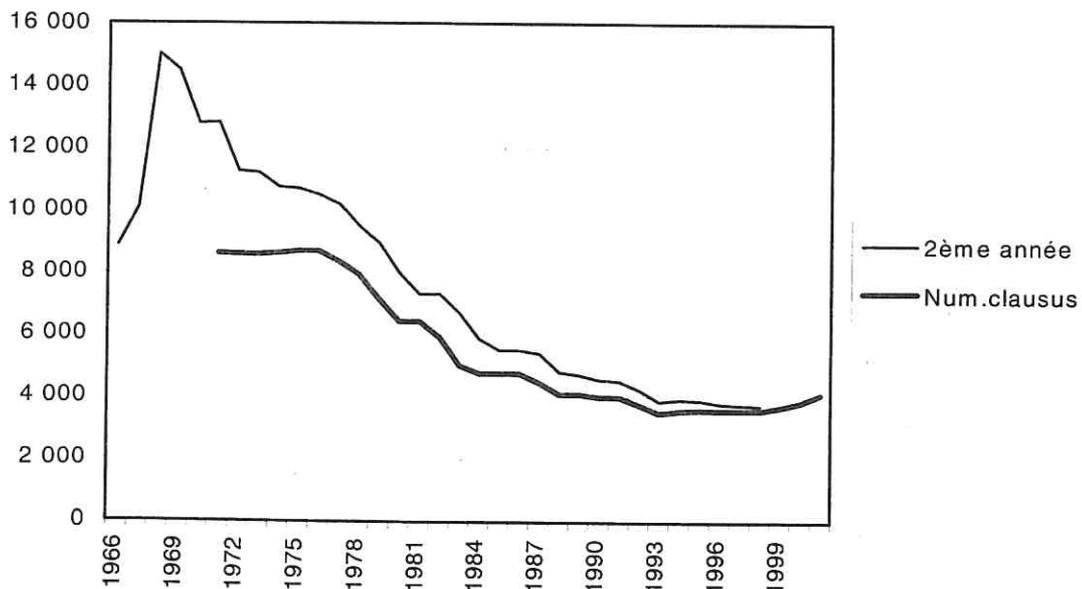
*Hausse des effectifs jusqu'en 2010, puis diminution attendue*

En l'espace de quarante ans, le nombre de médecins par habitant a plus que triplé : la France comptait 100 médecins pour 100 000 habitants en 1960, elle en recense 332 début 2000. Le nombre de bacheliers venant s'inscrire en faculté de médecine a enregistré un bond à la fin des années 60 : fluctuant auparavant autour de 16 000, il s'élève à plus de 24 500 à la rentrée 1967. Le *numerus clausus*, instauré en 1971 autour de 8 500 élèves admis en 2<sup>ème</sup> année, ne se réduit sensiblement qu'à partir de la fin des années 70. Il atteint 5 000 élèves en 1983, et puis diminue progressivement vers sa valeur plancher de 3 500 en 1993 (graphique 1).

Mais l'effet de cette diminution n'est perceptible qu'avec dix années de retard sur les effectifs médicaux, le temps que les promotions de médecins concernées par cette régulation débutent leur activité. Alors que le nombre d'étudiants ne n'a cessé de diminuer, celui des médecins en activité s'est ainsi accru jusqu'à 194 000, du fait de l'arrivée puis du maintien en activité des générations importantes d'étudiants des années 70. Lorsque ces générations, nombreuses, parviendront à l'âge de la retraite, c'est-à-dire à partir de 2007, le nombre de nouveaux médecins devrait devenir inférieur au nombre de départs.

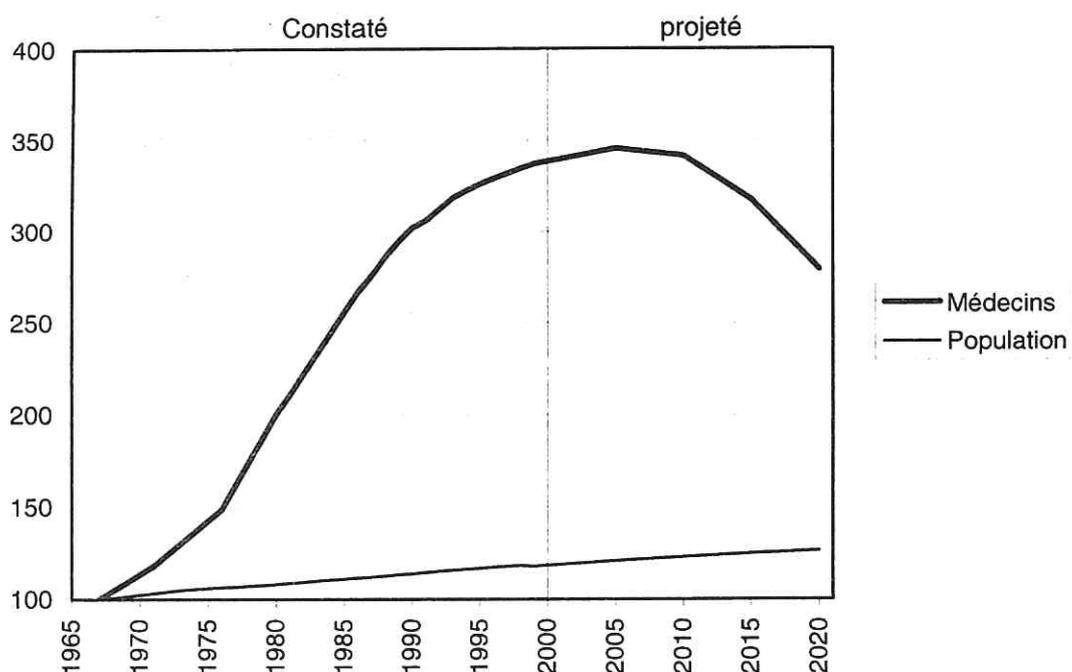
Dans l'hypothèse d'un maintien des comportements de cessation d'activité constatés aujourd'hui, et indépendamment de la valeur du *numerus clausus*, le nombre de médecins devrait ainsi passer de 194 000 actuellement à une valeur plafond de 198 000 en 2006, puis à 196 000 en 2010 (voir encadré 1 pour les sources et les méthodes de projection). En supposant le *numerus clausus* fixé à 4 100 étudiants par an, les effectifs médicaux devraient, toujours sous les mêmes hypothèses de comportements constants, diminuer pour atteindre 156 000 en 2020. On se trouverait alors à cette date dans la situation du début des années 80, avec une densité voisine de 250 médecins pour 100 000 habitants (graphique 2).

G1 : évolution des effectifs d'étudiants en 2<sup>ème</sup> année de médecine et du *numerus clausus*



Source : Drees

G2 : évolution du nombre de médecins et de la population, base 100 en 1967



Source : Drees

T1 : principaux indicateurs d'évolution de la démographie médicale – Projections à *numerus clausus* et comportements constants

Au 1 <sup>er</sup> janvier	constaté				projeté			
	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Num. clausus	4754	4000	3600	3835	4100	4100	4100	4100
Médecins	146 800	173 100	186 700	194 000	198 000	195 700	182 000	160 000
Densité	256	302	326	332	345	342	318	279
% de femmes	25,3 %	29,6 %	33,8 %	35,9 %	38,6 %	41,3 %	45,0 %	48,8 %
% de < 40 ans	54,7 %	46,8 %	36,1 %	23,4 %	19,7 %	16,5 %	17,8 %	21,5 %
% libéraux	60,1 %	62,6 %	63,0 %	60,3 %	59,8 %	58,9 %	57,2 %	55,0 %
% hospitaliers	30,5 %	28,1 %	27,1 %	28,6 %	28,8 %	29,3 %	30,3 %	31,9 %
% spécialistes	44,8 %	48,6 %	49,2 %	51,2 %	50,0 %	49,0 %	47,7 %	46,3 %

Source : Drees

*De plus en plus de femmes, de moins en moins de jeunes*

Entre 1970 et 1990, à la faveur de l'afflux des jeunes promotions, la féminisation a enregistré des progrès très rapides. Avec la baisse du *numerus clausus*, cette progression s'est ralentie. La part des femmes au sein des effectifs médicaux est actuellement de 36 %. Elle devrait progresser jusqu'à atteindre presque 41 % en 2010.

La place des médecins âgés de moins de quarante ans a énormément varié depuis 30 ans. Du fait de l'afflux des jeunes promotions, les moins de quarante ans sont devenus majoritaires à la fin des années 70. Les effectifs médicaux sont ainsi composés d'autant de « moins de quarante ans » que de « plus de quarante ans » tout au long des années 80. À

partir de 1990, le resserrement du *numerus clausus* freine l'arrivée des jeunes médecins sur le marché du travail, et leur part commence à diminuer pour atteindre aujourd'hui 23,4 %. En 2010, ils seront aux environs de 16,5 %. En 2020, dans l'hypothèse retenue pour la projection où le *numerus clausus* resterait au niveau actuel, cette proportion tendra à s'élever à nouveau, du fait du départ d'une partie des promotions nombreuses de la période 1974-1994. Ainsi, de 1970 à 2020, la profession médicale aura connu successivement un mouvement très fort de rajeunissement démographique, suivi d'un processus de vieillissement important.

#### Encadré 1 : le modèle de projection : méthode et hypothèses

Le modèle de projections démographiques élaboré en collaboration entre l'INED et la DREES permet d'établir des projections régionalisées des effectifs de médecins selon l'âge, le sexe, la spécialité, la tranche d'unité urbaine et le mode d'exercice principal (libéral, hospitalier ou salarié non hospitalier). Le modèle fonctionne par micro-simulations individuelles, à partir des données redressées du répertoire ADELI, des effectifs d'étudiants en cours d'études dans chaque région, et d'une série d'hypothèses concernant les décisions des pouvoirs publics (postes d'internes, *numerus clausus*...) ou les comportements individuels (réussite au concours de l'internat, migrations interrégionales...). Le modèle permet de simuler l'évolution des effectifs année après année jusqu'en 2020. Compte tenu de la faible taille de ses effectifs et de l'absence de faculté, les effectifs de la région Corse ont été associés à ceux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'hypothèse de base prévoit un maintien du *numerus clausus* à son dernier niveau (4 100 pour la France entière en 2001), assorti d'une répartition régionale prolongeant celle de 2000. Les 1 843 postes offerts au dernier concours de l'internat ont été simulés de façon inchangée par discipline, ainsi que le nombre de reçus selon la région d'origine. En ce qui concerne les migrations entre le lieu du diplôme et le lieu d'exercice, le modèle applique à tous les nouveaux diplômés les comportements observés parmi les médecins diplômés entre 1990 et 1999, pour tenir compte des changements introduits par la réforme de l'internat, désormais obligatoire pour accéder à une spécialisation. La répartition des diplômes par spécialité observée par région ces dernières années a été maintenue, ainsi que la part des femmes au diplôme. Enfin, les comportements en matière de retraite ont été prolongés à l'identique. Globalement, l'application à chaque tranche d'âge d'une probabilité différente de partir à la retraite entraîne un âge moyen de départ à la retraite égal à soixante-quatre ans. Il va de soi que cette projection faite à paramètres inchangés ne constitue qu'une hypothèse centrale. Des variations de comportements tels que la mobilité à l'installation, le départ à la retraite anticipé ou au contraire retardé pour certaines catégories de médecins, le prolongement des études pour les étudiants généralistes, une féminisation accrue de la profession et son impact sur le choix des disciplines exercées pourraient modifier très sensiblement les résultats exposés ici.

#### 95 000 généralistes et 99 000 spécialistes début 2000

La forte croissance démographique du corps médical s'est accompagnée d'une nette augmentation de la part des spécialistes, qui est passée de 44,8 % à 51,2 % en quinze ans (tableau 1). On compte ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 94 700 généralistes et 99 300 spécialistes. Cette hausse ne relève pas de phénomènes démographiques mais est en partie liée à la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, décidée en 1982 et entrée en application en 1984. Cette réforme dite de l'internat qualifiant était connue dans ses grandes lignes dès 1980. Les divers certificats d'études spécialisées (CES) qui étaient alors la voie de spécialisation sans concours ont connu un afflux d'inscriptions. Du fait de la durée des CES (quatre ou cinq ans pour la plupart, hors redoublements), les spécialistes formés par cette voie débouchent sur le marché du travail tout au long des années 80, ce qui a fait progresser très fortement la part des spécialistes dans l'ensemble du corps médical.

Mais les évolutions d'effectifs sont très différentes d'une spécialité à l'autre. Ainsi, le nombre de médecins dermatologues a augmenté de 22 % depuis 1990, soit 4 points de plus que

l'ensemble des spécialistes (tableau 2). Inversement, les effectifs d'ophtalmologues ou d'oto-rhino-laryngologistes n'ont augmenté que de 2 à 3 %, ce qui diminue leur part dans l'ensemble des spécialistes. Le nombre d'anesthésistes-réanimateurs a même légèrement diminué depuis 1990 et celui des stomatologues a chuté de 23 % depuis la même date.

Des modifications dans l'organisation des études ou des spécialités expliquent souvent les importantes variations d'effectifs. L'accroissement du nombre de médecins biologistes (+ 59 % depuis 1990), de médecins du travail (143 %) ou de santé publique (+ 478 %) s'explique ainsi par la mise en place de filières spécifiques à la suite de la réforme de l'internat en 1984, avec pour conséquence un afflux important de jeunes médecins. Au contraire, la baisse du nombre de gynécologues médicaux (- 3 % de 1990 à 2000) est due à la disparition de cette spécialité à la sortie de l'internat. Celle du nombre de chirurgiens généraux (- 16 %) est compensée par le nombre croissant de spécialités chirurgicales spécifiques (chirurgie plastique, thoracique, infantile etc.).

L'importance de la médecine spécialisée dépend étroitement du nombre de postes d'internes proposé chaque année. Dans l'hypothèse où ce nombre serait maintenu à 1 843 postes tout au long de la période retenue pour notre projection (2000-2020) avec un *numerus clausus* égal à 4 100, la part des spécialistes dans l'ensemble du corps médical se trouverait progressivement réduite et passerait de 51,2 % actuellement à 46,3 en 2020. Cette baisse ferait donc suite à vingt ans de hausse quasi continue.

#### *La proportion de salariés parmi les spécialistes atteint 50 %*

Contrairement aux structures démographiques, les structures d'exercice professionnel ont peu varié depuis 1985. L'exercice exclusivement salarié a gardé une proportion proche de 40 % dans l'ensemble du corps médical.

La proportion de spécialistes exclusivement salariés varie en revanche énormément d'une spécialité à l'autre : de 8 % en gynécologie médicale à 84 % en médecine interne, et de 13 % en stomatologie à 55 % chez les médecins spécialisés en chirurgie générale (tableau 2). L'augmentation de la part des médecins salariés est due à la tendance qu'ont les médecins à débiter davantage que par le passé leur carrière à l'hôpital avant de s'installer en secteur libéral. La part des médecins salariés exclusifs parmi les généralistes se situe quant à elle à 29 % début 2000, en légère augmentation depuis cinq ans.

L'exercice salarié est avant tout hospitalier : 83 % des médecins spécialistes salariés (sans activité libérale parallèle) exercent à l'hôpital, proportion stable depuis plusieurs années. Les autres grands secteurs d'activité des spécialistes salariés sont la médecine du travail et la santé publique. De leur côté, environ 52 % des généralistes salariés exercent une activité hospitalière. Les autres pratiquent la médecine scolaire et universitaire ou travaillent dans les organismes de Sécurité sociale, les dispensaires de soins, etc.

T2 : médecins par spécialité au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et évolution depuis 1990 en France métropolitaine

	Nombre	% du total	% de femmes	% de libéraux	Age moyen	Taux de croissance des effectifs / 1990
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>194 000</b>	<b>100,0</b>	<b>35,9 %</b>	<b>60,3 %</b>	<b>46,1</b>	<b>12 %</b>
<b>Omnipraticiens</b>	<b>94 746</b>	<b>48,8</b>	<b>35,5 %</b>	<b>70,8 %</b>	<b>45,2</b>	<b>7 %</b>
<b>Spécialistes</b>	<b>99 254</b>	<b>51,2</b>	<b>36,3 %</b>	<b>50,3 %</b>	<b>46,9</b>	<b>18 %</b>
<b>Spécialités médicales</b>	<b>54 371</b>	<b>28,0</b>	<b>37,7 %</b>	<b>50,6 %</b>	<b>46,5</b>	<b>16 %</b>
Anatomie et cytologie pathologique	1 589	0,8	58,8 %	42,2 %	46,3	22 %
Anesthésiologie Réanimation	10 043	5,2	37,7 %	31,1 %	47,4	-3 %
Cardiologie	5 547	2,9	15,0 %	64,1 %	46,4	21 %
Dermatologie et vénéréologie	3 809	2,0	61,1 %	86,7 %	45,9	22 %
Endocrinologie et métabolismes	1 241	0,6	63,5 %	50,5 %	42,2	115 %
Gastro-Entérologie Hépatologie	3 154	1,6	17,7 %	59,5 %	44,7	27 %
Génétique	39	0,0	37,2 %	7,7 %	47,5	284 %
Gynécologie médicale	1 846	1,0	89,6 %	91,9 %	48,8	-3 %
Hématologie	256	0,1	46,7 %	3,9 %	42,7	113 %
Médecine interne	2 507	1,3	21,3 %	16,1 %	49,4	11 %
Médecine nucléaire	338	0,2	30,6 %	30,8 %	45,7	289 %
Néphrologie	981	0,5	26,4 %	20,0 %	45,4	47 %
Neurologie	1 564	0,8	36,4 %	39,8 %	42,8	69 %
Oncologie médicale	459	0,2	36,6 %	26,1 %	42,6	772 %
Pédiatrie	6 244	3,2	56,1 %	47,5 %	47,8	15 %
Pneumologie	2 494	1,3	29,1 %	40,6 %	45,3	15 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 230	3,7	26,4 %	62,1 %	46,2	72 %
Radiothérapie	566	0,3	31,0 %	45,6 %	47,2	-80 %
Rééducation et réadapt fonctionnelle	1 882	1,0	39,1 %	32,3 %	47,3	12 %
Rhumatologie	2 582	1,3	30,7 %	71,9 %	46,3	11 %
<b>Spécialités chirurgicales</b>	<b>23 292</b>	<b>12,0</b>	<b>22,2 %</b>	<b>65,6 %</b>	<b>47,2</b>	<b>6 %</b>
Chirurgie générale	5 103	2,6	5,0 %	44,6 %	49,5	-16 %
Chirurgie infantile	60	0,0	29,6 %	13,3 %	38,0	132 %
Chirurgie maxillo-faciale	25	0,0	24,6 %	60,0 %	39,7	89 %
Chirurgie orthopédique et traumato.	1 591	0,8	2,4 %	55,8 %	43,8	82 %
Chirurgie plastique et reconstructrice	201	0,1	24,8 %	73,6 %	38,3	460 %
Chirurgie thoracique et cardiaque	172	0,1	5,5 %	33,1 %	40,3	267 %
Chirurgie urologique	390	0,2	2,4 %	56,4 %	41,9	123 %
Chirurgie vasculaire	243	0,1	4,3 %	59,3 %	45,5	2721 %
Chirurgie viscérale	431	0,2	10,4 %	29,7 %	39,1	
Gynécologie obstétrique	5 133	2,6	34,9 %	64,5 %	47,2	14 %
Neurochirurgie	351	0,2	6,6 %	20,8 %	47,6	25 %
Ophthalmologie	5 269	2,7	43,2 %	86,2 %	47,1	3 %
Oto-rhino laryngologie	2 889	1,5	14,5 %	76,3 %	47,3	2 %
Stomatologie	1 433	0,7	14,9 %	87,5 %	49,3	-23 %
<b>Biologie médicale</b>	<b>3 007</b>	<b>1,6</b>	<b>45,5 %</b>	<b>26,0 %</b>	<b>46,1</b>	<b>59 %</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>13 254</b>	<b>6,8</b>	<b>41,2 %</b>	<b>47,7 %</b>	<b>48,2</b>	<b>15 %</b>
<b>Médecine du travail</b>	<b>4 472</b>	<b>2,3</b>	<b>68,6 %</b>	<b>1,9 %</b>	<b>47,8</b>	<b>143 %</b>
<b>Santé publique</b>	<b>858</b>	<b>0,4</b>	<b>60,3 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>43,5</b>	<b>478 %</b>
D.O.M.	3 224		30,2 %	66,1 %		
France métropolitaine + D.O.M.	197 224		35,8 %	60,4 %		

Note : la méthode d'estimation du nombre global de médecins, ainsi que sa répartition par région, a été validée par un groupe de travail du CNIS et par un comité interministériel. La répartition par spécialité n'a pas encore fait l'objet d'une validation de ce type. Les données présentées ici sont donc provisoires.  
Source : Drees

*Les disparités géographiques se sont légèrement atténuées mais restent marquées*

Malgré la croissance du nombre de médecins et une réduction des inégalités régionales en matière de densité médicale, une frontière sépare encore nettement l'Île-de-France et les régions du sud de la France d'une part, relativement bien dotées, et les régions du Nord d'autre part, qui paraissent plus défavorisées. On compte ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 2000 332 médecins pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire. Les densités régionales varient de 425 en Île-de-France et 412 en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 262 en région Centre et 264 en Haute-Normandie (tableau 3). Ces inégalités géographiques ne correspondent pas à des inégalités de nature démographique de la population française : la prise en compte de la structure par âge dans le calcul des densités ne modifie pas sensiblement les résultats.

Ces écarts dans l'offre de soins sont relativement modestes en ce qui concerne les médecins généralistes. Le rapport entre la région ayant la plus forte densité de généralistes (PACA et Île-de-France à 190) et celle ayant la plus faible (le Centre à 131) est en effet de 1,5 alors qu'il dépasse 2 pour les spécialistes. Les inégalités sont encore plus marquées au niveau départemental pour l'offre de soins des médecins spécialistes du fait de leur propension à exercer dans les départements accueillant une ville universitaire.

La proportion de spécialistes au sein de l'ensemble des médecins est également très variable d'une région à l'autre : elle varie de 55,3 % en Île-de-France et 53,9 % en région PACA à 43,8 % en Nord – Pas-de-Calais, en corrélation assez étroite avec la densité globale de médecins (tableau 3). Avoir peu de médecins par habitant va donc en général de pair avec une faible proportion de spécialistes. C'est le cas par exemple de la Picardie, de la Champagne ou de la Haute-Normandie.

T2 : médecins par spécialité au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et évolution depuis 1990

	Nombre	densité				structure			Age moyen
		Totale	Généralistes	Spécialistes	Taux de croissance 2000 / 1985	% de spécialistes	% de femmes	% de libéraux	
Alsace	5 930	342	161	181	33 %	52,9 %	33,3 %	55,7 %	45,6
Aquitaine	10 035	345	163	182	23 %	52,9 %	32,7 %	65,2 %	46,0
Auvergne	3 757	287	155	132	25 %	45,9 %	34,4 %	61,8 %	46,0
Basse Normandie	3 769	265	136	129	34 %	48,7 %	31,9 %	58,2 %	45,7
Bourgogne	4 389	273	144	129	33 %	47,3 %	32,0 %	61,4 %	45,9
Bretagne	8 658	298	149	149	36 %	49,9 %	34,3 %	59,6 %	45,4
Centre	6 390	262	131	131	28 %	50,1 %	32,5 %	61,4 %	45,9
Champagne Ardenne	3 525	263	143	120	33 %	45,6 %	31,7 %	60,3 %	45,4
Corse	872	336	177	159	36 %	47,4 %	28,9 %	67,2 %	46,5
Franche-Comté	3 180	285	149	136	33 %	47,8 %	33,8 %	58,6 %	44,9
Haute Normandie	4 691	264	132	132	27 %	50,0 %	34,3 %	62,1 %	45,8
Île-de-France	46 558	425	190	235	14 %	55,3 %	42,6 %	55,6 %	47,3
Languedoc Roussillon	8 350	364	179	185	13 %	50,7 %	33,9 %	67,0 %	46,1
Limousin	2 302	324	171	153	34 %	47,2 %	34,4 %	60,2 %	45,0
Lorraine	6 788	294	146	148	35 %	50,3 %	33,1 %	57,2 %	45,3
Midi-Pyrénées	9 184	360	173	187	24 %	51,9 %	36,0 %	65,0 %	46,3
Nord – Pas-de-Calais	11 174	280	157	122	37 %	43,8 %	31,2 %	60,8 %	44,8
Pays de la Loire	8 586	266	140	126	31 %	47,4 %	34,2 %	61,7 %	45,3
Picardie	4 484	241	134	108	29 %	44,6 %	31,6 %	59,7 %	45,3
Poitou-Charentes	4 636	283	154	128	32 %	45,4 %	32,0 %	63,3 %	45,6
PACA	18 544	412	190	222	18 %	53,9 %	33,7 %	65,9 %	46,2
Rhône-Alpes	18 197	322	155	168	28 %	52,0 %	37,7 %	59,1 %	45,6
<b>France métropolitaine</b>	<b>194 000</b>	<b>332</b>	<b>162</b>	<b>170</b>	<b>25 %</b>	<b>51,2 %</b>	<b>35,9 %</b>	<b>60,3 %</b>	<b>46,1</b>

Source : Drees

*Les départs en retraite et l'évolution du nombre d'habitants par région pourraient entraîner une modification du paysage actuel*

Les facteurs qui influencent la densité médicale au niveau régional sont nombreux mais ne jouent pas tous dans le sens d'une réduction des inégalités de densité<sup>2</sup>.

La structure par âge des médecins dans chacune des régions va influencer sur l'importance relative que prendront les départs à la retraite ces prochaines années : plus une région possède actuellement de médecins âgés, plus elle est susceptible de voir ses effectifs se réduire rapidement. Les régions actuellement les mieux dotées (Île-de-France, PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Midi-Pyrénées) étant également celles qui possèdent les plus fortes proportions de médecins âgés (tableau 3), des variations importantes de densités médicales sont susceptibles d'être enregistrées pour ces régions entre 2010 et 2020, période de départs à la retraite massifs.

Enfin, l'évolution du nombre d'habitants par région a un rôle important mais souvent négligé dans l'appréciation des disparités géographiques à venir. Par exemple, la baisse prévue du nombre d'habitants du Limousin pourrait être un facteur d'accroissement de la densité médicale d'ici vingt ans. Cet effet vaut d'ailleurs pour presque toutes les régions : celles qui verront leur population s'accroître le plus sont également celles où l'on projette les baisses les plus fortes du nombre de médecins. À *numerus clausus*, nombre de postes à l'internat et comportements des médecins supposés identiques tout au long de la période 2000-2020, le paysage médical pourrait être différent en 2020 de celui que l'on connaît aujourd'hui. Les régions PACA, Languedoc et Aquitaine se verraient selon ces hypothèses relativement moins bien dotées que la moyenne tandis que le Nord - Pas-de-Calais, la Franche-Comté ou relativement l'Auvergne compteraient globalement plus de médecins par habitants.

Ces projections, qui ne correspondent pas nécessairement à un scénario réaliste de « comportements constants », ne portent toutefois que sur un nombre global de médecins, et ne traitent pas des déséquilibres qui peuvent exister dans certaines régions en matière d'offre de spécialistes.

2. Voir Annick Vilain, Xavier Niel, Sophie Pennec : « Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020 », *Études et Résultats* n° 57 mars 2000.

**Encadré 2 : l'harmonisation des données de démographie médicale :**

Les statistiques présentées dans ce document sont élaborées à partir du répertoire administratif ADELI auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Malheureusement, une part non négligeable d'entre eux ne le fait pas, surtout en milieu hospitalier. La DREES a donc engagé une procédure de redressement des données du répertoire en confrontant plusieurs sources relatives à la démographie médicale. Cette procédure s'est faite dans le double cadre, statistique et administratif, d'un groupe de travail du Comité national de l'information statistique (CNIS) et d'un Comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale, créée à la demande du cabinet du Secrétariat d'état à la santé. Les membres de ces groupes étaient nombreux : ordre des médecins, caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), caisses de retraite, mutuelles, fédérations hospitalières (FHF, FIEHP), syndicats professionnels (CSMF, CGT-FO), INSEE, représentants des directions du ministère : hôpitaux, Sécurité sociale, santé, représentants du Commissariat général au plan, de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, de la Conférence des doyens. Ces travaux ont été exposés au cours des années 1999 et 2000 et vont s'achever en 2001. Un accord a été obtenu de l'ensemble des membres des groupes, fixés en 1998 par le CNIS et en 1999 par le Comité ministériel, sur la façon d'estimer le nombre global de médecins, ainsi que sur sa répartition par région.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1990, sur un champ identique, les différentes sources donnaient par exemple

152 509 médecins inscrits dans ADELI  
166 125 médecins inscrits à l'Ordre

178 282 médecins actifs au recensement général de la population effectué par INSEE  
 Pour une statistique harmonisée de 173 100.

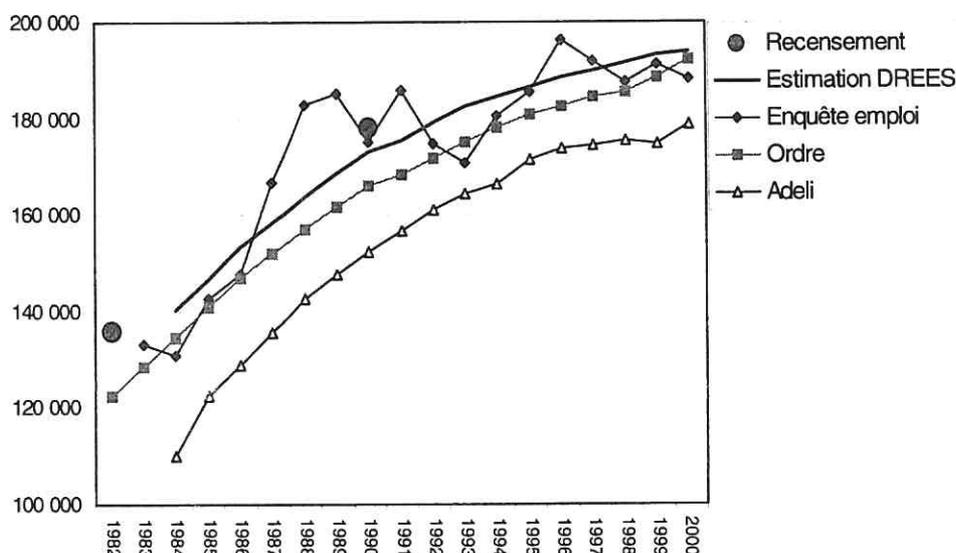
Il s'agit à chaque fois des médecins non retraités et hors internes ou faisant fonction d'interne. Ainsi, les données du recensement de 1990 sont redressées pour tenir compte des erreurs de déclarations : beaucoup d'internes ou d'étudiants rémunérés se déclaraient en effet médecins salariés de l'hôpital. Les données de population active publiées par l'INSEE donnaient ainsi abusivement 191 118 médecins actifs début 1990 (celles du recensement de 1999 ne seront pas disponibles avant 2002 avec le niveau de détail nécessaire à ce travail).

Le nombre réel de médecins en exercice se situe vraisemblablement entre les inscrits à l'Ordre et les données du recensement. Un très faible nombre de médecins n'est en effet pas tenu de s'inscrire à l'Ordre (les médecins fonctionnaires par exemple) ; d'autres refusent de s'y inscrire, par négligence ou pour des raisons personnelles. Un moyen d'estimer année après année le nombre global de médecin est d'utiliser l'enquête Emploi de l'INSEE : cette enquête est effectuée et saisie par des enquêteurs de l'Insee au domicile des individus enquêtés ; les contrôles de cohérences des réponses sont automatisés, ce qui évite certaines déclarations erronées ou trop vagues que l'on peut trouver dans les bulletins du recensement remplis par les enquêtés eux-mêmes. Malgré la très grande taille de l'échantillon de l'enquête Emploi, le nombre de médecins touchés par cette enquête reste faible, ce qui engendre une incertitude bien trop grande sur le nombre de médecins estimé (graphique).

L'utilisation de ces données en tendance fournit en revanche une estimation beaucoup plus stable du nombre global de médecins. On estimait ainsi ces dernières années à environ 4 000 le nombre de médecins non inscrits à l'Ordre. Ce nombre s'est réduit en 1999 et en 2000 et ne représente plus que 1 700 médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2000. L'écart entre l'estimation issue de l'enquête emploi début 2000 (194 000 médecins) et le nombre de médecins inscrits dans ADELI (178 795) se situe exclusivement sur les médecins salariés. Les médecins libéraux du fichier ADELI ne sont donc pas redressés. La répartition régionale des médecins inscrits à l'Ordre est ensuite utilisée pour redresser au niveau régional le fichier ADELI. Chaque médecin salarié inscrit dans ADELI est donc affecté d'un poids de redressement qui dépend de la région dans laquelle il exerce et de sa situation professionnelle (hospitalier ou non hospitalier)\*.

- Voir pour une description plus complète : Daniel Sicart, « Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », Document de travail n° 14, décembre 2000 (Collection statistiques), DREES.

### Effectifs de médecins en activité - hors internes

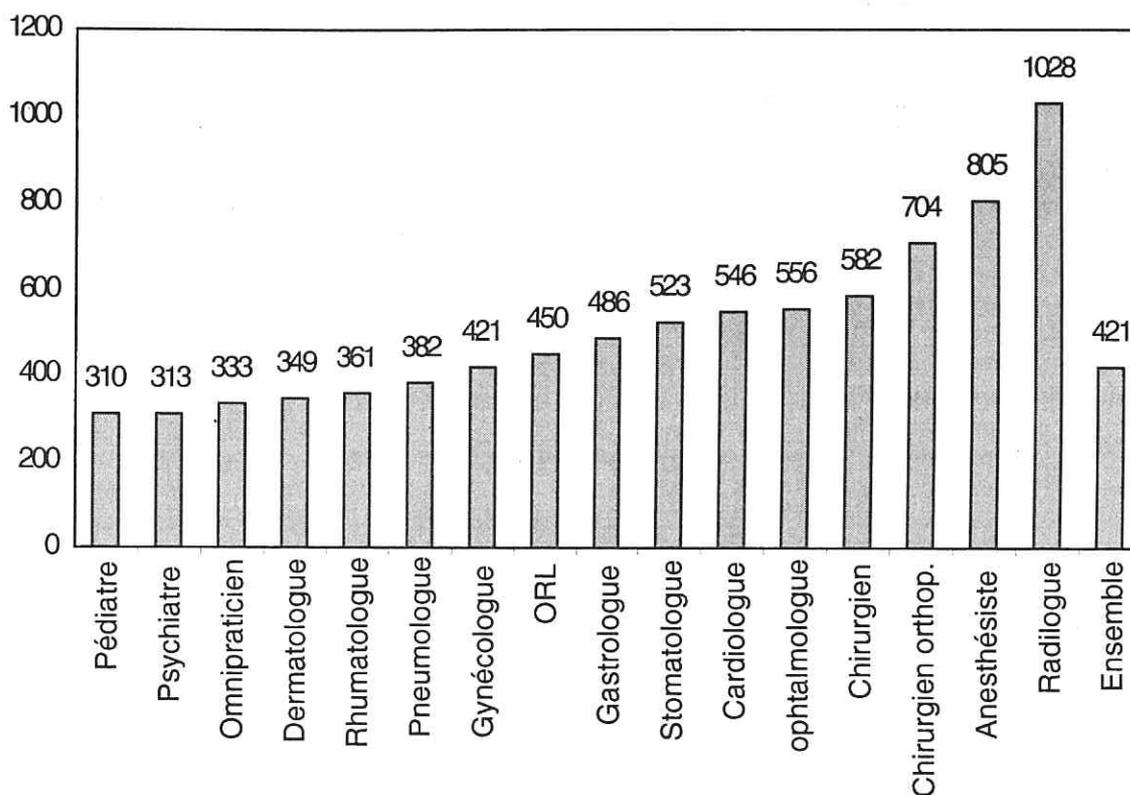


Sources : Drees, Ordre des médecins, INSEE

## II- L'évolution des revenus issus de l'activité libérale des médecins à la fin 1998

En 1998, le revenu moyen net de charges professionnelles provenant de la seule activité libérale des médecins variait selon les disciplines, de 310 000 francs pour les pédiatres à 1 million de francs pour les radiologues (graphique 3). La moitié des médecins percevait un revenu par tête compris entre 242 000 et 510 000 francs. Cette échelle va de 281 000 à 701 000 francs si l'on ne retient que les spécialistes. Cette dispersion s'est atténuée durant la dernière décennie, en raison d'une progression généralement plus importante des revenus les plus faibles.

G3 : revenu moyen libéral en milliers de francs par discipline hors activité salariée éventuelle



Sources : DGI, SNIR, DREES

### *Croissance du revenu libéral des médecins très différente selon la discipline*

En 1998, le revenu moyen a crû de 4,3 % atteignant ainsi un montant de l'ordre de 420 000 francs. Il a davantage augmenté pour les généralistes (4,8 %) que pour l'ensemble des spécialistes (3,8 %). Les revalorisations tarifaires ont surtout eu un impact en 1998 sur l'évolution du revenu des omnipraticiens, tandis que c'est une activité soutenue qui a contribué à l'accroissement de celui des radiologues, pneumologues, rhumatologues, pédiatres, dermatologues et ophtalmologues. Les dépassements d'honoraires ont joué un rôle significatif dans la croissance du revenu des gynécologues et des chirurgiens. L'augmentation du revenu moyen des stomatologues s'est poursuivie malgré une activité globale en baisse, suite à la baisse des effectifs de la profession. La stabilisation des revenus des chirurgiens orthopédiques est en revanche allée de pair avec une hausse de plus de 6 % de leur nombre au cours de l'année.

### Une croissance du revenu des médecins très fluctuante ces dix dernières années

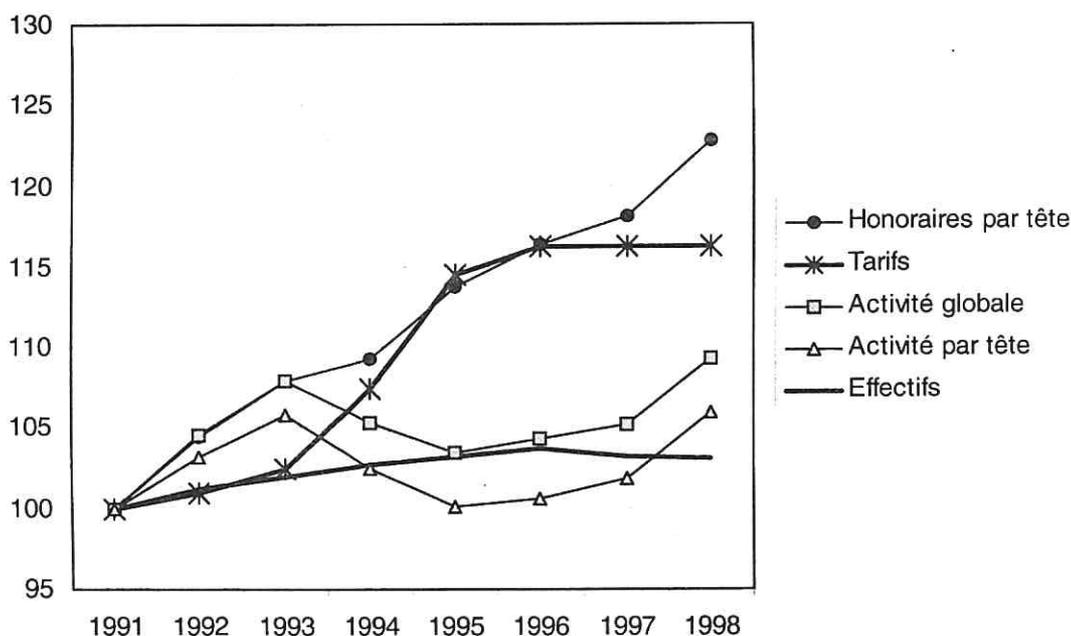
Entre 1991 et 1998, l'accroissement de l'activité globale des médecins a été légèrement supérieur à celle des effectifs : l'activité par médecin a augmenté en moyenne de 0,8 % par an. Cette activité a subi en fait d'importantes fluctuations, à la baisse en 1994 et 1995, puis à la hausse (graphique 4). Les tarifs ayant dans le même temps été revalorisés au rythme annuel moyen de 2,2 %, les médecins ont enregistré une augmentation de leurs honoraires individuels de 3 % par an.

Si les honoraires par médecin ont augmenté, les charges financières qui pèsent sur leur exercice se sont également accrues : 3,4 % par an en moyenne. Le revenu moyen a donc augmenté de 2,7 % par an. Au total, le pouvoir d'achat, calculé en divisant le revenu par l'évolution des prix à la consommation a progressé de 6,5 % en sept ans, soit un accroissement moyen de 0,9 % par an (graphique 5).

Sur cette période, toutes les spécialités ont vu, leur revenu libéral augmenter : de 0,7 % par an en moyenne pour les chirurgiens orthopédiques à 5,5 % pour les radiologues, dont 14 % d'augmentation en 1997 pour ces derniers. L'augmentation des prix à la consommation ayant été en moyenne de 1,8 % par an, cela a entraîné une érosion du pouvoir d'achat des chirurgiens, des dermatologues et des ORL et une stagnation du revenu réel des gynécologues. À l'autre extrémité, les revenus des radiologues, des ophtalmologues et des pneumologues ont crû à un rythme annuel élevé, supérieur à 4 %<sup>3</sup>).

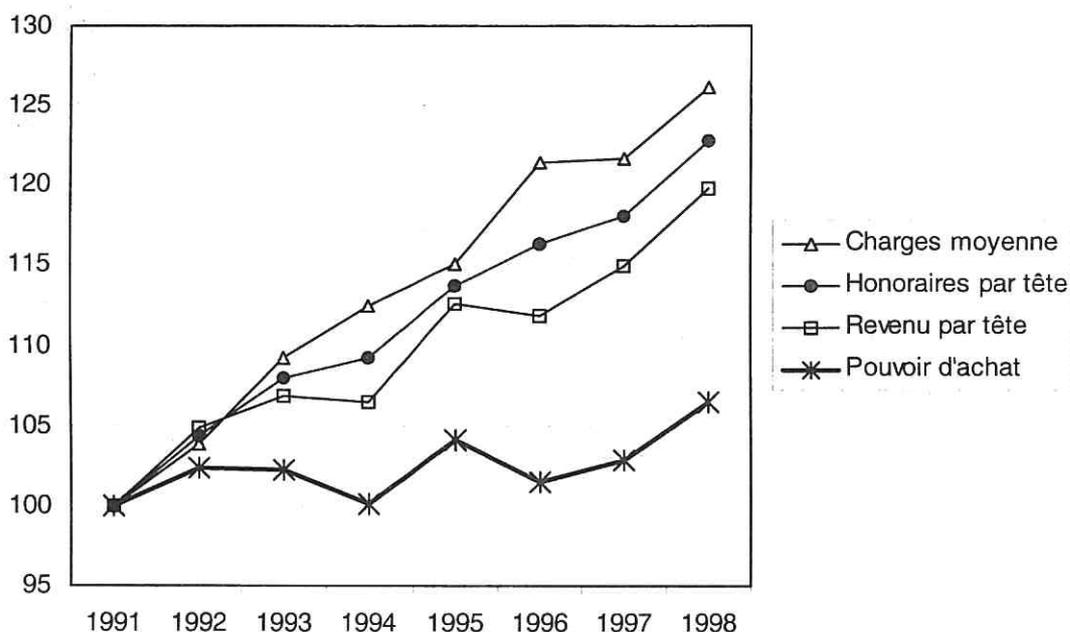
3. Voir Sophie Audric, Ève Roumiguières : « L'évolution du revenu libéral des médecins en 1998 » Études et Résultats n° 89 novembre 2000.

G4 : évolution des effectifs et de l'activité des médecins libéraux. Base 100 en 1991



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM (SNIR)

G5 : évolution du revenu par personne et du pouvoir d'achat des médecins libéraux.  
Base 100 en 1991



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM (SNIR), DGI

### Encadré 3 : le revenu libéral des médecins. Méthode et sources

Les **honoraires** retenus sont les honoraires totaux moins les honoraires rétrocédés aux remplaçants et les débours (chèques impayés et autres). Ils ne prennent pas en compte les actes non déclarés par le patient (en psychiatrie par exemple) ou les activités annexes (comme des publications ou des salaires).

Les **charges** sont constituées des dépenses professionnelles (qui comprennent, entre autres, les cotisations sociales), des différents postes financiers liés aux investissements (comme les dotations aux amortissements ou les provisions pour dépréciation) ainsi que le résultat des sociétés civiles de moyens et des impôts liés à l'activité (TVA, taxe professionnelle, taxes foncières, CSG, CRDS et autres). En sont exclus les pertes ou gains liés à des placements financiers indépendants de l'activité du praticien proprement dite. Les charges prises en compte ici sont celles dues au titre de l'année et non celles effectivement payées au cours de l'année. Par exemple, la CSG a été payée par les médecins en 1998 aux trois quarts de la somme due cette même année, le paiement du quart suivant ayant été reporté à l'année suivante. Nous avons comptabilisé pour l'année 1998 la somme globale de la CSG due en 1998, et non uniquement les trois quarts.

#### L'indice de prix des tarifs conventionnés

Il mesure l'évolution du prix des actes conventionnés, pondérés par la structure des actes effectués durant l'année, pour chaque spécialité.

#### L'indice d'activité

Il est calculé en divisant l'évolution des honoraires nets hors dépassements et frais de déplacement par l'indice des tarifs conventionnés.

Le constat annuel sur le revenu libéral des professions de santé est établi à partir d'une estimation des recettes et des charges par spécialité.

Deux sources de données sont utilisées : les statistiques du système national inter-régimes (SNIR) élaborées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la MSA et la CANAM pour les honoraires et les effectifs (même si le praticien possède une faible activité libérale) et les statistiques fiscales de la Direction Générale des Impôts (DGI) pour les charges professionnelles, ces statistiques concernant les médecins à activité normale (remplaçants exclus) ayant rempli une déclaration contrôlée, conventionnés ou non, hospitaliers à temps plein compris.

Les évaluations respectives des recettes et des charges permettent alors d'estimer pour chaque année le revenu moyen par praticien provenant de l'activité libérale avant impôt sur le revenu, sur l'ensemble du champ ou sur les seuls médecins « à part entière » (APE).

Par exemple, pour les omnipraticiens en 1998, les calculs s'effectuent ainsi :

Honoraires (en milliers de francs)	38 604 384	(source : SNIR)
Débours et rétrocessions d'honoraires	3,7 %	(source : DGI)
Honoraires nets (en milliers de francs)	37 175 536	
Effectifs	60 514	(source : SNIR)
Honoraires nets moyens (en milliers de francs)	614	
Poids des charges	45,7 %	(source : DGI)
Revenu moyen (en milliers de francs)	333	
Indice des prix à la consommation (base 100 en 1990)	116	(source : INSEE)
Revenu moyen en milliers de francs 1990	287	

Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un franc d'honoraires au cours de l'année.

### **III- La durée du travail des médecins**

*Les médecins déclaraient en 1999 travailler en moyenne environ 50 heures par semaine*

Interrogés en 1999 sur leur durée du travail la semaine précédant l'enquête Emploi, les médecins à temps complet déclarent travailler près de 53 heures par semaine (tableau 3). Ceux qui ont choisi le temps partiel indiquent, quant à eux, travailler en moyenne 28 heures par semaine.

La moitié des médecins travaille entre 40 et 60 heures par semaine. Cette répartition dépend bien évidemment du choix du médecin en matière d'organisation de son temps de travail. La moitié des médecins à temps plein travaille en effet entre 45 et 60 heures par semaine, tandis que la moitié de ceux à temps partiel travaille entre 20 et 32 heures par semaine (graphique 8).

Les hommes à temps complet travaillent en moyenne dix heures de plus que les femmes à temps complet. L'âge ne semble, en revanche, pas jouer significativement sur la durée moyenne de travail : si globalement en 1999, les médecins de moins de quarante-cinq ans travaillent trois heures de moins que leurs confrères plus âgés, c'est avant tout parce que la proportion de femmes est plus élevée parmi les jeunes médecins. Ça n'est qu'à partir de cinquante-cinq ans que les médecins commencent à travailler légèrement moins. La localisation de l'exercice ne semble pas non plus exercer un rôle en tant que tel : si la durée du travail des médecins de campagne est en moyenne plus élevée qu'en ville, cela est dû à

la forte proportion de médecins généralistes et à une féminisation moins marquée en milieu rural.

*Les généralistes libéraux ont des semaines plus chargées que leurs confrères spécialistes ou salariés*

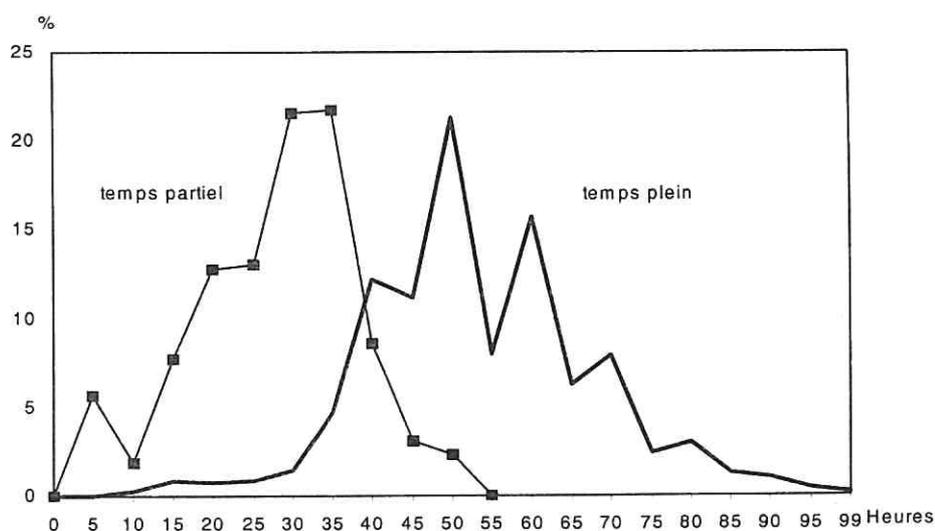
Les généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 56 heures par semaine. Qu'ils soient à temps complet ou partiel, hommes ou femmes, qu'ils exercent à la campagne, en ville ou en agglomération parisienne, leur semaine de travail apparaît plus chargée que celle de leurs confrères (tableau 3). En moyenne, les spécialistes libéraux et les médecins salariés hospitaliers travaillent en effet entre 48 et 49 heures, et les salariés non hospitaliers autour de 41 heures par semaine. Sur dix ans, seule la durée de travail de ces derniers semble toutefois augmenter (elle était de 36 heures en moyenne au début de la décennie), conséquence de l'augmentation de la part de ces médecins salariés travaillant à temps plein.

T3 : durée hebdomadaire de travail des médecins en janvier 1999

		Libéral généraliste	Libéral spécialiste	Salarié hospitalier	Salarié non hospitalier	Ensemble
Hommes	Temps complet	58,8	56,1	53,7	50,1	<b>56,3</b>
	Temps partiel	n.s.	27,2	n.s.	n.s.	<b>25,8</b>
	Ensemble	58,6	55,1	53,4	49,0	<b>55,7</b>
Femmes	Temps complet	51,3	41,7	46,6	43,5	<b>45,8</b>
	Temps partiel	33,9	28,5	26,3	24,3	<b>27,7</b>
	Ensemble	46,9	38,6	42,2	36,7	<b>41,2</b>
Ensemble	Temps complet	57,5	51,3	50,8	46,5	<b>52,9</b>
	Temps partiel	32,5	28,2	26,2	24,8	<b>27,5</b>
	Rural	56,7	52,3	44,4	40,6	<b>51,9</b>
	Villes	56,4	49,3	48,8	37,2	<b>50,5</b>
	Agg. parisienne	52,4	46,1	48,0	47,0	<b>48,2</b>
Ensemble		<b>56,0</b>	<b>48,8</b>	<b>48,1</b>	<b>41,1</b>	<b>50,1</b>

Source : INSEE, enquête Emploi.

G6 : répartition de la durée hebdomadaire de travail



Source : Insee, Enquête Emploi

Lecture : 21 % des médecins à temps plein travaillent entre 46 et 50 heures par semaine.

# LES INFIRMIÈRES

## I- L'évolution de la démographie des infirmières

### *Un accroissement des effectifs quasi continu depuis 1971*

Les effectifs d'infirmières ont connu une augmentation quasi continue depuis le début des années 70, passant de 150 000 en 1971 à 383 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Le rythme de cette progression, d'abord très vif en début de période, s'est légèrement ralenti ces dernières années et se situe, en moyenne, autour de 2 % par an.

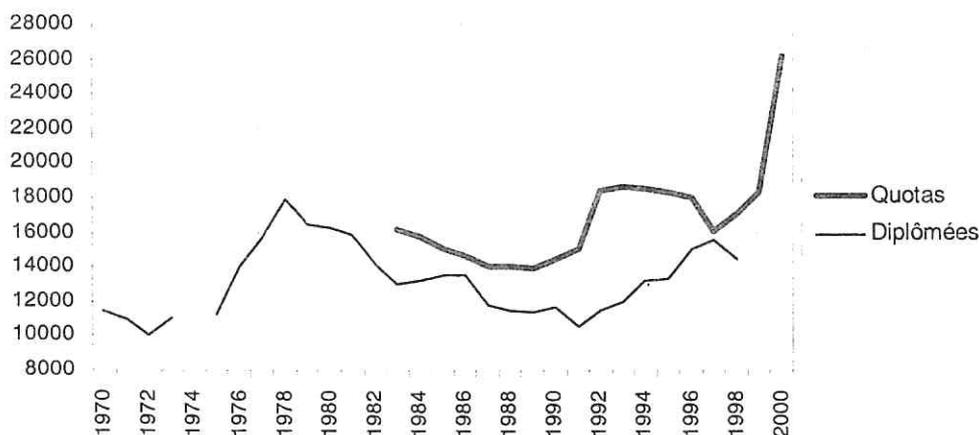
La part des infirmières en secteur libéral a légèrement progressé au cours de ces dix dernières années au détriment du secteur hospitalier. Les infirmières libérales représentent en effet désormais 15 % de l'effectif global contre 10 % en 1988. L'hôpital public reste malgré tout le plus gros employeur, avec 55 % des effectifs.

### *Un vieillissement sensible, qui ne remet toutefois pas en cause l'augmentation des effectifs*

Comme pour beaucoup de professions de santé, l'évolution la plus considérable de ces quinze dernières années est sans doute le vieillissement de la population infirmière. L'âge moyen est passé de trente-quatre ans en 1983 à quarante et un ans début 2000. Conséquence directe de l'évolution du nombre de diplômes attribués au cours des années 80, la proportion de jeunes n'a cessé de baisser jusqu'en 1997, alors que celle des plus de quarante ans a plus que doublé et dépasse actuellement 50 %.

Ce vieillissement va entraîner une augmentation prochaine du nombre de départs à la retraite. Une baisse des effectifs ne s'annonce cependant pas dans un avenir proche, dans la mesure où les entrées dans la profession compensent encore les sorties prévisibles. Le nombre de diplômées a en effet connu une hausse sensible depuis 1992, conséquence directe de l'évolution des quotas (graphique 1). En supposant maintenu le niveau des quotas tel qu'il était fixé en 1999 (18 270 élèves par an), les effectifs infirmiers dépasseraient ainsi 400 000 en l'an 2006 et poursuivraient leur progression à un rythme amoindri pour atteindre près de 430 000 en 2020. Compte tenu de l'ampleur des besoins signalés par les établissements et des perspectives de passage aux 35 heures, afin d'accélérer l'accroissement des effectifs, les quotas ont été augmentés de 8 000 élèves supplémentaires en 2000.

G1 : évolution des quotas et du nombre de diplômes attribués



Source : Drees

## II- La durée du travail des infirmières

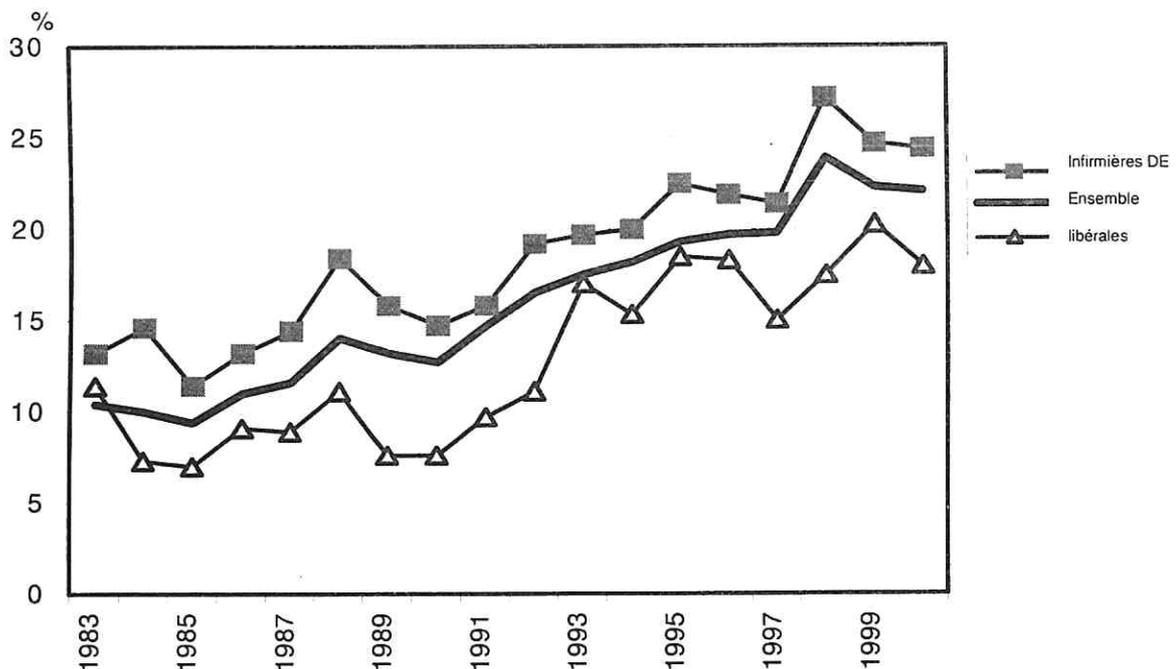
### *Augmentation de la part du temps partiel*

La proportion d'infirmières à temps partiel a doublé depuis 1983 et s'est établit à 22 % au début 2000 (graphique 2). Les disparités sont assez sensibles selon le secteur d'activité et la spécialisation des infirmières :

- Les infirmières spécialisées travaillent moins à temps partiel (18,3 %) que les infirmières diplômées d'état (I.D.E., 24,4 %).
- Les infirmières du secteur hospitalier travaillent moins à temps partiel (20,4 %) que celles travaillant dans le secteur social ou en administration (27,1 %). La différence entre le secteur hospitalier public et privé ne peut s'appréhender au travers des sources examinées du fait de la petite taille de l'échantillon.
- Les infirmières libérales travaillent relativement peu à temps partiel (18 %)

Le temps partiel est dans la très grande majorité des cas un libre choix : en 2000, 15 % des infirmières à temps partiel indiquent qu'elles souhaiteraient travailler davantage, parmi lesquelles 7 % préféreraient un temps plein. Alors que depuis 1995, le temps partiel était surtout le fait des infirmières les plus âgées, ce choix ne dépend plus, en l'an 2000, de l'âge : la même proportion d'infirmières à temps partiel interrogées dans le cadre de l'enquête Emploi est observée qu'elles aient plus ou moins de 40 ans.

G2 : évolution de la proportion d'infirmières à temps partiel



Source : Insee, enquête Emploi

### *Des évolutions du temps de travail différentes selon les secteurs*

Si la part du temps partiel a plus que doublé, la durée moyenne de ce travail a elle aussi augmenté, passant de 24 heures par semaine en 1983 à 27 heures début 2000. En cumulant les deux effets – augmentation de la proportion du travail à temps partiel et allongement de sa durée – on peut alors mettre en évidence que 100 emplois recensés correspondaient à 95,6 infirmiers à temps plein en 1983 et n'en représentent plus que 92,9

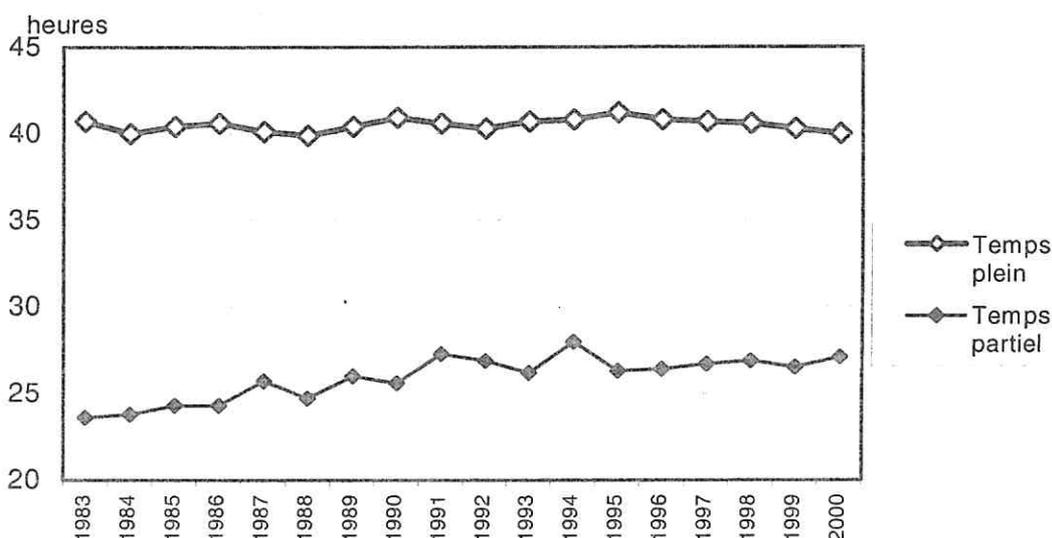
en 2000. Ainsi, un doublement de la part du temps partiel a réduit, en dix-sept ans, le volume global de travail d'environ trois postes à temps plein pour 100 infirmières (graphique 3).

La durée du temps partiel a évolué différemment selon les secteurs d'activité ces dernières années. Elle a augmenté dans les hôpitaux publics (27,5 heures en 2000) et diminué dans les cliniques (24,3 heures) alors qu'elles étaient semblables jusqu'en 1997 (26,4 heures).

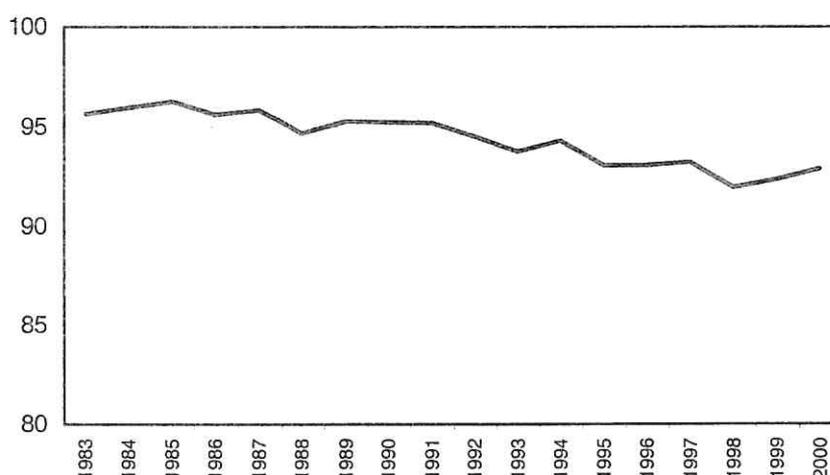
La durée du temps complet est extrêmement stable depuis 1993 : 39 heures habituellement travaillées dans le secteur hospitalier public. Cette même moyenne est observée dans le secteur privé jusqu'en 1999, où elle chute pour s'établir à 37,5 heures début 2000, du fait du passage aux 35 heures d'un certain nombre d'entre elles.

Les infirmières libérales travaillent enfin plus longtemps en moyenne que leurs homologues salariées déclarant, respectivement, 50 heures à temps plein et 30 heures à temps partiel.

G3 : a - évolution de la durée du travail, tous secteurs confondus



b - évolution de l'emploi total en équivalent temps plein



Source : Insee, enquête Emploi

### III- L'évolution des salaires et du revenu de l'activité libérale des infirmières

#### *Des salaires plus élevés en hôpital public qu'en cliniques privées*

Selon l'enquête Emploi de l'INSEE, le salaire moyen, primes comprises, déclaré par les infirmières se situe autour de 11 000 francs en mars 2000 (tableau 1). Ce salaire a augmenté depuis 1991 de 26 %, soit une croissance moyenne de 2,6 % par an. Il s'élève en 2000 à 11 700 francs pour un temps plein et à 8 600 francs pour un temps partiel. Du fait de l'augmentation tendancielle de la durée du temps partiel, les salaires des emplois à temps partiel ont beaucoup plus augmenté (3,8 % par an en moyenne entre 1991 et 2000) que ceux des emplois à temps plein (2,8 %).

Les salaires dans les hôpitaux sont plus élevés que dans l'ensemble des autres secteurs bien que les écarts restent assez faibles. Les différences de salaires sont en revanche plus nettes entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, puisqu'elles se situent autour de 1 100 francs mensuels nets pour un temps plein (tableau 1). Le secteur privé englobe ici le secteur lucratif et celui participant au service public hospitalier, sans possibilité de les distinguer. Il n'est pas davantage possible de distinguer ici les primes selon leur nature (garde, astreintes, autres).

T1 : salaires moyens déclarés par les infirmières en mars 2000

<i>En francs</i>	<b>Total</b>	<b>Public</b>	<b>Privé</b>	Évolution 2000/1991 Taux moyen par an
Temps plein	11 744	12 041	10 930	2,8 %
<i>dont hôpitaux</i>	11 825	12 128	10 839	
Temps partiel	8 559	9 019	7 379	3,8 %
<i>dont hôpitaux</i>	8 967	9 255	7 892	
<b>Ensemble</b>	<b>11 020</b>	<b>11 364</b>	<b>10 093</b>	2,6 %
<i>dont hôpitaux</i>	11 260	11 546	10 305	

Source : Insee enquête Emploi, mars 2000,

Remarque : il s'agit des salaires nets, déclarés à l'enquête Emploi par les salariés eux-mêmes, y compris les primes. Compte tenu de l'ignorance des enquêtés concernant leurs propres revenus, on estime en général à un peu moins de 5 % la sous estimation de ces revenus.

#### *Les revenus provenant de l'activité libérale : érosion du pouvoir d'achat jusqu'en 1997*

Le revenu net moyen mensuel provenant de l'activité libérale d'un infirmier s'élevait fin 1998 à 14 500 francs, en progression de 2,5 % par rapport à 1997 (tableau 2 et graphique 4). Les tarifs conventionnés étant restés stables, l'augmentation du revenu provient donc principalement de celle du volume de l'activité libérale (les dépassements d'honoraires sont négligeables).

Sur plus long terme, le revenu libéral par personne a évolué de façon irrégulière entre 1991 et 1998 et n'a progressé en moyenne que de 0,5 % par an (3,9 % sur l'ensemble de la période), soit une diminution de 1,1 % par an en termes de pouvoir d'achat.

À titre de comparaison, les salaires déclarés à l'enquête emploi de l'Insee ont augmenté sur la même période de presque 20 %, soit en moyenne 2,6 % d'augmentation par an (1,8 % dans le seul secteur privé, 2,9 % dans le public). Ils s'établissaient fin 1998 à environ 10 700 francs.

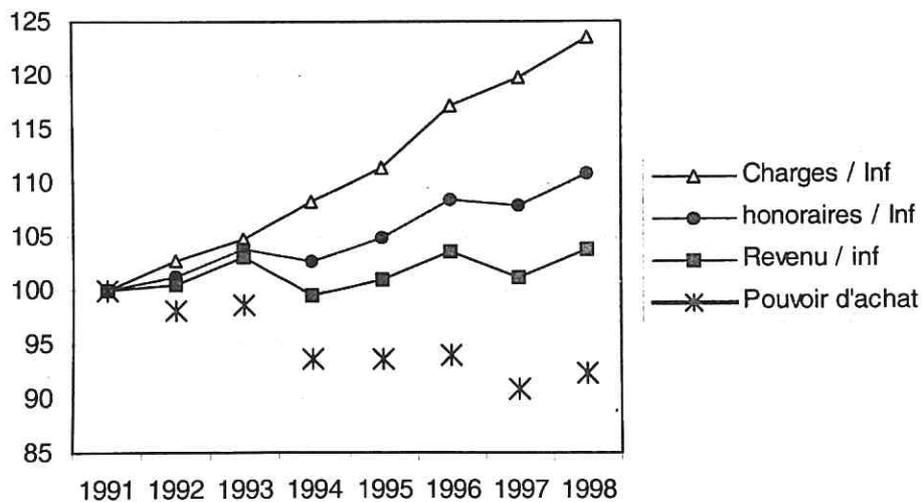
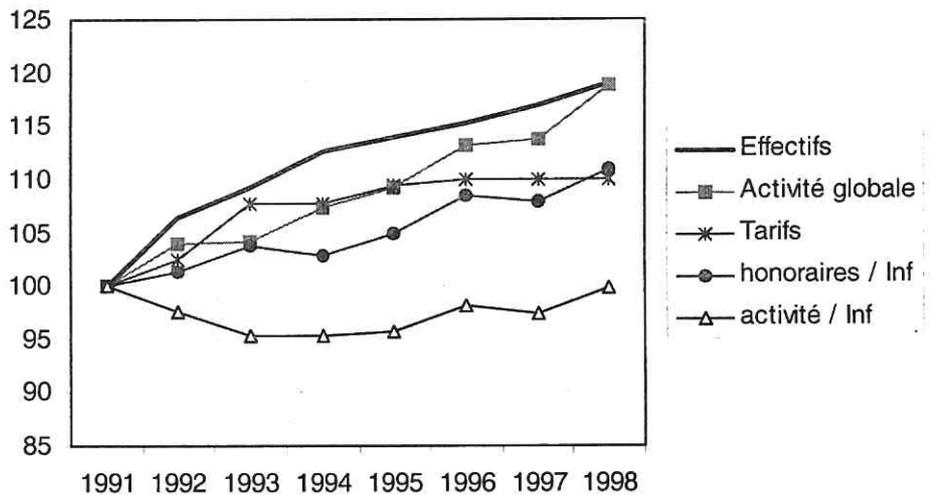
T2 : montant et évolution du revenu annuel libéral moyen et de ses composantes

	1998 en milliers	Évolution en pourcentage							1998 - 1991 évolution moyenne par an
		92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	
Effectifs	46,570	+6,5	+2,5	+3,2	+1,2	+1,0	+1,5	+1,8	2,5%
Total des honoraires nets *	13 586 684	+7,9	+5,1	+2,2	+3,3	+4,4	+0,9	+4,5	4,0%
Activité globale		+4,0	+0,1	+3,1	+1,8	+3,5	+0,6	+4,5	2,5%
Tarifs conventionnés		+2,5	+5,1	+0,0	+1,6	+0,4	+0,0	+0,0	1,4%
Honoraires nets moyens *	292	+1,3	+2,5	-1,0	+2,1	+3,4	-0,5	+2,7	1,5%
Activité moyenne		-2,4	-2,3	-0,1	+0,5	+2,5	-0,8	+2,6	0,0%
Charges moyennes		+2,7	+2,1	+3,4	+2,9	+5,1	+2,2	+3,0	3,1%
Revenu moyen *	175	+0,5	+2,7	-3,5	+1,6	+2,4	-2,2	+2,5	0,5%
Pouvoir d'achat		-1,8	+0,6	-5,1	-0,1	+0,4	-3,4	+1,7	-1,1%

\* en milliers de francs courants

Sources : CNAMTS, MSA, Canam (SNIR), DGI

G4 : évolution du revenu libéral et de ses composantes



Sources : CNAMTS, MSA, Canam (SNIR), DGI

# LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

## I – L'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes

*Une profession peu salariée et de plus en plus féminisée*

Après avoir connu une rapide expansion au cours des années 90, le nombre de masseurs – kinésithérapeutes en exercice atteint 52 100 au 1<sup>er</sup> janvier 2000. La part des femmes est de 42 %, part qui varie beaucoup selon que l'activité principale s'exerce en cabinet (36 % de femmes) ou à l'hôpital 63 %<sup>4</sup>. La féminisation des études s'est accrue pendant les années 70. La proportion de diplômées parmi les lauréats est ainsi passée de 36 % en 1970 à 43 % en 1982 et fluctue autour de 50 % depuis la fin des années 80. Cette féminisation des études a pour conséquence une proportion de femmes en exercice plus forte parmi les praticiens les plus jeunes.

La profession de masseur-kinésithérapeute est aux trois quarts libérale (77 %). Cette orientation est surtout prise par les jeunes praticiens : 82 % des professionnels de moins de trente ans sont libéraux. La pratique à l'hôpital est plus fréquente chez les praticiens de quarante à cinquante ans que chez les autres, sans que l'on sache encore s'il s'agit d'un parcours professionnel habituel ou d'un effet de génération.

*Des effectifs en forte progression depuis vingt ans et qui devraient progresser encore d'ici 2020, mais à un rythme beaucoup moins soutenu*

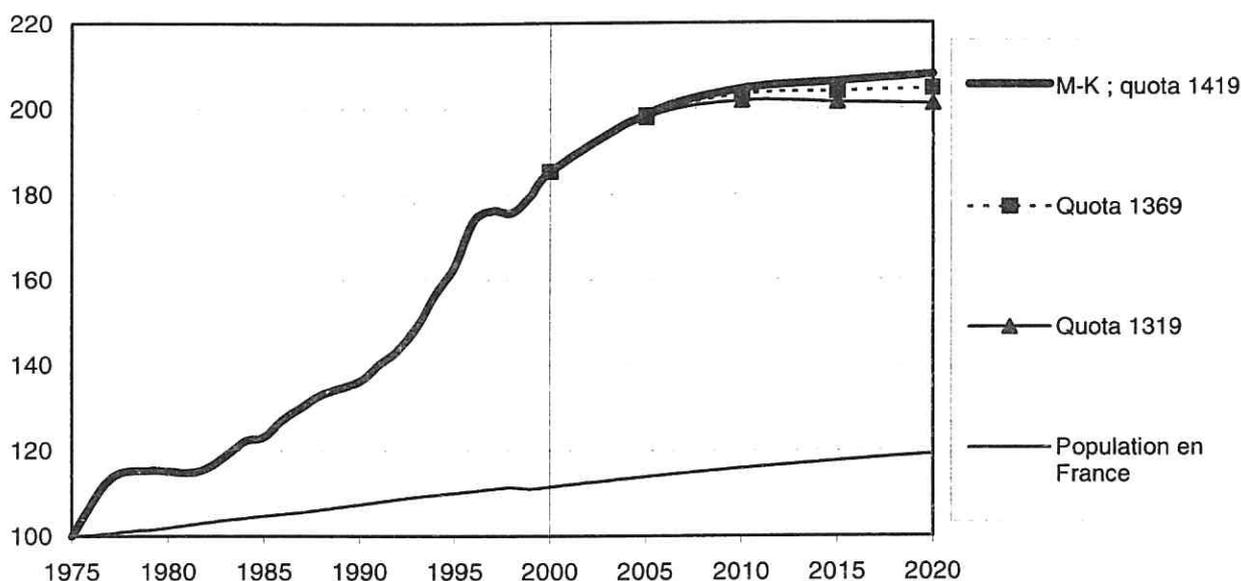
Depuis 1975, la croissance du nombre masseurs-kinésithérapeutes a été sensiblement plus rapide que celle de la population française. L'augmentation a été particulièrement vive sur la période 1990-2000, où les effectifs ont augmenté de 36 % (graphique 1).

Un maintien du quota de masseurs-kinésithérapeutes à 1 419 en France métropolitaine (niveau fixé en 1998) aboutirait en 2020 à des effectifs de 58 400, soit une augmentation de 30 % de plus qu'aujourd'hui. Un quota légèrement inférieur, à 1 369, entraînerait une augmentation des effectifs de 10,4 %. Cette augmentation serait surtout visible les dix premières années. À partir de 2010, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes devraient en effet, se stabiliser. Quel que soit le nombre d'élèves admis en institut de formation chaque année, la progression du nombre de praticiens entre 2000 et 2020 serait donc sans commune mesure avec celle qui a été enregistrée depuis 1980 (graphique 1).

Compte tenu de la croissance de la population prévue sur cette période (+ 6,8 %), cette hausse des effectifs correspond à une densité qui, de 89 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, passerait à 93 en 2020 dans l'hypothèse d'un quota maintenu à 1 419, soit une augmentation de l'ordre de 5 %.

4. Voir Marc Simon, Daniel Sicart : « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000, répertoire ADELI » , Document de travail n° 9, août 2000 (Collection statistiques), DREES.

G1 : évolution et projection des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes et de la population française (base 100 en 1975)

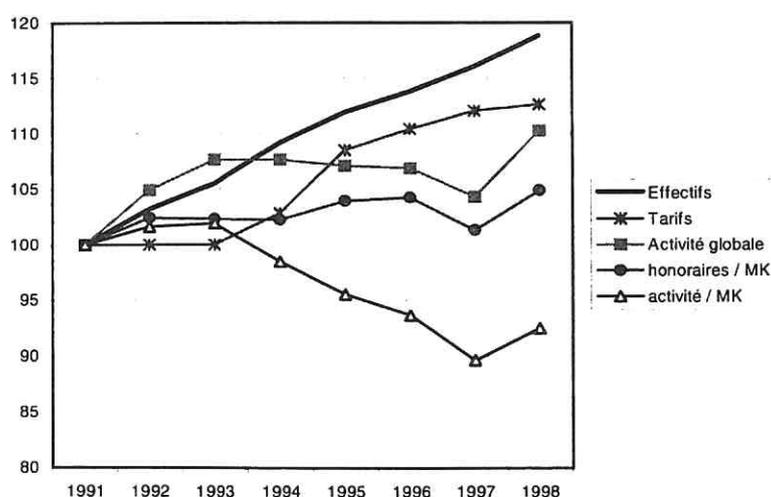


M-K : masseurs-kinésithérapeutes.  
Sources : DREES, INSEE

## II – L'évolution du revenu des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la fin 1998

Entre 1991 et 1998, l'accroissement du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+ 2,5 % par an en moyenne) a été bien supérieur à celui de l'activité globale, qui n'a augmenté que de 1,4 % par an. L'activité par masseur a donc baissé au rythme moyen de 1,1 % par an. Les tarifs ayant quant à eux augmenté de 1,7 % par an en moyenne sur la même période (augmentation qui ne s'est en fait réalisée qu'à partir de 1994), les honoraires par personne ont quand même augmenté, en moyenne de 0,7 % par an, soit de 5 % entre 1991 et 1998 (graphique 2).

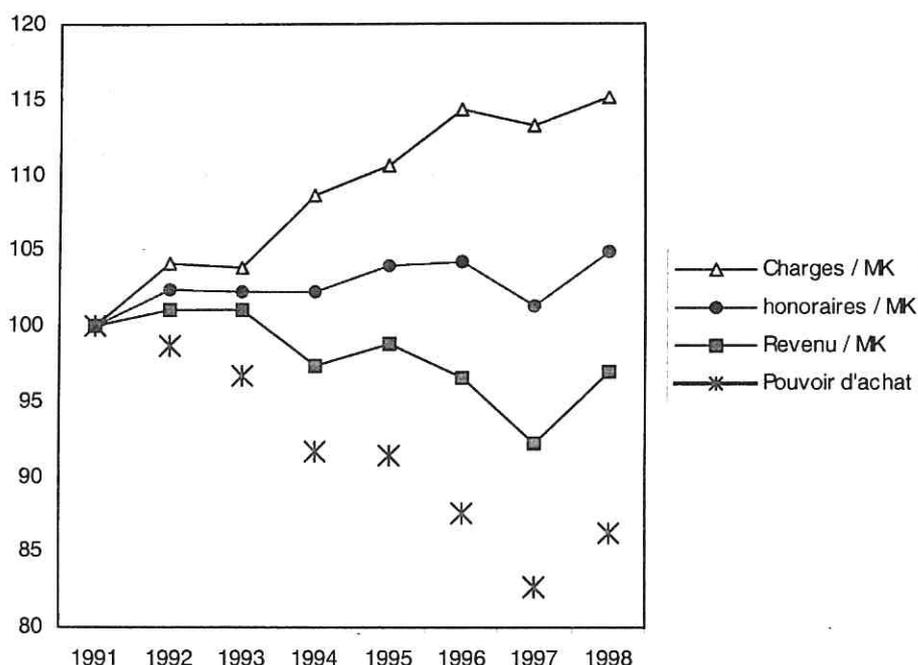
G2 : évolution des effectifs et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Base 100 en 1991



M-K : masseurs-kinésithérapeutes.  
Sources : CNAMTS, MSA, CANAM (SNIR)

Si les honoraires par personne ont légèrement augmenté, leurs charges se sont également accrues : 2 % par an en moyenne, soit une augmentation de 15 % en sept ans. Le revenu moyen a donc baissé malgré un redressement récent en 1998 où l'augmentation a été de 5,2 % mais n'a pas encore pu équilibrer les fortes baisses observées en 1994, en 1996 et en 1997. Au total, le pouvoir d'achat, calculé en divisant le revenu par l'évolution des prix à la consommation s'est accru de 4,4 % en 1998 mais après une diminution de 17 % depuis 1991, soit en moyenne 2,1 % par an (graphique 3).

G3 : évolution du revenu par personne et du pouvoir d'achat des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Base 100 en 1991



M-K : masseurs-kinésithérapeutes.  
Sources : CNAMTS, MSA, CANAM (SNIR), DGI

### III - La répartition géographique de l'offre de soins

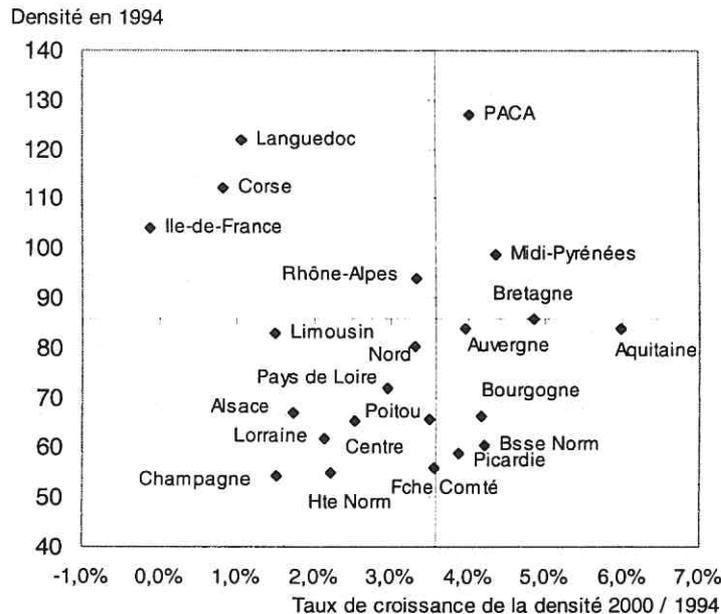
En France, la densité moyenne est de 89 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. L'écart entre la région la moins bien dotée (Champagne-Ardenne, à 55) et la mieux dotée (PACA à 132) est important (tableau 1). Globalement, les régions les moins bien dotées en 1994 ont vu leur densité s'accroître moins rapidement que la moyenne (Champagne-Ardenne, Alsace, Haute-Normandie). Régions à forte densité de masseurs-kinésithérapeutes, PACA et Midi-Pyrénées ont enregistré des hausses relativement fortes de leur densité depuis 1994, tandis que celles de l'Île-de-France, de la Corse et du Languedoc-Roussillon ont augmenté moins vite que la moyenne (graphique 4). Dans l'ensemble, les disparités géographiques ne se sont pas atténuées ces dernières années.

TI : masseurs – kinésithérapeutes au 1<sup>er</sup> janvier 2000

	Nombre	Densité	Taux de croissance 2000 / 1985	% de femmes	% de moins de 30 ans	% de 55 ans et plus
Alsace	1 184	68	1,7 %	44,2 %	15,7 %	11,8 %
Aquitaine	2 580	89	6,0 %	38,2 %	19,5 %	11,1 %
Auvergne	1 136	87	4,0 %	40,6 %	15,4 %	14,3 %
Basse Normandie	890	63	4,2 %	39,2 %	17,8 %	13,4 %
Bourgogne	1 108	69	4,2 %	38,5 %	18,8 %	13,3 %
Bretagne	2 629	90	4,9 %	42,1 %	19,0 %	10,3 %
Centre	1 644	67	2,5 %	40,7 %	15,0 %	13,6 %
Champagne Ardenne	732	55	1,5 %	42,6 %	18,2 %	12,2 %
Corse	294	113	0,8 %	38,8 %	15,0 %	11,5 %
Franche-Comté	652	58	3,6 %	44,3 %	18,1 %	11,8 %
Haute Normandie	1 003	56	2,2 %	40,3 %	17,5 %	16,3 %
Île-de-France	11 380	104	-0,1 %	48,7 %	15,4 %	17,2 %
Languedoc Roussillon	2 821	123	1,1 %	40,6 %	13,8 %	11,8 %
Limousin	597	84	1,5 %	31,5 %	10,9 %	13,2 %
Lorraine	1 461	63	2,1 %	44,9 %	15,7 %	9,9 %
Midi-Pyrénées	2 627	103	4,4 %	42,3 %	19,1 %	9,3 %
Nord Pas de Calais	3 298	83	3,3 %	35,7 %	19,5 %	9,5 %
Pays de la Loire	2 380	74	3,0 %	40,8 %	18,9 %	9,9 %
Picardie	1 129	61	3,9 %	43,2 %	19,0 %	11,4 %
Poitou Charente	1 108	68	3,5 %	38,1 %	16,3 %	10,5 %
<b>PACA</b>	<b>5 933</b>	<b>132</b>	<b>4,0 %</b>	<b>38,2 %</b>	<b>13,2 %</b>	<b>15,6 %</b>
Rhône-Alpes	5 470	97	3,3 %	43,7 %	18,6 %	12,3 %
<b>France métropolitaine</b>	<b>52 056</b>	<b>89</b>	<b>3,6 %</b>	<b>42,3 %</b>	<b>16,7 %</b>	<b>13,1 %</b>

Source : Drees

G4 : densité de masseurs – kinésithérapeutes et évolution de la densité entre 1994 et 2000



Source : Drees

Lecture : en 1994, la densité de la région PACA était égale à 127, supérieure à la moyenne. Cette densité a crû de 4 % depuis 1994, rythme également supérieur à la moyenne.

## LES SAGES-FEMMES

### *Une profession en expansion*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 14 400 sages-femmes étaient en activité, dont 13,5 % dans le secteur libéral. La progression des effectifs a été très régulière à partir de 1981 alors qu'ils étaient restés stables durant les années 70, avec environ 9 000 professionnelles. Cette croissance a surtout profité aux hôpitaux publics. En effet, les effectifs du secteur libéral ont baissé jusqu'en 1987 et atteignent presque 2 000 sages-femmes début 2000. Cette diminution est due à l'évolution de la prise en charge de la naissance qui donne une place centrale aux équipes médicales hospitalières, les sages-femmes libérales pratiquant essentiellement des actes infirmiers et des actes spécifiques.

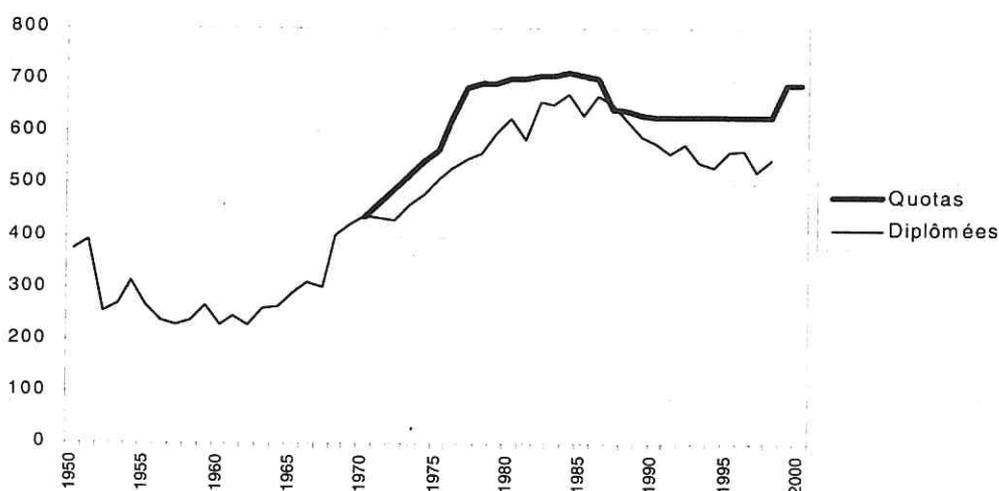
Le nombre d'hommes dans la profession reste très réduit : on compte désormais 2 % d'hommes parmi les étudiants contre 1 % il y a cinq ans et plus.

Près de 30 % des sages-femmes travaillent à temps incomplet à l'hôpital. Cette proportion est deux fois plus élevée qu'il y a dix ans. Cette tendance est désormais plus accentuée dans les hôpitaux privés. L'augmentation modeste de la durée moyenne du temps partiel (passée à l'hôpital de 57 % à 62 % d'un temps plein en l'espace de onze ans) n'a pas, en termes de volume de travail, compensé la baisse de la part du travail à temps plein. Cent sages-femmes travaillant à l'hôpital représentaient en effet 89 postes à temps plein en 1997, alors qu'elles en représentaient 5 de plus en 1986.

### *Une profession qui recommence à vieillir*

Âgées de quarante ans en moyenne, les sages-femmes sont beaucoup plus jeunes qu'il y a vingt-cinq ans. La profession a pourtant recommencé à vieillir en raison de la légère baisse du nombre de diplômées depuis la fin des années 80 (graphique 1). Cette baisse résulte surtout d'une proportion croissante des candidates au métier de sage-femme à abandonner leurs études avant leur achèvement alors que les quotas à l'entrée en formation sont restés au même niveau entre 1991 et 1998.

G1 : évolution des quotas et du nombre de diplômés de sages-femmes délivrés



Source : DREES.

Avec 26 % des effectifs âgés de cinquante ans ou plus, les sages-femmes exerçant en secteur libéral sont actuellement plus âgées que celles employées à l'hôpital (17 %). Cette différence est malgré tout beaucoup moins prononcée qu'il y a vingt-cinq ans où 77 % des sages-femmes libérales avaient cinquante ans ou plus, contre 35 % des salariées.

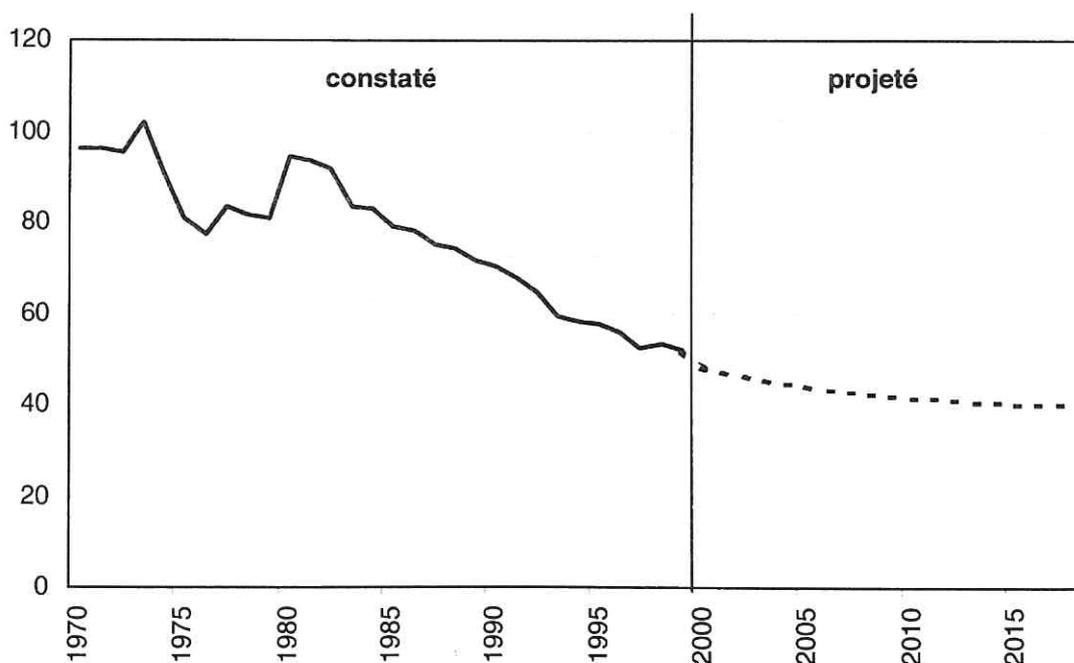
### *Une stabilisation prévisible entre 2010 et 2020 dans un contexte de réduction du nombre de naissances par sage-femme*

L'amélioration de la qualité et de la sécurité du suivi des grossesses et des accouchements a conduit à définir des normes minimales, notamment en matière de personnels, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans les maternités. Dans cette optique, les quotas de formation ont été relevés en 1999. Dans l'hypothèse où ces quotas seraient reconduits chaque année, les effectifs de sages-femmes devraient poursuivre leur croissance, mais de moins en moins rapidement jusqu'en 2020, pour se stabiliser aux environs de 17 000 praticiennes.

À l'avenir, le nombre de naissances, qui peut être projeté d'après les hypothèses de fécondité, s'annonce en diminution, la chute du nombre de naissances au cours des années 70 ayant limité le nombre de femmes en âge de procréer. D'autre part, dans l'hypothèse où l'indice conjoncturel de fécondité se stabiliserait à son niveau actuel de 1,8, on compterait environ 43 accouchements par sage-femme en activité d'ici dix ans au lieu de 53 actuellement (graphique 2).

Ces éléments sont toutefois à mettre en relation avec la stabilisation déjà constatée, et surtout avec la forte diminution prévisible du nombre d'obstétriciens au-delà de 2010, dans l'hypothèse de projection où le nombre de postes proposés à l'internat serait maintenu à son niveau actuel.

G2 : nombre moyen de naissances par sage-femme



Sources : DREES, INSEE

# LES PHARMACIENS

## I – L'évolution de la démographie des pharmaciens

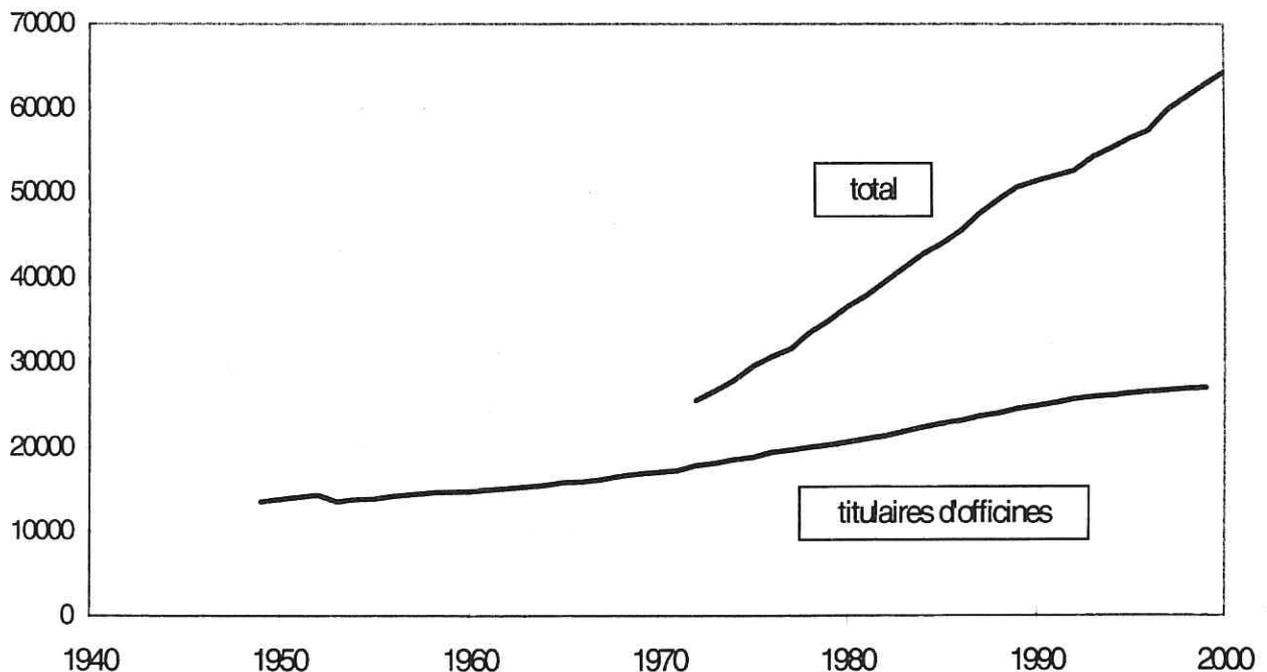
### *De moins en moins de pharmaciens titulaires d'officine*

Les effectifs de pharmaciens, qui étaient de 25 500 en 1972, ont atteint 64 300 au 1<sup>er</sup> janvier 2000 en France métropolitaine, dans les DOM et dans les TOM. Le rythme de progression de ces effectifs a ralenti, passant de 4 % par an en moyenne dans les années 70 et 80 à 2,2 % depuis le début des années 90. Ce ralentissement provient, comme pour beaucoup de professions de santé, de l'introduction du *numerus clausus* (instauré en 1980) pour les études de pharmacie.

La part des titulaires d'officine parmi l'ensemble des pharmaciens est passée de 70 % en 1972 à 44 % aujourd'hui. La profession d'assistant n'est donc plus seulement une situation transitoire avant l'installation mais devient de plus en plus souvent une profession permanente.

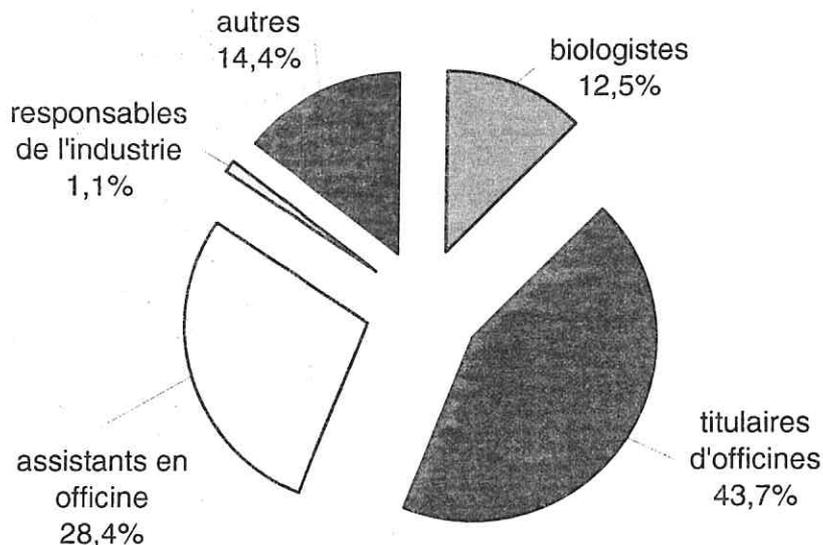
Au total 72 % des pharmaciens exercent dans une officine. Les autres se répartissent pour 12 % d'entre eux dans le secteur de la biologie et pour 15 % en salariés d'établissements de soins, gérants mutualistes ou chargés de produits sanguins. Seulement 1 % des pharmaciens inscrits à l'Ordre sont responsables de l'industrie ou de la distribution en gros (graphique 2). Mais cette proportion ne reflète vraisemblablement pas fidèlement la réalité dans la mesure où ces pharmaciens ne sont pas tenus, dans ce cas, de s'inscrire sur les listes ordinaires. Un travail d'homogénéisation des données relatives à la démographie des pharmaciens comparant les données de l'Ordre, du répertoire administratif ADELI, de la CNAMTS et celles issues de l'enquête Emploi de l'Insee permettrait peut-être, comme cela s'est fait pour les médecins, de redresser les résultats présentés ici.

G1 : évolution du nombre de pharmaciens en France y compris DOM et TOM



Source : Ordre des Pharmaciens

G2 : répartition des pharmaciens selon leur secteur d'activité au 1<sup>er</sup> janvier 1999

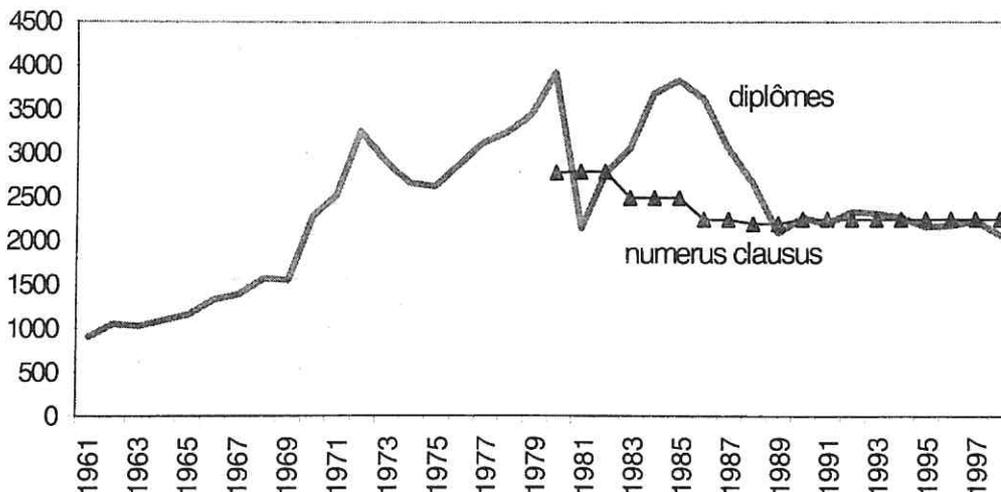


Source : Ordre des pharmaciens

*Une profession plutôt jeune et très féminisée*

Comparée à celle des médecins, la population des pharmaciens est plus féminisée : six pharmaciens sur dix sont des femmes. 68 % des diplômés sont, en outre, des femmes. Les pharmaciens sont également plutôt plus jeunes que les médecins : pour une proportion presque identique de personnes âgées de cinquante-cinq ans ou plus (14,1 %), celle des moins de trente-cinq ans s'élève en effet à 16,2 % (8,6 % pour les médecins). Mais la diminution du *numerus clausus* au long des années 80 va entraîner un vieillissement de la population des pharmaciens : le nombre de diplômés s'est en effet stabilisé depuis dix ans autour de 2 200 par an, alors qu'il atteignait presque 4 000 en 1985 (graphique 3).

G3 : évolution du nombre de diplômés délivrés et du *numerus clausus*



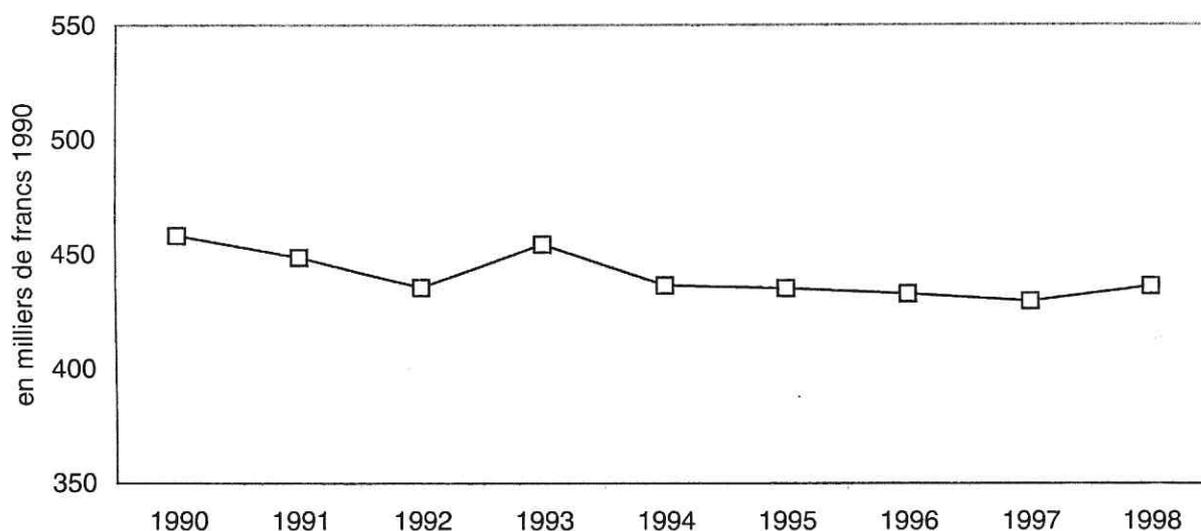
Source : Drees

## II – L'évolution du revenu provenant de l'activité non salariée des pharmaciens à la fin 1998

Le revenu moyen net de charges professionnelles et provenant de l'activité non-salariée des pharmaciens s'élevait, en 1998, à 506 000 francs. Seules les pharmacies dont la forme juridique est une « entreprise individuelle de moins de 20 salariés » sont ici prises en compte. Ces revenus varient sensiblement d'un pharmacien à l'autre : le revenu moyen était de 495 000 francs en 1997, la moitié d'entre eux percevait un revenu par tête compris entre 329 000 et 887 000 francs.

Comme pour une grande partie des professions indépendantes, l'année 1998 marque une pause par rapport à la tendance à la baisse de ces dix dernières années. Le déclin quasi-continu du revenu en francs constants des pharmaciens s'est en effet traduit par une baisse du pouvoir d'achat de 0,9 % en moyenne annuelle de 1990 à 1997 (graphique 4). Ce pouvoir d'achat s'est, en revanche, amélioré de 1,6 % en 1998.

G4 : évolution du pouvoir d'achat du revenu des pharmaciens



Source : INSEE, enquête Emploi

## Bibliographie

### Effectifs

- « Le secteur libéral des professions de santé en 1998 ; médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux », *Carnets statistiques 2000* n° 103, CNAMTS.
- Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Philippe Ulmann, « La profession infirmière en mutation : éléments de réflexion à partir d'exemples européens », *Questions d'économie de la santé*, n° 33 ; octobre 2000, CREDES.
- Marc Simon, Daniel Sicart, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2000 - Répertoire ADELI », *Document de travail*, n° 9, août 2000 (collection statistiques), DREES.
- Daniel Sicart, « Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », *Document de travail*, n° 17 décembre 2000 (collection statistiques), DREES.
- Caroline Fivaz, « Les gynécologues libéraux en 1997 », *Point stat* n° 23, novembre 1999, CNAMTS.
- Annick Vilain, « Les sages-femmes : une profession en expansion », *Études et Résultats* n° 17, mai 1999, DREES.
- Carole Le Guen, « Les infirmiers libéraux en 1997 », *Point stat* n° 17, avril 1999, CNAMTS.
- Annick Vilain, « Les biologistes médicaux : environ 10 000 biologistes en activité jusqu'en 2010 », *Études et Résultats* n° 6, février 1999, DREES.
- Annick Vilain, Xavier Niel, « Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années », *Études et Résultats* n° 12, mars 1999, DREES.
- Stéphane Rican, Marc Simon, Alain Charraud, Gérard Salem, « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines – des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes », *Études et Résultats* n° 9, mars 1999, DREES.
- Caroline Fivaz, Carole Le Guen, « Les pédiatres libéraux en 1997 », *Point stat* n° 16, février 1999, CNAMTS.

### Projections de démographie médicale

- « La médecine de ville : répartition géographique »/ URCAM, septembre 2000.
- Annick Vilain, Xavier Niel, Sophie Penneç, « Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020 », *Études et Résultats* n° 57 mars 2000.
- Agnès Couffinhal, Dominique Polton, « Comparaison des récentes projections de démographie médicales réalisées en France », CRÉDES, octobre 2000.

### Revenus

- « Les médecins : démographie et revenus », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 1, janvier-mars 1999, DREES.
- Caroline Fivaz, Sylvie Gariepu, Sylvie Le Laidier, « Disparités dans les évolutions des honoraires médicaux », *Point stat* n° 30, décembre 1999, CNAMTS.
- Carole Le Guen, « L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein en 1998 », *Point stat* n° 27, septembre 2000, CNAMTS.
- Sophie Audric, Ève Roumigières, « L'évolution du revenu libéral des médecins en 1998 », *Études et Résultats* n° 26 août 1999, DREES.
- Ève Roumigières, « Le revenu libéral des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes de 1991 à 1997 », *Études et Résultats* n° 89, novembre 2000, DREES.
- Marc Beudaert, « Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995 », *Études et Résultats* n° 15, avril 1999, DREES.
- « Les revenus de l'activité non salariée », collection *Synthèses*, n° 46, INSEE 2000.
- Dominique Rouault, « Entrepreneurs individuels : des revenus en forte baisse entre 1990 et 1997 » *INSEE Première*, n° 732, août 2000, INSEE.

