

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE

**Formation Santé, protection sociale**

Rapport du groupe de travail

**l'harmonisation des données  
de démographie médicale**

Président : M. Philippe Cuneo

Rapporteur : M. Xavier Niel

**Septembre 2002**



**Conseil national de l'information statistique**

Septembre 2002

**Rapport du groupe de travail  
sur l'harmonisation des données  
de démographie médicale**

## SOMMAIRE

---

	page
<b>Les grandes étapes</b>	5
<b>L'harmonisation</b>	7
A – Le nombre global de médecins	9
B – Le partage entre libéraux et salariés	11
C – La répartition entre les régions	13
D – La proportion de généralistes et de spécialistes	14
E – Le nombre de médecins spécialité par spécialité	19
<b>Les perspectives</b>	29
<b>Annexes</b>	31
• projet de mandat du groupe de travail du CNIS	32
• composition du groupe de travail du CNIS	33
• principaux sigles utilisés	34

*Mise au point du document final : Mme Hélène Fournier, M. Pierre Boisselot*



## Les grandes étapes du travail d'harmonisation des données de démographie médicale

-----

Le CNIS, dans son avis adopté par l'assemblée plénière du 3 juillet 1997 (Rapport N°37, juillet 1997), a approuvé la mise en place d'un groupe de travail sur les professions de santé en considérant qu'il était « indispensable de procéder à un état des lieux des sources existantes, de leur qualité, de détecter les lacunes et de proposer des voies d'amélioration ».

Cet avis a été réaffirmé à deux reprises (rapports d'activité n° 40 de février 1998 et n° 49 de mars 1999).

Le premier document précisait l'importance du suivi de l'évolution de la démographie et de l'activité des professions de santé. Il énonçait que "le risque de sureffectif des médecins demandait à être vérifié en regardant de près les spécialités, les besoins, l'évolution des techniques, l'évolution démographique de la population et les différents dispositifs susceptibles d'influer sur cette démographie".

Le second mentionnait l'examen "d'un projet de mandat d'un nouveau groupe de travail du CNIS sur les professions de santé". Ce groupe devait "s'intéresser aux question d'effectifs avec un volet emploi et aux prospectives démographiques". Il devait aborder "le thème de l'analyse de l'activité et faire le point des outils sur la localisation pour permettre d'analyser des disparités régionales". Il devait aborder également "les revenus, les carrières et l'analyse des spécialités, notamment pour disposer d'outils capables d'éclairer décideurs et citoyens sur les difficultés éventuelles prévisibles à terme".

"Un programme de travail était proposé :

- Recenser et apprécier la qualité des sources statistiques existantes,
- Identifier les carences,
- Proposer des améliorations".

L'exécution de ce mandat a connu deux phases successives menées sous la responsabilité de différents présidents et rapporteurs d'un groupe de travail qui a lui même fonctionné selon plusieurs configurations successives.

De 1998 à 1999, le groupe de travail placé sous la présidence de Danielle Vilchien, sous-directrice à la Direction des hôpitaux, Jacqueline Gottely en étant le rapporteur, a essentiellement passé en revue toutes les sources existantes qu'elles soient globales, sectorielles et notamment celles qui concernent le secteur hospitalier ou le secteur libéral, ou spécifiques à telle ou telle profession.

De 1999 à 2001, compte tenu d'un constat d'importantes divergences sur les données publiées par les responsables des principales sources (Ordre des médecins, CNAMTS, INSEE et DREES), la DREES a mis en œuvre une démarche méthodologique pour rechercher des possibilités d'approche harmonisée sur les médecins. Parallèlement aux travaux du CNIS, une demande semblable a émané du cabinet ministériel chargé de la santé. L'état d'avancement des travaux a été présenté, au fur et à mesure, pour discussion et validation, à la fois, au groupe lancé par le Ministre et au groupe CNIS animé par des nouveaux présidents et rapporteurs<sup>1</sup>. Ce sont les résultats de ces travaux enrichis et validés qui font l'objet du rapport ci-après.

---

<sup>1</sup> La présidence a été assurée par Alain Charraud puis par Philippe Cuneo, Xavier Niel étant rapporteur



## L'harmonisation des données de démographie médicale

Une comparaison des statistiques de l'Ordre des médecins, de la CNAMTS, de l'INSEE et de la DREES

### Introduction : les divergences constatées

Depuis plus d'une trentaine d'année que paraissent régulièrement de nombreux rapports sur la démographie médicale, une conclusion revient sans cesse : il est nécessaire de procéder à une harmonisation des données diffusées par les différents organismes producteurs de statistiques<sup>2</sup>. Un examen superficiel des chiffres publiés par le ministère chargé de la santé, l'INSEE, l'Ordre des médecins et la caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pouvait en effet - et peut encore - rapidement plonger le lecteur dans le doute. Au début de l'année 1990, le nombre de médecins actifs en France métropolitaine variait ainsi de 30 % d'une source à l'autre. L'INSEE affichait 25 000 médecins de plus que l'Ordre des médecins, qui en comptait lui-même 18 000 de plus que le ministère (Tableau 1)

Tableau 1 : Nombre de médecins en activité au 1<sup>er</sup> janvier 1990 selon différentes sources

	ADELI (1)	Ordre des médecins (2)	Recensement INSEE (3)	CNAMTS (4)	Statistique harmonisée
Total	148 089	166 125	191 118		173 100
<i>Dont libéraux</i>	<i>103 221</i>		<i>115 700</i>	<i>105 279</i>	<i>108 394</i>

Sources :

- (1) : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, édition 1993-1994, SESI
- (2) : La démographie médicale française, dix ans d'évolution (1980-1990) Ordre National des médecins, Collection études n°22, janvier 1991
- (3) : INSEE résultats n° 243, collection Démographie société n°25, juin 1993
- (4) : Carnets statistiques n° 54, le secteur libéral des professions de santé en 1989, CNAMTS 1990

Faite sans précaution, l'analyse de la proportion de généralistes et de la part de la médecine libérale était tout aussi confondante. On passait ainsi d'une majorité de généralistes pour le ministère (52,2 %) à une franche minorité pour l'Ordre des médecins (46,7 %). La part du secteur libéral variait de 60,5 % pour l'INSEE à 69,7 % pour le ministère. À l'intérieur de ce secteur libéral, la part des généralistes variait, là encore, selon la source, de 54,3 % pour la CNAMTS à 61,9 % pour l'INSEE (Tableau 2).

<sup>2</sup> Voir par exemple : Pierre BONAMOUR et Richard DARTIGUES : « La démographie médicale » études et prévisions n°1, juin 1968, Ministères des affaires sociales ; GIRARD, ROUSSILLE, THIERRY, AUREGAN : « Rapport sur les médecins libéraux », Inspection Générale des Affaires Sociales, août 1979 ; Ordre National des Médecins : « La démographie médicale française – dix ans d'évolution (1980-1990) », collection étude, n° 22, janvier 1991 ; Jean BUI DANG HA DOAN : « L'esprit des lois ou le nombre incertain des médecins », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1995 n°3-4 ; Jean CHOSSAT et Gérard MALABOUCHE : « Rapport d'enquête sur l'efficacité et les limites de régulation de la démographie médicale », Inspection générale des Finances, septembre 1996.

Tableau 2 : structure du corps médical au 1<sup>er</sup> janvier 1990 selon différentes sources

	ADELI	Ordre des médecins	Recensement INSEE	CNAMTS	Statistique harmonisée
% généralistes	52,2 %	46,7 %			53,0 %
% libéraux	69,7 %		60,5 %		62,6 %
% de généralistes parmi les libéraux	56,2 %		61,9 %	54,3 %	59,1 %

Sources : voir tableau 1

### Des écarts à première vue énormes

Ces écarts, à première vue énormes, sont en fait bien souvent dus à des différences de champ, de concept, voire à des problèmes de valeurs manquantes ou inconnues.

Par exemple, le nombre de généralistes publié par l'Ordre des médecins en 1990 (77 514) ne tenait pas compte des valeurs manquantes. Ajouté aux spécialistes de la même année (68 967), il donnait un total très inférieur au nombre global de médecins à cause des 20 000 médecins dont on ne savait rien. Malgré la révision ultérieure du nombre de généralistes au 1<sup>er</sup> janvier 1990 dans les publications plus récentes de l'Ordre (82 707 généralistes), un écart persiste.

Autre exemple de confusion possible, dans les concepts cette fois. Le recensement général de la population de l'INSEE permet de dénombrer les actifs par profession, sur la base des déclarations des personnes qui, chez elles et sans l'aide d'enquêteurs, remplissent leur bulletin individuel. Nombre d'internes en médecine ou d'étudiants stagiaires rémunérés par l'hôpital décrivent une activité hospitalière et sont assimilés par l'INSEE à des médecins. En cas d'imprécision dans le bulletin individuel du recensement, le codage de la profession peut alors se faire de façon approximative. Les mêmes questions, posées par un enquêteur muni d'un logiciel de saisie rendant impossibles certaines incohérences, comme c'est le cas pour l'enquête Emploi de l'INSEE, donnent des résultats très différents et sans doute bien meilleurs, même si certaines approximations subsistent dans le codage de la profession.

Troisième et dernier exemple de problème qui peut conduire à publier des chiffres incohérents : l'illusion de l'exhaustivité. Tout médecin est tenu de faire valider son diplôme par les services administratifs pour pouvoir exercer. Les services départementaux des affaires sanitaires et sociales inscrivent alors le médecin au répertoire administratif « ADELI » et lui font remplir un questionnaire sur le secteur d'activité, la situation professionnelle, le lieu d'exercice etc. Le nombre de médecins inscrits dans ADELI était considéré par le ministère jusqu'en 1999 comme étant celui des médecins actifs. Or, de nombreux médecins, particulièrement à l'hôpital, ne s'inscrivent pas dans ce fichier, faute bien souvent d'en connaître l'existence et l'obligation.

### Une large concertation pour étudier ces divergences

Ces trois exemples montrent à quel point le travail de comparaison des sources peut s'avérer ardu. Pour mener à bien une telle tâche, deux structures ont été créées parallèlement en 1999 respectivement, par le conseil national de l'information statistique (CNIS) d'une part et par le cabinet du secrétariat d'état à la santé d'autre part. Les membres



de ces groupes étaient nombreux : ordre des médecins, caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), caisses de retraite, mutuelles, fédérations hospitalières (FHF, FIEHP), syndicats professionnels (CSMF, FMF, 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.

Le travail d'harmonisation effectué par la DREES se décompose en quatre parties:

- l'estimation du nombre global de médecins ;
- le partage entre libéraux et salariés;
- l'estimation du nombre de médecins par région;
- l'estimation du nombre de médecins par spécialité.

Pour chaque étape, la validation s'est faite sur le plus grand nombre d'années possible, selon la disponibilité des sources. Les ruptures de séries ne sont en effet pas rares et une harmonisation des données validée sur une année peut se révéler fautive l'année suivante. On s'est alors attaché à comparer aussi bien les niveaux de chaque année que les tendances sur long terme afin d'obtenir les estimations les plus fiables possible.

## **A – Le nombre global de médecins**

Le travail d'homogénéisation des sources passe d'abord par une harmonisation des champs et des concepts et par l'examen du mode de recueil de l'information.

### **Un champ unique : les médecins actifs hors internes...**

Le champ retenu dans le cadre de ce travail est l'ensemble des médecins actifs, non retraités. Les internes et les faisant fonction d'internes sortent donc du champ. Or, l'examen des données du recensement de l'INSEE fait apparaître un très faible nombre d'internes et une très forte proportion de médecins hospitaliers de moins de 30 ans. En redressant les données du recensement de telle sorte que le nombre d'internes et d'étudiants salariés des hôpitaux soit compatible avec celui fourni par les hôpitaux eux-mêmes dans le cadre de l'enquête annuelle dite « statistique annuelle des établissements » (SAE), on obtient 178 282 personnes se déclarant médecins en activité début 1990 dans les bulletins du recensement général de la population (au lieu de 191 118 dans les publications)

### **... y compris remplaçants...**

La médecine est une profession réglementée par le code de la santé publique. La reconnaissance du droit d'exercer passe par l'obtention d'un diplôme, que chaque médecin est tenu de présenter aux services administratifs des DDASS pour que l'État l'autorise à exercer. Le répertoire administratif ainsi constitué, baptisé « ADELI » est une des sources principales des services statistiques du ministère de la santé en ce qui concerne les professions de santé. Mais là encore, le champ couvert a changé au cours des années. Les statistiques sur les médecins diffusées avant 1995 s'entendaient « hors médecins remplaçants ». En réintégrant alors ces remplaçants au nombre de médecins en activité au 1<sup>er</sup> janvier 1990, il s'élève à 152 509 (au lieu de 148 089). L'écart entre ADELI et le recensement passe ainsi de 43 000 à 26 000 par le seul travail d'homogénéisation du champ couvert ! Le nombre de médecins inscrits sur les listes administratives reste toutefois bien inférieur à celui donné par l'INSEE ou par l'Ordre des médecins (166 125).

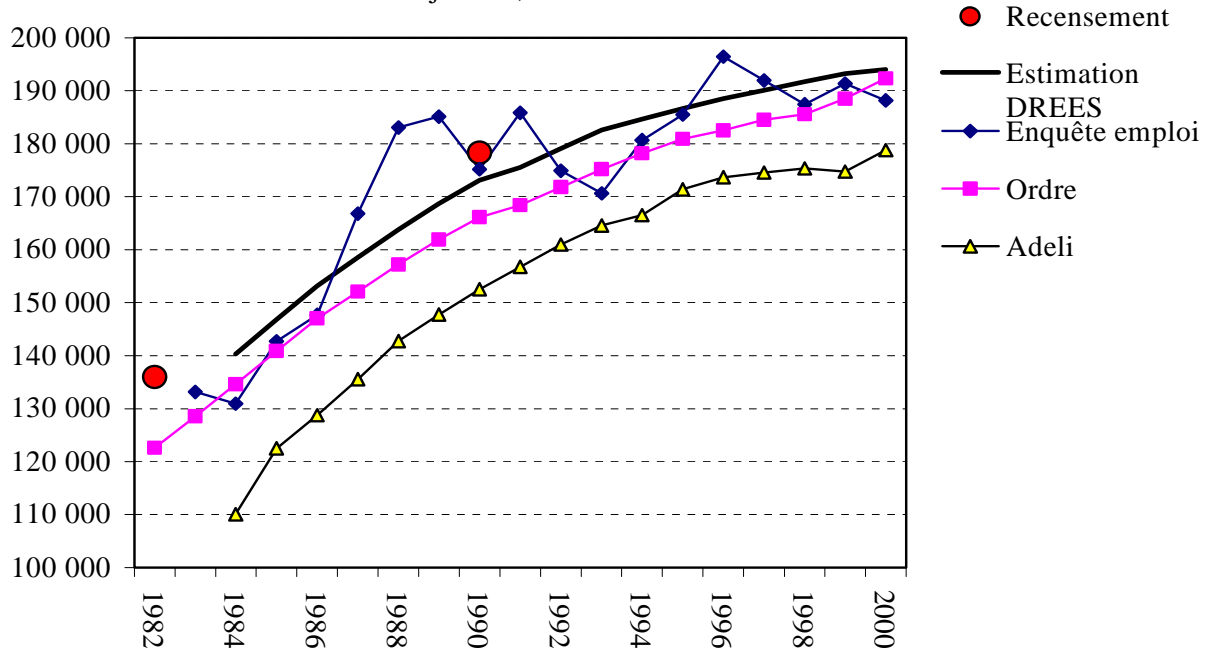
### **... et médecins à diplôme extra-européen**

Le nombre « réel » de médecins en exercice se situe vraisemblablement entre les inscrits à l'Ordre et les données du recensement général de la population. Dans ce dernier, les renseignements décrivant la profession sont laissés à la seule appréciation des personnes remplissant les bulletins, qui peuvent abusivement se déclarer médecins. D'autre part, un très faible nombre de médecins n'est pas tenu de s'inscrire à l'Ordre (les médecins fonctionnaires par exemple) et on sait par ailleurs qu'un certain nombre d'hospitaliers ne font pas la démarche, par négligence ou pour des raisons personnelles. Enfin, pendant les années 90, bon nombre de médecins à diplôme extra-européen exerçaient dans les hôpitaux, sans pour autant avoir l'autorisation d'exercer pleinement la médecine, et donc sans être inscrits sur les tableaux de l'Ordre. La loi du 27 juillet 1999 ouvrant la possibilité à l'exercice de la médecine aux médecins à diplôme extra-européen, le nombre de médecins répertoriés par l'Ordre (ainsi que celui des inscrits dans ADELI) a enregistré un bond entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 1<sup>er</sup> janvier 2000 (graphique 1). Alors qu'on estimait avant cette date à environ 4 500 le nombre de médecins en exercice mais non inscrits à l'Ordre des médecins, quelles qu'en soient les raisons, cette procédure réduit ce nombre à environ 1600. Là encore, une modification du champ retenu a pu faire varier sensiblement la statistique des effectifs médicaux.

### **L'harmonisation à partir d'une enquête annuelle de l'INSEE auprès des ménages**

Pour estimer année après année le nombre global de médecins tout en évitant les variations brutales dues à des changements de concepts ou de champ, on utilise 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. L'utilisation de ces données en tendance sur la période 1983-2000 fournit en revanche une estimation beaucoup plus stable du nombre global de médecins (graphique 1).

Graphique 1 : Effectifs de médecins en activité (hors internes)  
au 1er janvier, selon différentes sources



L'enquête emploi présentant avec le recensement des caractéristiques communes, on lui fait au préalable subir les mêmes redressements sur le partage entre médecins salariés des hôpitaux et internes en médecine. La statistique harmonisée par cette voie donnait alors 173 100 médecins au 1<sup>er</sup> janvier 1990, à mi-chemin entre les statistiques de l'Ordre et celles du recensement (tableau 1). Du fait de la normalisation de la situation des diplômés hors Union européenne en 1999, les chiffres de l'Ordre et ceux harmonisés par la DREES au 1<sup>er</sup> janvier 2000 convergent presque : 194 000 pour la DREES et 192 400 pour l'Ordre, soit un écart de 0,8 % (graphique 1).

À la fin de cette première étape, le redressement global du répertoire ADELI pour obtenir la statistique harmonisée est de 8,5 % au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Ce redressement est beaucoup plus élevé pour les années 80 et 90, lorsque les répertoires administratifs étaient très incomplets.

## B – Le partage entre libéraux et salariés

### Les médecins libéraux sont correctement recensés dans ADELI

Trois sources différentes ont été de nouveau examinées : l'enquête emploi utilisée en tendance, le répertoire ADELI et le système national inter régime (SNIR) élaboré par la CNAMTS. En prenant cette fois-ci les statistiques au 1<sup>er</sup> janvier 2000, on trouve dans les différentes publications :

Tableau 3 : Nombre de médecins libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2000 selon différentes sources

CNAMTS (1)	Estimation DREES (2)	Enquête emploi en tendance
113 802	117 041	115 300

Sources :

(1) : à venir

(2) : « Les médecins, estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », Daniel Sicart, Document de travail, collection statistiques n° 14, décembre 2000, DREES

La confrontation immédiate des données est difficile à cause, là encore des différences de champs. Le mode de collecte explique ces différences de champs.

Le SNIR est alimenté par les médecins ayant exercé une activité remboursée durant l'année. Les médecins remplaçants, qui prescrivent sur les ordonnances des médecins qu'ils remplacent, ne sont donc pas comptabilisés en tant que personnes physiques. D'autre part, les médecins biologistes sont en général distingués dans les documents statistiques : le total des médecins ne les intègre pas. Enfin, les « praticiens hospitaliers temps plein » (PHTP) ayant une activité libérale à l'hôpital, en général réduite, sont quand même enregistrés dans les statistiques de la CNAMTS dès lors qu'ils ont perçu à ce titre au moins un franc d'honoraires.

Dans ADELI, la logique de l'activité principale assimile en revanche les PHTP à des médecins salariés, même s'ils ont une petite activité libérale. D'autre part, la présentation du diplôme vaut aussi bien pour les remplaçants que pour les médecins de plein exercice, et pour les biologistes aussi bien que pour les diplômés d'une autre discipline. Ils sont donc inclus dans les effectifs totaux diffusés par la DREES. Toutes ces particularités étant repérables dans les fichiers, il est toutefois facile de raisonner à champ comparable.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, on a dans ADELI:

117 041	Médecins
- 5 269	Remplaçants
- 750	Biologistes non-remplaçants
+ 412	PHTP non-biologistes non-remplaçants, ayant une activité à l'hôpital
<u>=115 34</u>	médecins libéraux « champ CNAMTS » inscrits dans ADELI

pour 113 802 médecins libéraux ayant pratiqué une activité remboursée, soit un écart de 1 632 médecins. L'analyse des structures démographiques des deux fichiers laisse penser qu'une partie de cet écart provient de retraits d'activité libérale (temporaires ou définitifs) sans modification de l'inscription dans ADELI : retraite, congés sabbatiques, départ à l'étranger ou dans le secteur salarié. Une autre partie de l'écart, non mesurable, provient de l'exercice d'une activité libérale, mais intégralement non remboursée.

Vu la proximité des deux chiffres (1,4 % d'écart) et pour des raisons pratiques évidentes, on décide de retenir pour les publications de la DREES le nombre de médecins libéraux inscrits dans ADELI. De plus, dans le cadre de la mise en place de la carte des professions de santé (CPS), une collaboration a été mise en œuvre entre le Ministère et la CNAMTS, qui vise à répercuter dans les fichiers de chacun des deux partenaires toutes les mises à jour effectuées soit dans le répertoire ADELI soit dans les fichiers de la CNAMTS (sur le champ des médecins libéraux exerçant en cabinet). À terme, l'écart qui subsiste entre les deux sources devrait donc se limiter à l'exercice non remboursé.

## **Les médecins salariés sont affectés d'une pondération pour redresser leur nombre global**

Le nombre de médecins salariés au 1<sup>er</sup> janvier 2000 se déduit de l'estimation globale (194 000) et du nombre de libéraux (117 041), soit 76 959 médecins salariés. Cette estimation se décompose en 55 457 salariés de l'hôpital et 21 502 salariés non hospitaliers, selon la structure estimée par l'enquête emploi utilisée en tendance sur la période 1983-2000. Or seulement 42 274 médecins hospitaliers et 19 480 salariés non hospitaliers sont inscrits dans ADELI.

À la fin de cette deuxième étape, le poids de redressement des médecins inscrits dans ADELI au 1<sup>er</sup> janvier 2000 est donc :

- 0 % pour les libéraux (non redressés)
- 31,2 % pour les salariés hospitaliers (55 457 / 42 274)
- 10,4 % pour les salariés non hospitaliers (21 502 / 19 480).

## **C – La répartition entre les régions**

Le redressement au niveau national ne tient pas compte de la plus ou moins bonne qualité des inscriptions d'une région à l'autre. Il surestime donc le nombre de médecins dans les régions où ils sont bien inscrits et sous estime les régions où les médecins sont mal inscrits. Pour tenir compte de ces spécificités régionales, le redressement des médecins salariés utilise au niveau régional les statistiques de l'Ordre des médecins, même si on a vu que ce fichier pouvait peut-être sous-estimer légèrement le nombre de médecins. On procède comme suit :

- Pour chaque région, on retire au nombre de médecins inscrits à l'Ordre le nombre de médecins libéraux inscrits dans ADELI. Ce dernier est en effet considéré comme juste. On obtient donc pour chaque région une bonne estimation du nombre de médecins salariés inscrits à l'Ordre (l'Ordre des médecins ne fournit pas directement cette information);
- On applique cette structure régionale à l'ensemble des médecins salariés inscrits dans ADELI. Cela représente donc pour ces derniers un deuxième redressement : le premier redressement tient en effet compte de leur secteur d'activité (hospitalier et non hospitalier), le second de leur région d'exercice. Par calage successif sur deux marges indépendantes, on obtient 44 poids de redressement différents qui dépendent de la région d'exercice (22 différentes) et de leur secteur d'activité (deux différents). Les médecins libéraux ainsi que tous ceux des DOM n'entrent pas dans cette procédure, ils sont tous pondérés à 1.

Cette troisième étape fournit pour chaque médecin salarié inscrit dans ADELI au 1<sup>er</sup> janvier 2000 les pondérations suivantes :

Tableau 4 : pondérations affectées à chaque médecin salarié

	Salariés hospitaliers	Salariés non hospitaliers	Ensemble des salariés
ALSACE	1,308220	1,100212	1,253730
AQUITAINE	1,599187	1,344915	1,523037
AUVERGNE	1,308296	1,100276	1,253530
BASSE-NORMANDIE	1,236098	1,039558	1,177185
BOURGOGNE	1,309306	1,101125	1,235230
BRETAGNE	1,304825	1,097356	1,241914
CENTRE	1,233019	1,036968	1,170713
CHAMPAGNE-ARDENNE	1,192720	1,003077	1,137926
CORSE	1,616640	1,359593	1,531428
FRANCHE-COMTÉ	1,288551	1,083670	1,237338
HAUTE-NORMANDIE	1,255751	1,056086	1,187433
ÎLE-DE-FRANCE	1,349846	1,135219	1,275977
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1,377938	1,158845	1,314024
LIMOUSIN	1,283046	1,079041	1,226294
LORRAINE	1,210668	1,018171	1,152712
MIDI-PYRÉNÉES	1,304259	1,096881	1,247675
NORD-PAS-DE-CALAIS	1,215728	1,022426	1,150377
PAYS DE LA LOIRE	1,246466	1,048277	1,182140
PICARDIE	1,153256	0,969887	1,096882
POITOU-CHARENTES	1,223471	1,028938	1,165954
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	1,420867	1,194948	1,350534
RHÔNES-ALPES	1,283088	1,079076	1,219718
ENSEMBLE	1,311842	1,103809	1,246219

On voit par exemple que les redressements des régions Aquitaine et Picardie sont très différents, ce qui justifie le traitement par région.

## D – La proportion de généralistes et de spécialistes

L'enquête emploi ne permet pas d'estimer directement le nombre de médecins par spécialité : la classification par profession se décompose en effet en cinq classes :

- libéraux spécialistes,
- libéraux généralistes,
- salariés hospitaliers,
- salariés non hospitaliers,
- internes.

On ne peut donc même pas estimer la proportion globale de généralistes, les médecins du secteur hospitalier étant tous regroupés en un seul poste. Quand bien même le pourrait-on, le nombre de médecins répondant à l'enquête deviendrait trop faible pour estimer les effectifs par spécialité, même en tendance.

L'estimation par la DREES du nombre de médecins par spécialité n'est donc pas faite directement en se calant sur une source extérieure. Elle résulte du redressement opéré sur chaque médecin salarié, selon sa région d'exercice et son secteur d'activité (hospitalier ou non). Dès lors, la qualité du partage entre généralistes et spécialistes n'est pas assurée a priori : si tous les généralistes et seulement 5 % des spécialistes étaient inscrits dans ADELI, la procédure d'estimation décrite ci-dessus redresserait aveuglément dans la même proportion les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes (dans la mesure tout de même où ils seraient répartis entre régions et entre secteurs d'activité de la même façon). Le nombre de généralistes serait alors surestimé et celui de spécialistes sous estimé. Il importe donc de s'assurer de la validité des estimations du nombre de spécialistes en comparant, là encore, les structures (et les effectifs) du corps médical par spécialité dans les statistiques de l'Ordre, du ministère et, pour le secteur libéral, de la CNAMTS.

### **La proportion globale de spécialistes : encore un problème de nomenclature**

Un médecin spécialiste se distingue d'un médecin généraliste par son diplôme. Seuls certains diplômes dans certaines spécialités permettent de qualifier un médecin de spécialiste (voir liste en annexe). La DREES a choisi de s'aligner sur les définitions de l'Ordre des médecins, réglementées par la loi, pour corriger les informations erronées contenues dans les listes administratives. En effet, un certain nombre de médecins angiologues ou allergologues se déclarent spontanément spécialistes lors de l'inscription dans les listes, alors que ces disciplines ne sont pas encore reconnues comme des spécialités.

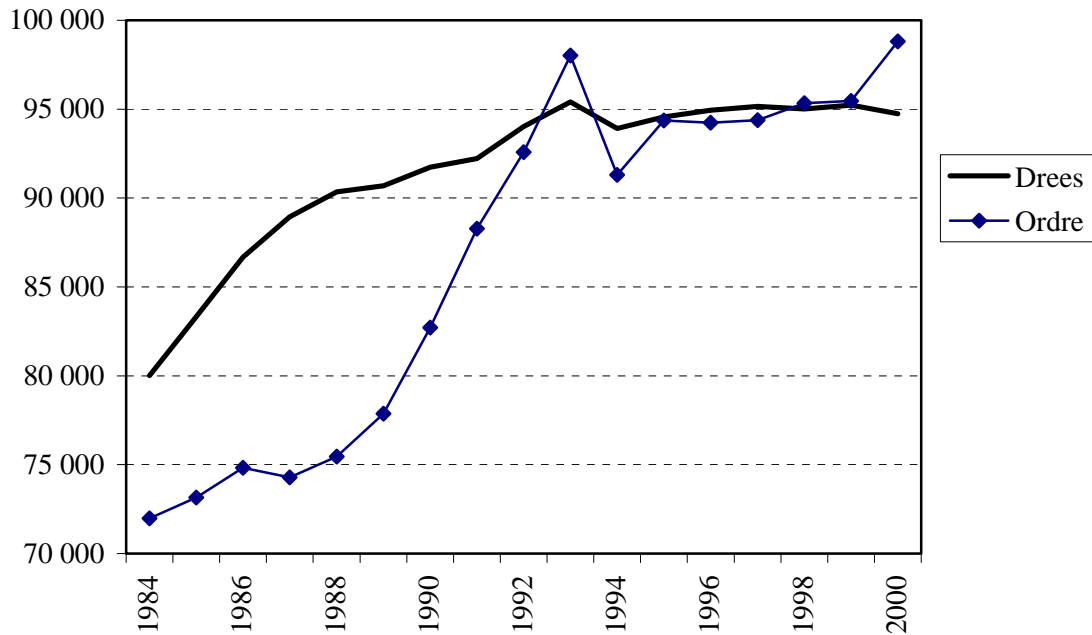
Les concepts de la DREES et de l'Ordre sont donc désormais théoriquement les mêmes. Mais en pratique, une particularité de la nomenclature des natures de qualification utilisée dans ADELI empêche le rapprochement à l'identique. Certains médecins sont en effet reçus au concours de praticien hospitalier, et négligent de s'inscrire à l'Ordre dans la spécialité correspondante : généralistes pour l'ordre, ils sont spécialistes pour la DREES. Ce sont surtout des médecins de l'ancien régime du concours et des médecins étrangers. Quel est l'impact de cette particularité sur l'estimation de la proportion globale de spécialistes ? Examinons tout d'abord le nombre de généralistes, puis le nombre de spécialistes.

### **Le nombre de généralistes est harmonisé**

La comparaison est rendue difficile par deux phénomènes distincts :

- la nouvelle façon de compter les généralistes pour l'Ordre à partir de 1994 ;
- l'intégration dans les statistiques de l'Ordre des autorisations d'exercice en 2000.

Entre 1984 et 1989, le nombre de médecins généralistes relevé par l'Ordre était en effet très inférieur à celui estimé par la DREES, puis a très rapidement augmenté, jusqu'en 1993 (graphique 2). L'année 1994 repart sur de nouvelles bases de dénombrement et le nombre de généralistes recensés par l'Ordre ou celui estimé par la DREES sont quasi identiques jusqu'en 1999. L'intégration des diplômés extra-européens en 2000 augmente artificiellement le nombre de généralistes, ces médecins ne pouvant s'inscrire au tableau des spécialistes, tant qu'ils n'ont pas obtenu leurs diplômes de spécialiste par le biais des commissions de qualification. Ce problème excepté, nous avons, sur les années « normales », de 1994 à 1999, identité du nombre de généralistes. Qu'en est-il du nombre de spécialistes ?

Graphique 2 : évolution du nombre de généralistes, au 1<sup>er</sup> janvier

### Le nombre de spécialistes estimé par la DREES inclut certains médecins non inscrits à l'Ordre

En 1999, la DREES estimait à environ 5 000 le nombre de médecins déclarant exercer une médecine spécialisée par le biais d'une formation hospitalière, les fameux « qualifiés de la république ». Si, pour s'aligner sur les concepts de l'Ordre, on enlève ces médecins à l'estimation du nombre de spécialistes, on retombe exactement sur le nombre de spécialistes recensés à l'Ordre (tableau 5). Ces médecins sont ici supposés ne pas être inscrits à l'Ordre. Il peut s'agir, rappelons-le, d'assistants étrangers ou d'attachés étrangers, ou de médecins hospitaliers, beaucoup moins nombreux, qui refusent de cotiser à l'Ordre par négligence ou pour des raisons personnelles. L'exercice ne peut malheureusement pas être fait sur les années antérieures à 1999, les nomenclatures de nature de qualification n'étant pas les mêmes dans la version précédente d'ADELI.

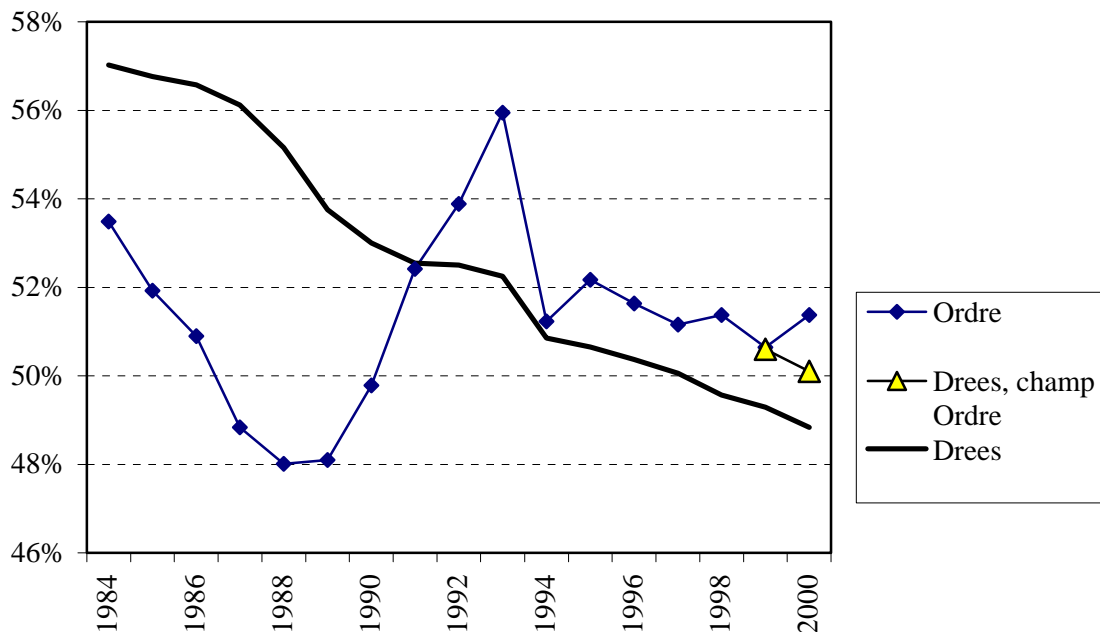
Pour l'année 2000, les conclusions sont rendues difficiles du fait de l'intégration d'une partie de ces médecins dans les registres de l'Ordre comme médecins généralistes. On ne peut plus dès lors comparer les statistiques en enlevant au chiffre de la DREES l'intégralité des médecins spécialistes au titre de leur qualification hospitalière.

Au final, alors que la situation paraissait au départ totalement incohérente, on a bien, mais seulement sur l'unique année où on peut comparer les statistiques à concepts et champ identiques (1999), une harmonisation de la proportion de généralistes et de spécialistes entre la DREES et l'Ordre des médecins (graphique 3).



Tableau 5 : Nombre de spécialistes au 1 <sup>er</sup> janvier	1999	2000
DREES	97 971	99 254
<i>Dont : au titre de leur formation hospitalière</i>	- 5 004	- 4 892
= Spécialistes DREES selon le champ de l'Ordre	= 92 967	= 94 362
Ordre des médecins	93 053	93 541
Écart DREES-Ordre	-86	821
(en %)	-0,1 %	0,9 %

Graphique 3 : Proportion de généralistes au 1er janvier



### La proportion de spécialistes parmi les libéraux

L'homogénéisation des effectifs sur les grandes masses fonctionne, on l'a vu, assez bien quand les champs et les concepts sont comparables. Mais plus le niveau de détail est fin, plus l'harmonisation est tributaire de la qualité des déclarations des médecins : déclaration relative à leur secteur d'activité, mais également à la nature de leur qualification. Des défauts d'actualisation de ces renseignements dans tel ou tel fichier peuvent alors rendre de plus en plus difficile la comparaison des sources. C'est le cas lorsqu'on examine la répartition entre spécialistes et généralistes parmi les libéraux.

Ainsi, alors que globalement la DREES affiche plus de spécialistes que l'Ordre pour les raisons que l'on vient d'évoquer plus haut, il en va autrement pour le champ des seuls médecins libéraux.

Le nombre de spécialistes libéraux recensés dans ADELI est en effet de 52 365 contre 53 222 pour la CNAMTS, à champs homogènes (hors remplaçants et biologistes, mais y compris PHTP ayant une activité libérale à l'hôpital). Ce déficit d'environ 900 médecins ne serait pas grave s'il n'y avait par ailleurs un excédent global de 1 600 médecins libéraux recensés dans ADELI par rapport à ceux enregistrés dans les fichiers de la CNAMTS. L'écart sur les généralistes s'élève alors en effet à 2 500 médecins entre ADELI et la CNAMTS.

La proportion de spécialistes parmi les libéraux affichée par la DREES est donc de 45,4 % alors que celle de la CNAMTS est de 46,8 % (tableau 6).

Examinons maintenant les deux fichiers, médecin par médecin.

Sur 115 434 médecins libéraux inscrits dans ADELI, 111 370 sont également inscrits à la CNAMTS, soit une couverture commune de 96,5 % par rapport à ADELI et de 97,9 % par rapport à la CNAMTS (113 802 inscrits au total). Parmi ces médecins, 1 % sont généralistes pour la DREES (selon les conventions adoptées pour se mettre en cohérence avec les concepts ordinaires) mais spécialistes pour la CNAMTS (chirurgiens et gynécologues, particulièrement). 1 346 médecins sont en effet classés différemment alors qu'ils sont inscrits simultanément dans les deux fichiers.

Pour ces médecins, une procédure d'harmonisation des concepts entre la DREES et la CNAMTS, accompagnée d'un examen des diplômes produits pour justifier les inscriptions dans les deux fichiers devrait suffire pour trancher dans quelle spécialité ces médecins doivent être inscrits et réduire de moitié la différence entre le nombre de généralistes de la DREES et de la CNAMTS.

Il y a par ailleurs plus de 4 000 médecins libéraux inscrits dans ADELI mais non repérables dans les fichiers de la CNAMTS, parmi lesquels un nombre élevé de médecins très âgés ou très jeunes. Inversement, environ 2 500 médecins sont inscrits à la CNAMTS mais pas dans ADELI (en tout cas pas inscrits de façon à les identifier dans les deux fichiers), parmi lesquels un nombre élevé de très jeunes spécialistes.

On peut supposer que les procédures quotidiennes d'appariement et les opérations qualité menées sur le fichier ADELI élimineront progressivement les quelques médecins encore inscrits alors qu'ils n'exercent plus.

Le cas des très jeunes médecins est en revanche vraisemblablement lié à des retards d'inscription dans ADELI, particulièrement chez les spécialistes. Là encore, l'attribution des cartes professionnelles de santé devrait rapidement augmenter le nombre d'inscriptions de ces jeunes spécialistes libéraux au répertoire ADELI et donc réduire à terme l'écart actuellement persistant entre les spécialistes des deux organismes.

Il ne restera alors qu'une différence – vraisemblablement un excédent de généralistes pour la DREES – qui correspondrait au nombre de médecins exerçant une activité intégralement non remboursée.

Tableau 6 : comparaison à champ identique des effectifs libéraux et de la proportion de généralistes au 1<sup>er</sup> janvier 2000

	ADELI		CNAMTS		ADELI	En commun dans les		CNAMTS
	Nombre	En %	Nombre	En %	seulement	deux fichiers		seulement
					En %	En % selon ADELI	En % selon la CNAMTS	En %
TOTAL	115 434	100,0	113 802	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Généralistes	63 069	54,6	60 580	53,2	52,9	54,7	53,6	36,5
Spécialistes	52 365	45,4	53 222	46,8	47,1	45,3	46,4	63,5

## **E – Le nombre de médecins spécialité par spécialité**

Les difficultés apparues lors de l'examen du partage entre spécialistes et généralistes parmi les libéraux sont accentuées lorsqu'on passe un niveau de détail supplémentaire.

L'homogénéisation des statistiques au niveau des spécialités ne doit alors être abordée qu'avec la plus extrême précaution. Les déclarations des médecins sont en effet en général faites à des dates différentes, selon des procédures différentes et sur la base de documents qui peuvent varier.

Après avoir fait l'inventaire des divergences les plus flagrantes entre les statistiques de la DREES et celles de l'Ordre, notamment sur la gynécologie, la biologie et la médecine du travail, on s'attardera sur des travaux effectués par divers organismes sur des spécialités particulières comme l'anatomie cyto-pathologique ou l'anesthésie.

### **Des différences importantes concentrées sur quelques spécialités**

D'après ce qui vient d'être dit plus haut sur les différences de champ et de concepts entre l'Ordre des médecins et la DREES, la seule année possible pour une comparaison spécialité par spécialité est l'année 1999 (1<sup>er</sup> janvier 1999 ou 31 décembre 1998).

On comparera en effet le nombre de spécialistes affichés par l'Ordre à ceux recensés par la DREES « sur le champ de l'Ordre » c'est à dire en ne tenant pas compte des 5 004 médecins dont la nature de qualification semble étrangère à une qualification ordinale.

Mais même sur cette année, la comparaison se heurte à une difficulté supplémentaire : l'existence de doubles comptes dans le recensement de l'Ordre par spécialité (1 168 médecins soit 1,3 % du total des spécialistes comptés dans au moins deux spécialités).

Alors que les tableaux de l'Ordre donnent 93 053 spécialistes, le total par spécialité s'élève en effet à 94 221 médecins.

La comparaison spécialité par spécialité entre l'ordre et la DREES devra alors se faire en gardant à l'esprit qu'un écart entre les deux organismes peut s'interpréter par ces doubles comptes à hauteur d'environ 1 200 médecins, même s'il y a bien évidemment peu de chances que ces 1 200 médecins « de trop » exercent tous la même spécialité.

Tableau 7 : Comparaison des effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 1999 par spécialité entre l'Ordre et la DREES

SPÉCIALITÉS	DREES			ORDRE	ÉCART	
	Total	dont PH	« champ Ordre »		nombre	%
Psychiatrie + neuropsychiatrie	13 302	804	12 498	12 228	270	2,2
Anesthésiologie réanimation	10 118	746	9 372	8 716	656	7,0
Radio+oncologie+med nucléaire	8 414	267	8 147	8 205	-58	-0,7
Pédiatrie	6 265	273	5 992	5 755	237	4,0
Chirurgie+neurochir+stomatologie	9 680	394	9 286	9 954	-668	-7,2
Cardiologie	5 477	155	5 322	5 263	59	1,1
Ophthalmologie	5 257	14	5 243	5 267	-24	-0,5
Gynécologie	6 765	90	6 675	7 673	-998	-15,0
Médecine du travail	4 304	604	3 700	4 843	-1 143	-30,9
Dermatologie et vénéréologie	3 753	19	3 734	3 810	-76	-2,0
Gastro-entérologie hépatologie	3 126	98	3 028	2 927	101	3,3
Biologie+gén+rech	3 067	515	2 552	2 280	272	10,7
Oto-rhino laryngologie	2 854	58	2 796	2 813	-17	-0,6
Rhumatologie	2 550	44	2 506	2 504	2	0,1
Med interne+hémato	2 778	160	2 618	2 462	156	6,0
Pneumologie	2 426	105	2 321	2 163	158	6,8
Rééduc et réadapt fonctionnelle	1 888	131	1 757	1 699	58	3,3
Anatomie et cytologie patho	1 575	106	1 469	1 423	46	3,1
Neurologie	1 517	64	1 453	1 381	72	5,0
Endocrinologie et métabolismes	1 198	21	1 177	1 159	18	1,5
Néphrologie	948	89	859	787	72	8,4
Santé publique	706	248	458	909	-451	-98,5
<i>Ensemble des spécialistes avec doubles comptes</i>			92 967	94 221	-1 254	-1,3
<i>Ensemble des spécialistes sans doubles comptes</i>	97 971	5 004	92 967	93 053	-86	-0,1
Généralistes	95 229		95 229	95 471	-242	-0,3
<b>Ensemble médecins</b>	<b>193 200</b>		<b>188 196</b>	<b>188 524</b>	<b>-328</b>	<b>-0,2</b>
% spécialistes	50,7		49,4	49,4	0	
% généralistes	49,3		50,6	50,6	0	

L'estimation au 1<sup>er</sup> janvier 1999 du nombre des spécialistes proposée par la DREES est inférieure au nombre de médecins recensés par l'Ordre principalement dans trois spécialités : la médecine du travail (1 143 médecins de moins, soit 31 % de moins que l'Ordre), la gynécologie (998 médecins d'écart soit 15 %) et la santé publique (451 médecins d'écart soit près de 100 % d'écart). Inversement, la DREES estime plus d'anesthésistes (656 médecins de plus soit 7 % d'écart par rapport à la comptabilisation de l'Ordre), ou de biologistes (272 médecins, 11% d'écart).

## La médecine du travail

La sous estimation par la DREES du nombre de médecins du travail par rapport au nombre de médecins qualifiés spécialistes par l'Ordre est un fait nouveau : l'écart était traditionnellement de sens opposé (graphique 4).

Ces écarts s'expliquent par les retards à l'inscription dans ADELI des changements dans la nature de qualification des médecins qualifiés compétents. Considérés ensemble, qualifiés compétents et qualifiés spécialistes sont en effet en nombre identique pour la DREES et pour l'Ordre (graphique 5, jusqu'en 1997 faute de données récentes sur les compétences depuis cette date). Les médecins qualifiés compétents n'étaient pas inscrits par l'Ordre dans les tableaux de spécialistes alors qu'ils s'inscrivaient – à tort et sans doute avant que les commissions de qualification aient achevé totalement leurs procédures – en tant que spécialistes dans ADELI.

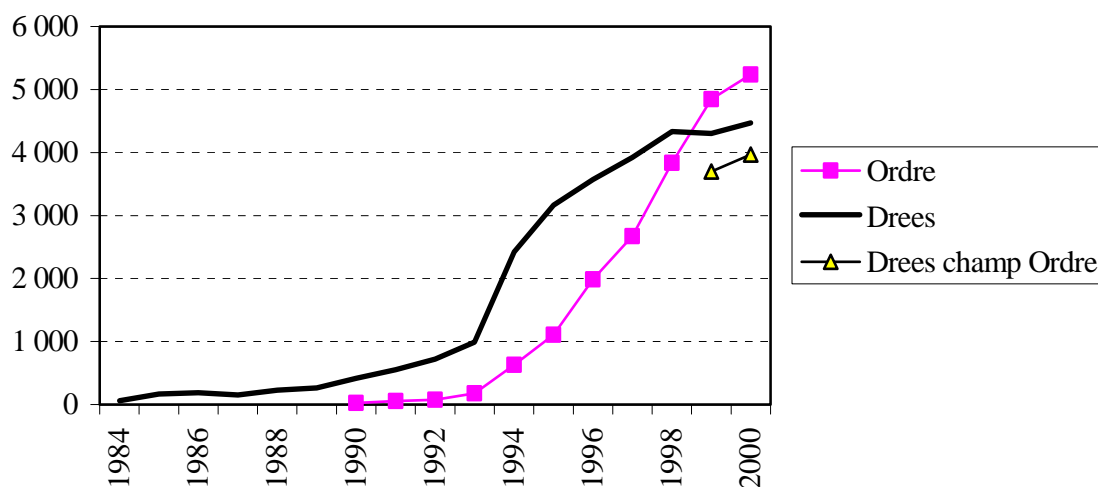
Depuis quelques années, ces commissions ordinales de qualification intègrent chaque année de plus en plus de médecins qualifiés compétents en leur délivrant la qualification de spécialiste. L'accélération est telle que le médecin nouvellement qualifié ne s'inscrit dans ADELI en tant que spécialiste qu'avec retard, ce qui explique le nombre très inférieur de spécialistes en médecine du travail estimé par la DREES sur les deux dernières années.

Les nombreux qualifiés par voies universitaire ou hospitalière (500 en 2000, 600 en 1999, nombres inconnus pour les années antérieures), et qu'il faut retrancher aux estimations de la DREES pour comparer le champ avec celui de l'Ordre, ne font qu'accentuer cet écart. Il serait bon de vérifier si ces médecins sont effectivement absents des listes ordinales ou si cette hypothèse, efficace sur le plan des chiffres globaux, se révèle fautive à un niveau de détail plus fin.

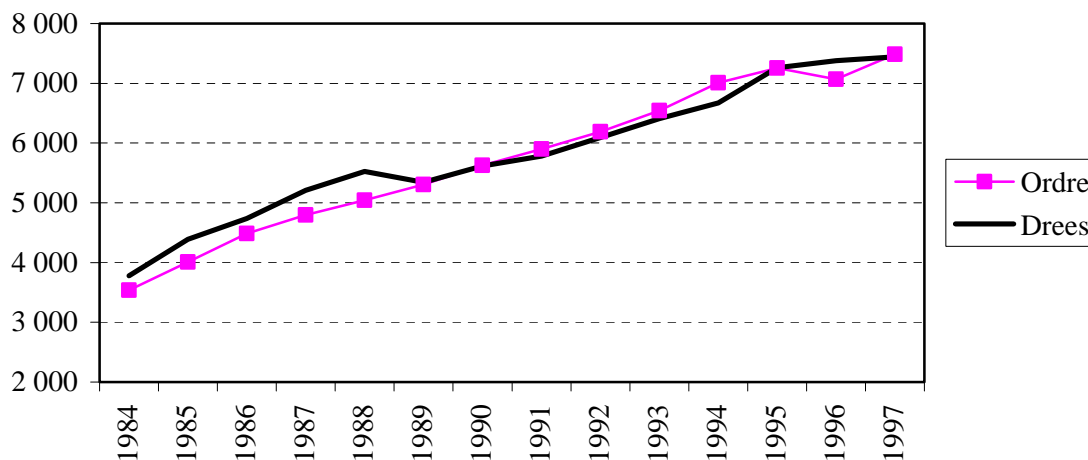
Les mêmes évolutions d'effectifs s'observent pour les médecins de santé publique : estimation de la DREES supérieure aux chiffreages ordinaux jusqu'en 1998, inférieure depuis deux ans.

Mais contrairement aux médecins du travail, les compétences en santé publique n'existent pas et ne peuvent donc pas expliquer ces écarts ni leur évolution.

Graphique 4 : Évolution comparée du nombre de qualifiés spécialistes en médecine du travail au 1<sup>er</sup> janvier

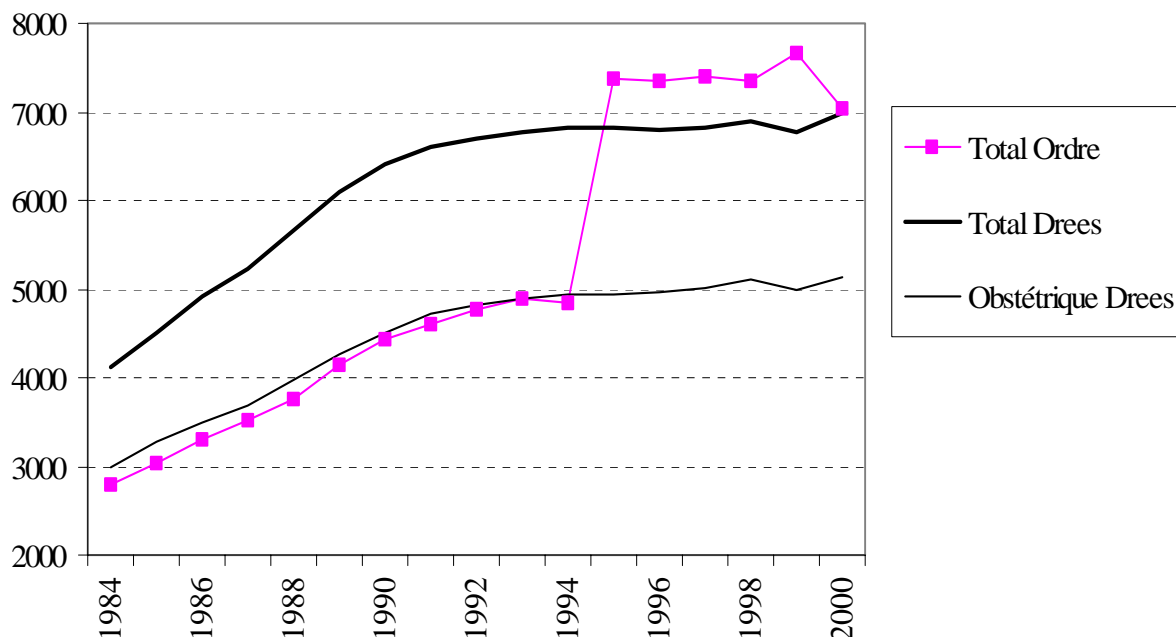


Graphique 5 : évolution du nombre de qualifiés compétents ou spécialistes en médecine du travail au 1<sup>er</sup> janvier



## La gynécologie

Le cas de la gynécologie est infiniment plus compliqué que celui de la médecine du travail. Il y a en effet une multitude de qualifications voisines qui sont distinguées dans les statistiques de l'Ordre et que la DREES regroupe sous le vocable réducteur de « gynécologues ». Citons la qualification en gynécologie obstétrique, la bi-compétence exclusive en gynécologie médicale et obstétrique, la bi-compétence en gynécologie médicale et obstétrique, la compétence exclusive en obstétrique, la compétence exclusive en gynécologie médicale. Afin de se caler sur les concepts de l'Ordre, la DREES assimile à la spécialité toutes les qualifications précédentes concernant l'obstétrique (c'est à dire les quatre premières). Sur ce champ limité à l'obstétrique, les estimations de la DREES sont totalement concordantes avec les données de l'Ordre de 1984 à 1994, autour de 5 000 médecins (graphique 6).

Graphique 6 : évolution du nombre de gynécologues au 1<sup>er</sup> janvier

La gynécologie médicale n'est en revanche pas considérée par l'Ordre des médecins comme une spécialité. Il s'appuie pour cela sur l'arrêté du 4 septembre 1970 publié par l'administration de la santé et de l'éducation listant les diplômes permettant de qualifier un médecin comme spécialiste.

La gynécologie médicale est par contre assimilée par la CNAMTS à une spécialité, au sens du tarif remboursé et de la cotation de l'acte. La DREES a alors, pour cette discipline, préféré s'aligner sur les concepts de la CNAMTS afin d'harmoniser en priorité les données de médecins libéraux avec celles de la CNAMTS, quitte à s'éloigner, a priori, du champ de l'Ordre des médecins.

Les statistiques de la DREES distinguent donc, parmi les spécialistes, une spécialité de gynécologie médicale (les compétents exclusifs en gynécologie médicale), et une spécialité chirurgicale : la gynécologie obstétrique (tous les qualifiés, spécialistes, bi-compétents ou compétents énumérés ci-dessus). L'ensemble atteint, au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 6 980 gynécologues, dont 1 846 gynécologues médicaux et 5 133 obstétriciens (graphique 6).

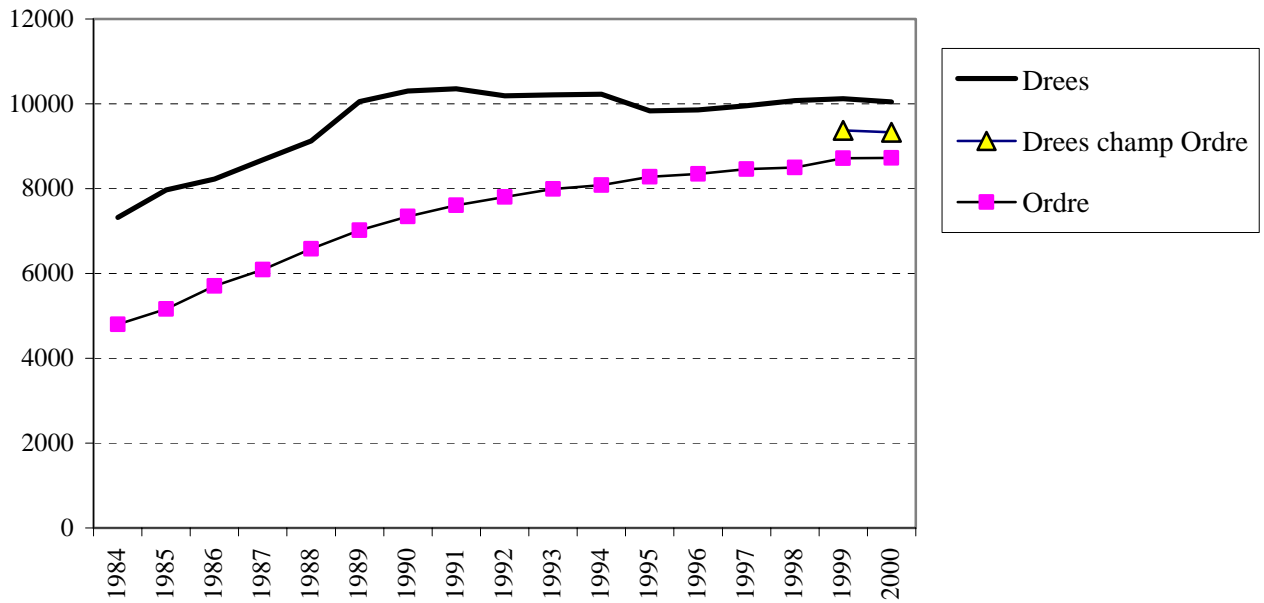
De son côté, l'Ordre intègre depuis 1995 les compétents exclusifs en gynécologie médicale (environ 2 500) dans le total des spécialistes dans ses tableaux statistiques. La distinction par nature de qualification sur les années 1995 à 1997 permet de vérifier que la concordance parfaite sur le champ strict de l'obstétrique, se poursuit au moins jusqu'en 1997. Il y a en revanche un saut dans le total des spécialistes de l'Ordre dû à l'ajout des compétents exclusifs en gynécologie médicale dans le total des spécialistes. Par construction, ce saut ne se retrouve pas dans les estimations de la DREES, qui intègre déjà les gynécologues médicaux dans le total des spécialistes. À partir de 1998, les natures de qualification ne sont plus distinguées dans les publications de l'Ordre et le total des spécialistes en gynécologie-obstétrique intègre les gynécologues médicaux.

Bien évidemment, cette entorse au règlement ordinal arrange la DREES, puisqu'elle harmonise les champs des statistiques diffusées par les deux organismes. Sur ce champ global et a priori identique, la convergence est malheureusement moins nette que sur celui restreint à l'obstétrique, puisque l'Ordre recense entre 1995 et 1998 environ 600 gynécologues de plus que la DREES en estime. Cet écart s'élève à 908 (à 998 si l'on tient compte dans l'estimation globale des 90 gynécologues qualifiés par voie hospitalière), ce qui en fait l'un des plus importants entre les estimations de la DREES et le chiffrage de l'Ordre. On peut raisonnablement supposer qu'une bonne partie de ces écarts (600 à 900) est due aux doubles comptes dont il est fait mention dans les publications de l'Ordre. Plus surprenant, en 2000, l'écart sur l'ensemble des gynécologues entre l'Ordre et la DREES est spontanément réduit à 57 personnes, sans que l'on sache d'où vient l'ajustement : alors qu'elle figurait parmi les causes principales de divergences entre la DREES et l'Ordre en 1999, la gynécologie n'est, au 1<sup>er</sup> janvier 2000, plus un problème (dans l'harmonisation des statistiques).

### **L'anesthésie**

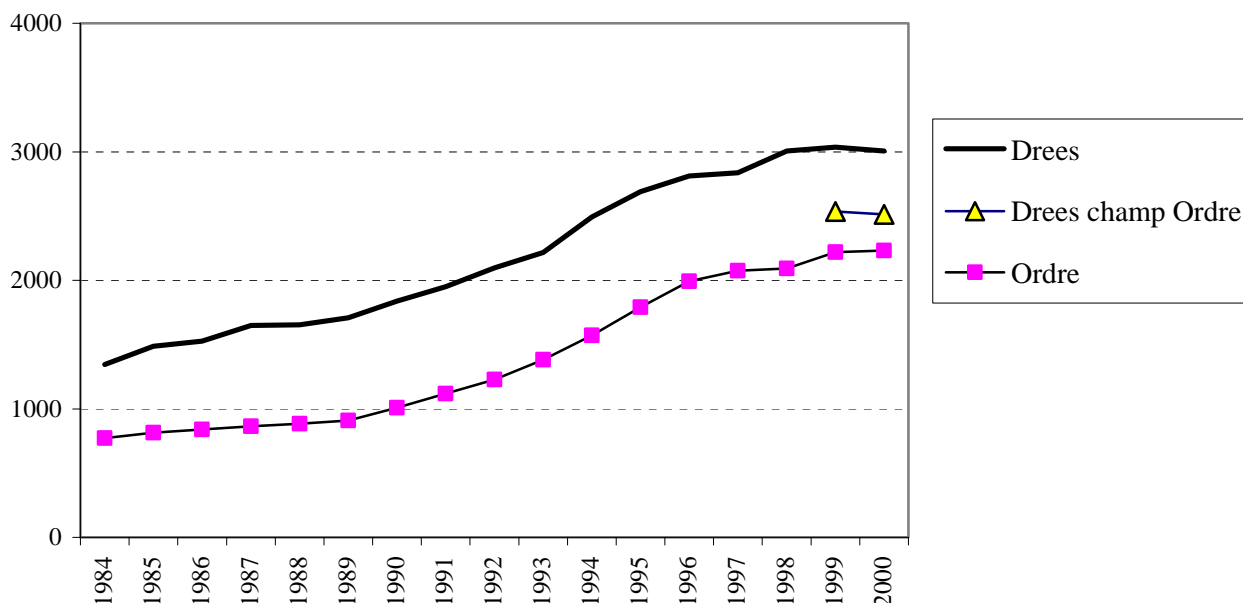
Dans la mesure où au 1<sup>er</sup> janvier 1999, la DREES et l'Ordre présentent la même estimation du nombre de spécialistes (à champs identiques), la sous-estimation de quelques spécialités entraîne mécaniquement la sur-estimation de quelques autres. Les écarts seront d'autant plus élevés que les redressements opérés sur ADELI seront importants. Ces redressements étant particulièrement élevés pour les spécialités majoritairement salariées, et particulièrement salariées de l'hôpital, il est naturel de trouver une estimation du nombre d'anesthésistes un peu supérieure à celle de l'Ordre. Cet écart s'est toutefois considérablement réduit et se limite actuellement à 600 médecins, contre plusieurs milliers au début des années 1990 (graphique 7). L'estimation du nombre d'anesthésistes subit effectivement de plein fouet les redressements importants opérés pour ces années là (de l'ordre de 70 % et même 80 % en 1990) sur les médecins hospitaliers, du fait de leur absence avérée dans les fichiers ADELI. Il n'est toutefois pas envisageable de faire l'hypothèse que, au début des années 90, les anesthésistes étaient, parmi tous les médecins hospitaliers, ceux qui s'inscrivaient le plus volontiers dans les fichiers administratifs. On ne peut donc en déduire une règle de redressement des pondérations au niveau de cette spécialité, si l'on ne compare les estimations de la DREES qu'avec les qualifications de l'Ordre.



Graphique 7 : évolution du nombre d'anesthésistes réanimateurs au 1<sup>er</sup> janvier

### La biologie médicale

Comme pour les anesthésistes, cet exemple illustre la nécessité de comparer à champ identique des sources apparemment très divergentes. Même si un écart important subsiste entre les statistiques de l'Ordre et les estimations de la DREES à champ comparable (12 % soit environ 300 médecins au 1/1/2000), il minore celui qui apparaît aux yeux du lecteur des publications (35 %, soit environ 800 médecins). Contrairement aux anesthésistes, cet écart entre les statistiques est stable depuis 15 ans (graphique 8).

Graphique 8 : évolution du nombre de biologistes médicaux au 1<sup>er</sup> janvier

### L'anatomie et cytologie pathologiques

Entrepris en 1999 sous la direction de Nicolas Brouard, directeur de recherche à l'INED, un travail de comparaison des diverses sources relatives aux médecins anatomo-cytopathologistes a été effectué par Hélène Kafé, médecin de cette spécialité<sup>3</sup>. S'étendant bien au-delà de nos travaux, ce travail comparait les données d'ADELI non redressées (la procédure de redressement n'existait pas encore à l'époque), de l'Ordre et de la CNAMTS, mais également celles des annuaires des enseignants en anatomie et cytologie pathologiques, les données du collège national des pathologistes des hôpitaux généraux et du syndicat des médecins anatomo-cytologie pathologistes français.

Avec l'accord de la CNIL, le Dr Hélène Kafé a comparé nominativement les renseignements déclarés par les médecins eux-mêmes lors de leur inscription à l'Ordre d'une part et à ADELI d'autre part et conclut à la nécessité d'harmoniser les nomenclatures et de pratiquer d'inévitables arbitrages, si l'on veut étudier en détail les natures de qualifications, les statuts, ou les modes d'exercice de ces médecins.

Beaucoup plus étonnant, elle observe que les bases de l'Ordre et d'ADELI, comparées à champ équivalent ne se recoupent que partiellement : pour 100 médecins identifiés, 74 sont inscrits dans les deux répertoires, 16 sont inscrits uniquement à l'Ordre, mais, et cela était nouveau par rapport au discours alors habituel, 10 sont inscrits uniquement dans ADELI (dont une petite partie munie de la fameuse « qualification hospitalo-universitaire » et une autre partie déclarant être qualifiés spécialistes).

L'examen attentif de ces médecins inscrits dans une seule base aboutit à la conclusion qu'il n'existe a priori aucun argument justifiant leur exclusion du champ d'étude final : pour obtenir une estimation correcte du nombre de médecins, il faut alors tenir compte de tous les médecins inscrits dans l'un ou l'autre des répertoires.

<sup>3</sup> Hélène KAFÉ : « Comparaison des bases de données de la profession médicale : l'exemple de l'anatomie et cytologie pathologiques » ; Cahier de sociologie et de démographie médicales, 2000, n°2.

Autre résultat : les données relatives aux natures de qualification du conseil de l'ordre et celle d'ADELI sont concordantes à l'échelon agrégé, mais cette concordance n'est que partielle à l'échelon individuel. Ce résultat, habituel en statistiques dès lors qu'on observe un nombre suffisant d'individus, nous conforte dans l'idée qu'un redressement statistique est possible à un niveau agrégé mais qu'il est illusoire de vouloir faire correspondre tous les paramètres de deux répertoires différents.

En fin de compte et sur la base des renseignements recueillis dans les diverses bases étudiées et de la connaissance fine de cette spécialité que seul un médecin peut avoir, Hélène Kafé estimait à 1570 le nombre de spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques au début de l'année 1999 pour 1423 qualifiés spécialistes par l'Ordre et 1330 spécialistes inscrits dans ADELI.

Quelques mois plus tard, les procédures globales de redressement effectuées par la DREES sur les seuls critères de mode d'exercice (libéral/salarié hospitalier/salarié non hospitalier) et de région d'exercice aboutissait à une estimation de 1575 médecins<sup>4</sup>, soit une différence, négligeable, de 0,3 %. Les travaux d'études approfondies, dirigés par L'INED, et les redressements globaux effectués par la DREES aboutissent donc, pour cette spécialité, au même résultat par des voies radicalement différentes.

---

<sup>4</sup> Estimation effectuée sur la base apurée des doubles comptes et des incohérences et redressée au niveau régional, ce qui explique le léger décalage avec l'estimation plus fruste (1567) publiée par la DREES à cette époque.



## Les perspectives

---

Parallèlement au suivi et à la validation du travail d'harmonisation présenté ci-dessus, les membres du groupe ont exprimé un diagnostic sur les procédures multiples conduisant à l'enregistrement des professionnels de santé.

Les procédures actuelles sont complexes, mobilisant de façon insuffisamment coordonnées les institutions concernées : État, ordres professionnels, caisses d'assurance maladie, établissements de santé employeurs, notamment. Elles sont, de ce fait, peu lisibles par les professionnels eux-mêmes et incomplètement respectées.

Les membres du groupe recommandent donc :

- de développer une identification pérenne, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisqu'un changement de département d'exercice entraîne un changement d'identifiant ;
- de rechercher, dans une perspective de simplification administrative, des solutions qui relèveraient d'une logique de point d'entrée unique pour toutes les démarches d'enregistrement en vigueur;
- de réfléchir à la mise en place d'un répertoire d'identification commun sur lequel chaque partenaire pourra s'il le souhaite greffer son système d'information propre.

Ces perspectives rencontrent l'accord de principe des principales institutions concernées et sont de nature à améliorer sensiblement la qualité des informations de référence sur lesquelles s'appuient les outils respectifs propres à chacune d'entre elles.

De telles améliorations auraient à terme des conséquences significatives sur la qualité des exploitations statistiques réalisables à partir de ces outils.



## **A N N E X E S**



- projet de mandat du groupe de travail du CNIS
- composition du groupe de travail du CNIS
- principaux sigles utilisés

Paris, le 3 février 1998

**PROJET DE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL DU CNIS  
SUR LES « PROFESSIONS DE SANTÉ »**

-----

A la fois dispensateurs de soins et ordonnateurs de dépenses, les professionnels de santé constituent l'épine dorsale de notre système de santé. Leur nombre, leurs qualifications, leurs pratiques ont des répercussions considérables sur la qualité et le coût de la santé des Français. Par ailleurs, le secteur sanitaire est une source non négligeable d'emploi. A titre d'exemple, dans la majeure partie des villes de plus de dix mille habitants, l'hôpital, lorsqu'il existe (*hôpitaux publics et cliniques privées réunis*), est le premier employeur de la ville sans même prendre en compte la médecine libérale. Autant de raisons impérieuses pour avoir une connaissance statistique étendue et fiable dans l'intérêt d'une gestion pertinente du secteur.

Or, malgré une production importante, le dispositif statistique actuel sur les professionnels de santé comporte des lacunes qui l'empêchent de remplir complètement sa mission d'information du grand public, et de jouer pleinement son rôle d'aide à la gestion des professions à la hauteur des enjeux mentionnés ci-dessus.

C'est ainsi, par exemple, que les revenus globaux, les carrières, les spécialités mêmes des praticiens hospitaliers sont mal connus. Les répertoires (ADELI, le fichier du Conseil de l'Ordre) permettent un suivi des effectifs selon le mode d'exercice et le statut ; cependant, leur couverture ainsi que leur coordination (y compris avec le fichier de la CNAMTS) pourraient sans doute être améliorées, notamment pour les salariés. Enfin, l'approche uniquement nationale de ces problèmes est insuffisante pour rendre compte des disparités régionales importantes. Dans un univers hospitalier soumis à des restructurations importantes, cette situation conduit par exemple à des incertitudes sur l'appréciation de pénurie de telle ou telle spécialité hospitalière.

Le système d'observation de la médecine libérale est, lui aussi, perfectible, en particulier sur les revenus. Des sources existent mais elles ne permettent pas, en l'état actuel, de suivre les revenus individuels, encore moins de cumuler revenus d'activité libérale et revenus d'activité salariée.

Dernier exemple, la connaissance des effectifs, des revenus et peut-être plus encore des horaires, des durées de travail et des conditions de travail des personnels paramédicaux et techniques à l'hôpital ne permet pas, en l'état actuel, d'éclairer les nécessaires évolutions du secteur.

Le groupe de travail aura donc pour mission :

- de recenser et de juger les sources statistiques existantes,
- d'identifier les carences du dispositif actuel, notamment en matière de prévisions,
- de proposer des améliorations susceptibles de satisfaire l'attente des utilisateurs.



<b>COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL DU CNIS</b>	
<b>NOM, PRÉNOM</b>	<b>ORGANISMES</b>
BERNARD Micheline	CNAFAL représenté par son comité départemental parisien.
BOISSONNAT Vincent	DREES
BOTREAU-ROUSSEL Pierre	DGS
BOUGEANT Frédéric	FO
CHAPELLE Mireille	FMF
CHOL Yves	AFPA
CORDELLIER Christian	INSEE
COURTOIS Jocelyn	DSS
CUNEO Philippe	DREES
DEFORTESCU Danielle	FSAS (CGT)
DESMOULIERES André	DHOS
de TOVAR Antoine	Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH)
DO HUU Christian	DHOS
DOREL Dominique-Chantal, puis ROUSVAL-AUVILLE Stéphanie	FIEHP
DUBOIS Olivier, puis LANGLOIS Jean	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DUVAUX Christophe	Conseil National de l'Ordre des Médecins
FENDER Pierre	CNAMTS
FOULON Daniel	DHOS
GUILLOUX Annick	CGP
LAFFONT Bernadette	CES
LE LAIDIER Sylvie	CNAMTS
LENORMAND François	CNAMTS
MERMILLIOD Catherine	DREES
MEYER-MEURET Christine	FNMF
NIEL Xavier	DREES
QUILLET Emmanuelle	FHF
SANDIER Simone	Arg. SES
SCHLERET Yvon	ORSAS - Lorraine
THELOT Bertrand	AP-HP
VILAIN Annick	DREES
WANNEPAIN Hubert	CSMF

## SIGLES UTILISÉS DANS LE RAPPORT

### A

<b>ADELI</b>	Automatisation des listes des professions de santé
<b>AFPA</b>	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

### C

<b>CES</b>	Conseil Économique et Social
<b>CGP</b>	Commissariat Général du Plan
<b>CGT</b>	Confédération Générale du Travail
<b>CNAFAL</b>	Conseil national des association familiales laïques
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des Travailleurs Salariés
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CNIS</b>	Conseil National de l'Information Statistique
<b>CPS</b>	Carte des professions de santé
<b>CSMF</b>	Confédération des syndicats médicaux français

### D

<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DOM</b>	Département d'Outre Mer
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (ex SESI)
<b>DSS</b>	Direction de la Sécurité Sociale

### F

<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>FIEHP</b>	Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée
<b>FMF</b>	Fédération des médecins de France
<b>FNMF</b>	Fédération nationale de la mutualité française
<b>FO</b>	Force Ouvrière
<b>FSAS</b>	Fédération Santé Affaires Sociales (CGT)

**I**

**INED** Institut National d'Études Démographiques

**INSEE** Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**O**

**ORSAS** Observatoire régional de santé et d'action sociale

**P**

**PHTP** Praticiens hospitaliers temps plein

**S**

**SAE** Statistique annuelle des établissements

**SNIR** Système national inter régimes