

DOSSIER DE PRESSE



Jeunes Médecins de France en grève: Non au SACRIFICE DE LA SANTÉ

ISNIH : Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux de Villes de Faculté.

Président : Olivier MIR

Vice-président : Raphael GAILLARD

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généraliste

Président : Fabien QUEDEVILLE

Secrétaire Général : Pierre MARTIN

ISNARIMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

Président : Emmanuel GALLOT

Vice Présidente : Bérengère CROCHEMORE

ISNCCA : Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant des Hôpitaux de Villes de Faculté.

Président : Pierre LOULERGUE

Vice Président : Fabrice BOYER

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

Président : Charles MAZEAUD

Vice Présidente : Chloé MOULIN

15 octobre 2007

Contacts presse :

VAE SOLIS

Antoine Boulay : 01 55 20 28 69 – Mob. : 06 83 00 26 02

Emmanuelle Messean : 01 55 20 27 03 – Mob. : 06 83 40 53 96

Djamila Chekhar : 01 55 20 28 21 – Mob. : 06 21 71 20 00

SOMMAIRE

Communiqué de Presse	p.3
Contexte	p.4
La vision du gouvernement : les articles 30-31-32 et 33 du PLFSS	p.7
1 Des mesures injustes	
2 Des mesures inadaptées	
3 Des mesures dangereuses	
Les propositions des Jeunes Médecins de France	p.10
Rappel sur le parcours des études de médecine	p.11
Bibliographie	p.11

COMMUNIQUÉ DE PRESSE
-12 OCTOBRE 2007 -

Plus de 10 000 étudiants et internes en médecine de toute la France, rejoints par d'autres professions de santé, ont participé à la manifestation du jeudi 11 octobre

Aux portes du Ministère de la Santé, la délégation a demandé le retrait des articles 30-31-32 et 33 du PLFSS.

Le projet Bachelot : un dispositif inadapté

La France souffre déjà d'un manque de médecins dans les territoires ruraux et d'ici trois à cinq ans dans les zones urbaines: les départs massifs à la retraite des médecins actuellement en exercice, en contraste avec le faible nombre de jeunes médecins, amputera douloureusement l'offre de soins.

Cette situation est la conséquence d'une gestion aveugle de l'offre de soins se limitant à des objectifs comptables. Les erreurs passées se poursuivent, avec à présent des mesures coercitives allant jusqu'au conventionnement sélectif.

Les effets pervers des mesures envisagées par le Ministère sont déjà connus : les pays voisins qui les ont appliquées ont vu s'accroître la pénurie médicale.

Les jeunes médecins de France, conscients de la situation alarmante, demandent que soit ouverte une vraie réflexion sur l'organisation des soins et l'aménagement du territoire. Aucune urgence ne justifie de sacrifier cette réflexion. Prenons le temps du diagnostic et du choix des traitements plutôt que de mettre en danger l'accès de tous à des soins de qualité.

En l'absence de la Ministre des Sports et de la Santé, les représentants des Jeunes Médecins de France ont été reçus par ses conseillers, qui n'ont manifestement pas pris la mesure du mouvement et n'ont formulé aucune nouvelle proposition.

Un rendez-vous est prévu avec la Ministre le lundi 15 octobre au matin avec à l'ordre du jour l'ouverture des Etats Généraux de la Santé.

Les représentants des Jeunes Médecins de France se rendront au Ministère, mais posent en préalable absolu des discussions la suppression des articles 30-31-32 et 33 du PLFSS 2008. Le maintien de ces articles rendrait de facto ces Etats Généraux sans objet.

**Une conférence de presse sera organisée à l'issue de cette rencontre
lundi 15 octobre à 13h45**

Salle du Conseil – Hôpital Européen Georges Pompidou
Accès principal - 20, rue Leblanc 75 PARIS 15^{ème}

**EN ATTENDANT LES JEUNES MEDECINS DE FRANCE CONFIRMENT LEUR APPEL
A LA GREVE NATIONALE A PARTIR DU 15 OCTOBRE 2007**

LE CONTEXTE

La France est confrontée à un grave problème de démographie médicale.

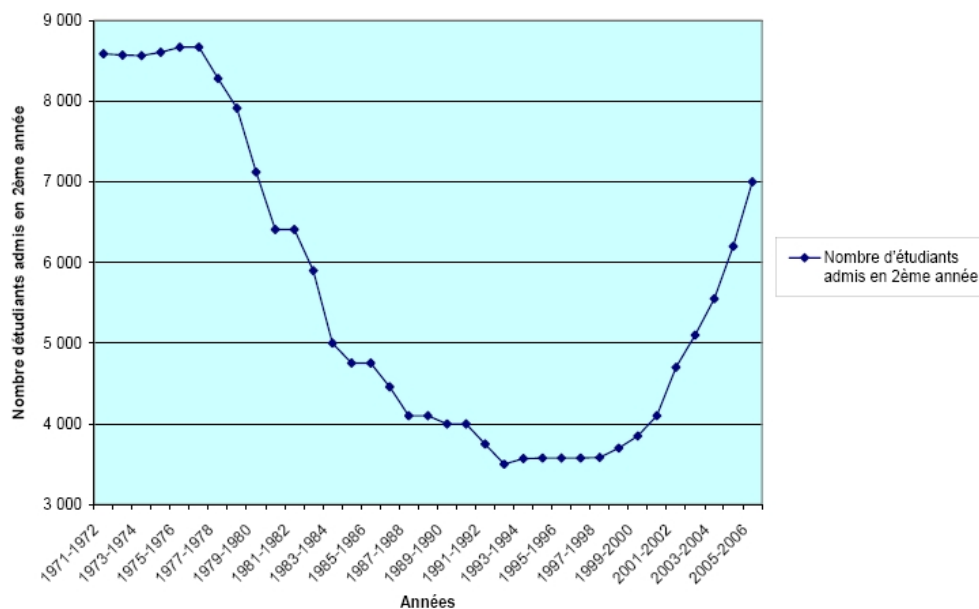
Même si certains rappellent que le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, ce qui est vrai, force est de constater que l'offre médicale est déjà insuffisante pour satisfaire les besoins et qu'elle va fortement diminuer dans les prochaines années.

On compte aujourd'hui 335 médecins pour 100 000 habitants en France contre une moyenne européenne à 337, à 570 pour l'Italie, 440 pour l'Espagne et 430 pour l'Allemagne. De 1990 à 2005, le nombre annuel d'étudiants en médecine qui obtiennent leur diplôme a diminué en France, en Allemagne, en Italie, au Japon, en Espagne et en Suisse (Source OCDE).

En France, à l'hôpital : 1500 postes de praticiens hospitaliers plein temps (PHTP) restent vacants dans les hôpitaux publics, malgré 6000 postes occupés de façon "contractuelle" par des médecins à diplôme étranger. 10 000 médecins étrangers ont déjà été régularisés entre 1995 et 2000 sur la base d'une évaluation de leur diplôme.

En ville : si globalement le nombre de médecins libéraux a augmenté de 9,6 % entre 1991 et 2006, tout comme la population française, les effets cumulés du numerus clausus (en baisse constante de 1978 à 1998) et des départs massifs à la retraite laissent craindre une chute des effectifs de médecins libéraux d'ici à 2025 : les effectifs seront amputés de 17 000 médecins généralistes, et 13 500 médecins spécialistes (Source CARMF).

2- Numerus clausus



Nombre de médecins formés en France chaque année depuis 1971

Dans les années à venir le territoire français dans sa globalité connaîtra des difficultés à répondre aux besoins d'une population exigeant, à juste titre, des soins conformes aux progrès de la médecine. Chacun peut s'en réjouir : l'espérance de vie augmente. Le développement de soins adaptés aux pathologies chroniques plus fréquentes chez la personne âgée amplifiera les attentes de chacun vis-à-vis des médecins.

La démographie est une science difficile, et l'image classique du bassin rempli d'eau avec deux robinets d'entrée et de sortie représente un modèle trop simpliste. De même, le coloriage d'une carte présentant les densités des zones pour répondre aux besoins de nos patients est détaché de ce qu'est réellement le soin. Raisonner sur des densités, c'est négliger des facteurs essentiels tels que l'organisation des réseaux de soins, en ville comme à l'hôpital, ou encore les enjeux de santé publique spécifiques à chaque région.

C'est pourquoi nous, Jeunes Médecins de France, soucieux et responsables de la santé de nos patients, demandons l'ouverture d'un débat qui nous concerne tous.

LA VISION SIMPLISTE DU GOUVERNEMENT

Après 30 ans d'erreurs et de gestion aveugle du numerus clausus, le Ministère de la Santé confronté aux premières difficultés de pénurie s'attaque au sujet en employant des mesures coercitives.

Les propositions inscrites aux articles 30-31-32 et 33 du PLFSS introduisent le conventionnement sélectif des médecins : la coercition pourrait aller jusqu'à la mise en place de quotas par territoire pour l'installation de nouveaux médecins et l'ingérence dans les pratiques médicales par des contrats d'objectifs individuels.

La répartition de l'offre de soins sur le territoire français est hétérogène. Le diagnostic est incontestable. Mais les mesures prises dans l'urgence, sur la base d'une analyse simpliste et passéiste et d'une démarche électoraliste ne sont pas la solution. Patients et médecins en feront les frais, ce qui est inacceptable.

Tout en prenant en compte l'impératif du maillage sanitaire, sur lequel ils interpellent les gouvernements successifs depuis plus de 10 ans, les jeunes médecins considèrent que ces mesures, si elles étaient mises en œuvre, seraient injustes, inadaptées et dangereuses.

Des mesures injustes

- parce qu'elles appliquent aux médecins des règles que l'Etat lui même ne respecte pas : on ne peut que constater le désengagement des services publics en milieu rural et périurbain (polices, postes, écoles, hôpitaux, transports, tribunaux, administrations) ;
- parce qu'elles font payer aux médecins une pénurie dont ils sont déjà victimes : après avoir souffert de quotas aveugles à l'entrée (numerus clausus), ils subiraient la mise en place brutale de quotas à la sortie ;
- parce qu'elles interviennent en milieu de parcours pour des étudiants ayant fait le choix d'un métier déjà en crise de vocation et qui brutalement voient leur vie professionnelle et personnelle bouleversée ;
- parce que c'est un mensonge électoral : par la voix de son porte parole, Monsieur Xavier Bertrand, le candidat Nicolas Sarkozy s'était déclaré contre la remise en cause de la liberté d'installation des jeunes médecins.

Des mesures inadaptées

- parce qu'elles ne tiennent pas compte du caractère national de la pénurie : des mesures locales sont autant de cataplasmes qui ne traitent ni le sujet ni le patient ;
- parce qu'elles ignorent les logiques médicales : un médecin isolé, sans plateau technique ni relais paramédicaux et médicosociaux, ne peut exercer une médecine moderne de qualité notamment pour la prise en charge des sujets les plus fragiles : maladies cardio-vasculaires, Alzheimer, pathologies du vieillissement ;
- parce qu'elles ignorent ce qu'est un jeune médecin : les promotions de jeunes médecins sont à 70 % composées de femmes, qui doivent pouvoir concilier leur vie professionnelle, personnelle et familiale ;
- parce qu'une fois mise en application elles retarderont l'âge de l'installation : les médecins préféreront alors poursuivre à l'hôpital ou remplacer des médecins seniors en exercice partiel ;
- parce qu'elles ont démontré à l'étranger leur inefficacité avec des territoires en pénurie qui restent sans médecins : en Allemagne, comme en Suisse, la pénurie médicale dans les campagnes s'est aggravée et s'est propagée aux villes (sur 100 étudiants en médecine formés, seuls 55 exercent effectivement).

Des mesures dangereuses

- parce qu'elles vont immédiatement dépeupler l'hôpital de ses forces vives avant l'entrée en vigueur des quotas à l'installation : les médecins en fin de cursus feront le choix de s'installer avant l'entrée en vigueur de la loi (en Allemagne, plus de 12 000 médecins sur un total de 90 000 praticiens se sont installés pendant la seule année 1993, date de mise en place de la mesure) ;
- parce qu'elles ouvrent la voie aux déconventionnements et instaurent les principes d'une médecine à deux vitesses : si les médecins ne sont plus conventionnés, ce sont les patients qui ne seront plus remboursés ;
- parce qu'elles créent une faille dans les principes de solidarité sous-tendant l'assurance maladie, en ouvrant la voie à l'assurance privée ;
- parce qu'elles ouvrent la voie à un droit d'ingérence sur la liberté de pratique et de prescription

des médecins ;

- parce qu'elles touchent à la qualité de l'exercice professionnel et mettent en danger les patients : des médecins seront obligés d'exercer isolés une médecine d'avant poste sans moyen, contexte dans lequel ils n'ont jamais exercé ;
- parce qu'elles sont en contradiction avec le nécessaire regroupement des plateaux techniques (médecine spécialisée, chirurgie, maternité) pour des raisons de qualité et de sécurité des soins prodigués ;
- parce qu'elles accentuent la dévalorisation de la médecine de premier recours, frappée de plein fouet par cette réforme : rappelons que 540 postes en médecine générale sont restés vacants lors des choix de l'Examen National Classant ;
- parce qu'elles nivellent par le bas la médecine française en diminuant l'attrait des lycéens pour les études de médecine : pourquoi choisir un métier difficile, sanctionné par des études longues et sélectives, sans l'assurance d'exercer librement et dans l'intérêt des patients ?

POUR TOUTES CES RAISONS LES JEUNES MEDECINS DE FRANCE DEMANDENT LE RETRAIT DES ARTICLES 30-31 32 ET 33 DU PLFSS ET QUE SOIENT OUVERTS DES ETATS GENERAUX DE LA SANTE.

LES PROPOSITIONS DES JEUNES MEDECINS

NEUF PROPOSITIONS DES JEUNES MEDECINS DE FRANCE POUR GARANTIR LE SOIN DE PREMIER RECOURS ET SAUVEGARDER LA SECURITE SOCIALE

CONCERNANT LES ETUDES MEDICALES

Adapter le numerus clausus

Seule une adaptation globale des effectifs de jeunes médecins pourra compenser les départs à la retraite à venir. Les jeunes médecins de France sont conscients des difficultés rencontrées par les Faculté de Médecine pour l'accueil et la formation de ces nouvelles promotions. Ils souhaitent donc que cette adaptation du numerus clausus s'accompagne des moyens matériels et humains, notamment en termes d'enseignants, nécessaires pour répondre à cet enjeu de santé publique

Créer dans chaque région un nombre adapté de Contrats Formation Installation

Pour favoriser l'installation de médecins dans les régions concernées, la bourse conditionnée par une durée minimale d'exercice dans la région fait déjà ses preuves en Picardie. Il faut la généraliser en créant des contrats formation-installation dans les zones les plus déficitaires.

Réorganiser les études médicales :

- rendre obligatoire le stage auprès d'un médecin libéral au cours des études médicales

Cette mesure est prévue par un décret de 1997, et reste partiellement appliquée faute du déblocage d'un budget de moins de 20 millions d'euros par an pour indemniser les maîtres de stage. Il faut par ailleurs élargir cette pratique aux autres spécialités concernées par les soins de premiers recours. Les jeunes médecins doivent être incités au choix de l'installation par l'expérience de l'exercice de ville au cours de leur formation.

- créer une réelle Filière Universitaire de Médecine Générale

Contrairement aux engagements des gouvernements précédents, les Professeurs Universitaires de Médecine Générale n'ont jamais été nommés. Les généralistes qui enseignent aujourd'hui en faculté ne sont pas rémunérés depuis 18 mois. L'incitation à l'installation en région demande une formation adaptée, pratique et de qualité : la médecine de ville doit être représentée à l'Université.

CONCERNANT L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

Créer un guichet unique régional de gestion des carrières médicales

Il faut donner les moyens aux professionnels de mener une politique d'aménagement des soins à l'échelon territorial. Les professionnels de santé, au niveau local, devraient disposer des moyens suffisants pour évaluer les départs, assurer les successions, informer sur les besoins par bassins de vie, etc... Diffuser l'information sur les mesures incitatives existantes.

Réaliser un plan d'aménagement au niveau régional pour définir ces zones et les spécialités touchées, dans le cadre de discussions quadripartites (Jeunes médecins/Médecins installés/Etat/Assurance Maladie), en supprimant le monopole de l'Assurance Maladie dans ce domaine.

Une rencontre est programmée entre les Présidents de l'Association des Régions de France et les représentants des jeunes médecins pour aborder cette question d'aménagement.

Lancer un Plan National de Création de Maisons de santé de proximité

Tous les acteurs et tous les experts de la santé s'accordent à dire que c'est la structure d'avenir pour les soins de proximité. Les médecins ne pourront assumer seuls toutes les créations nécessaires, or c'est la condition de leur installation dans les zones à plus fort besoin. Il faut donc :

- mettre en place des mesures incitatives et pérennes pour en faciliter la création et la gestion de cabinets
- revaloriser la rémunération des médecins dans ces zones en passant notamment par les crédits d'impôts
- élaborer des dispositifs immobiliers réservés aux cabinets de premier recours (mise à disposition de locaux)
- exonérer les charges sociales du personnel sur les emplois créés localement dans ces structures

CONCERNANT L'ORGANISATION DES SOINS

Renforcer les liens entre l'hôpital et l'exercice de ville

Pour faire face à la pénurie et au déficit, il convient de repenser la définition des soins de premiers recours en coordination avec les plateaux techniques, notamment l'hôpital : la T2A intégrale dans le PLFSS 2008 va modifier les choix d'activité de l'hôpital public en privilégiant la rentabilité. L'hôpital connaît une crise démographique qui met en danger son fonctionnement, crise qu'une régulation coercitive à l'installation viendra amplifier. Il est nécessaire de revaloriser les statuts hospitaliers actuels et de promouvoir des statuts permettant de faire le lien entre exercice de ville et hôpital.

Réorganiser le transport médical et développer la télémédecine

Il est évident qu'il est plus urgent et plus efficace de faciliter concrètement l'accès des patients aux médecins plutôt que de chercher à contraindre ceux-ci à s'installer en cabinets isolés, sans moyens sanitaires adaptés. Réorganiser le transport médical autour de l'offre de soins est donc urgent.

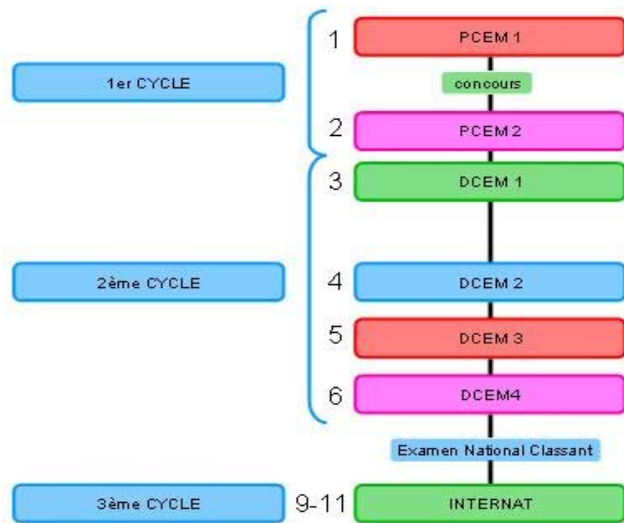
Redéfinir les rôles de chacun des acteurs de soins

Un médecin ne peut exercer sans accès à un plateau technique d'une part, et aux indispensables relais paramédicaux et médico-sociaux qui structurent la continuité et la permanence des soins d'autre part. La répartition de l'ensemble des professionnels de santé doit donc être pensée simultanément, et non en désorganisant les soins par des réformes inadaptées touchant l'une après l'autre chacune des professions de santé.

RAPPEL SUR LE PARCOURS DES ETUDES DE MEDECINE

Les études médicales sont des études longues et difficiles, Elles durent au minimum 9 ans et durent le plus souvent 15 ans, sans compter les événements familiaux et personnels qui marquent la vie des médecins en formation.

Le parcours est organisé en 3 cycles, selon le schéma simplifié ci-contre (avec la possibilité de poursuivre par un clinicat) :



- ▶ **La 1ère année ou PCEM1** [1] (pour Premier Cycle des Etudes Médicales - 1ère Année) est une année de concours avec un nombre déterminé de places pour accéder à l'année suivante : le fameux Numerus Clausus, avec actuellement moins de 15 % des étudiants admis en deuxième année.
- ▶ Les 2ème et 3ème années, respectivement **PCEM2** et **DCEM1** (pour Deuxième Cycle des Etudes Médicales - 1ère Année) sont deux années charnières, où sont poursuivis parallèlement aux premiers enseignements cliniques.
- ▶ Les 3 années suivantes (**DCEM2**, **DCEM3**, **DCEM4**) sont les années qui forment ce qu'on appelle traditionnellement l'Externat : les enseignements sont répartis pour moitié entre la Faculté et les Stages Hospitaliers, où l'étudiant participe au fonctionnement du service le matin et pendant les gardes.
- ▶ L'accès à l'Internat est subordonné à la réussite des **Epreuves Nationales Classantes (ECN)** [2] qui permettent à l'étudiant en fin de 6ème année (DCEM4), selon son classement, de choisir sa spécialité et la région où il effectuera son Internat.
- ▶ **L'Internat** [3], qu'il soit de Médecine Générale ou de Spécialité, se déroule sous forme de stages de 6 mois, en centres hospitaliers : l'Interne y assure les soins et est d'ailleurs prescripteur. Selon la spécialité choisie l'internat s'étale sur 4 à 5 années.
- ▶ **La Thèse** est soutenue au cours de l'Internat et donne le titre de Docteur en Médecine.
- ▶ **Le Clinicat**, effectué à l'issue de l'internat permet la poursuite de l'exercice hospitalier et l'acquisition de compétences spécialisées. Pour ceux qui s'orientent vers l'installation en ville, la validation de deux ans de clinicat offre le droit de pratiquer avec des honoraires de secteur 2.

BIBLIOGRAPHIE

CARMF- Les Vrais chiffres de la démographie médicale

Caisse de Retraite des Médecins de France – 2006 – www.carmf.fr

Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat - n° 14 (2007-2008) - 4 octobre 2007

Panorama de l'Etat des Lieux de l'offre des soins libérale dans 40 villes d'Ile-de-France – Association RIR Ile-de-France – www.rir-idf.org – 2007

Observatoire National des Professionnels de Santé – Sous la présidence du Professeur Berland _ Rapport 2005

Union Régionale de Picardie, *Livre Blanc des Internes de Picardie : Formation et Démographie, Constats et Propositions*, URML Picardie, mai 2005

Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes, *Etude de la démographie médicale : enquête auprès des dermatologues*, URML Rhône Alpes, février 2005

SIHP Ile de France - *Evolution de la filière chirurgie en Ile de France de 1992 à 2001* - Gregory (T.), Gaillard(R.), septembre 2004

Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes, *Livre blanc des internes de spécialités des régions Rhône-Alpes et Auvergne*, URML Rhône Alpes, 2004.

Laboratoire Francilien de la Démographie Médicale, *Livre Blanc des Internes : A quoi rêvent les jeunes spécialistes ?*, URML IDF, SIHP, novembre 2003

Laboratoire Francilien de la Démographie Médicale, *Les médecins franciliens et leur activité professionnelle CSDM*, Ile de France, avril 2003

Laboratoire Francilien de la Démographie Médicale, *Activité des infirmiers libéraux en Ile-de-France - premiers travaux*, URCAM IDF, Ile de France, janvier 2003

Laboratoire Francilien de la Démographie Médicale, *Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux*, URCAM IDF, Ile de France, mars 2002

NIEL (X), *L'harmonisation des données de démographie médicale*, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 42 (1), Janvier-Mars 2002, à paraître.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, DRESS, Bureau "Professions de santé", *Les professions de santé : éléments d'informations statistiques*, DREES, Paris, 2001.

SICART (D), *Les médecins : estimations de 1984 à 2000*, Série longue, Document de travail, DREES, août 2001.

Divers auteurs, *Notes et études de démographie médicale*, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 41 (3-4) : 265-456, juillet-décembre 2001.

DREES, Etudes et résultats, n°120, juin 2001. (S.), *La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni*,

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, *La densité médicale optimale: comparaison internationale d'une quête de consensus* (Travail entrepris pour la Direction Générale de la Santé) Paris, C.S.D.M., juin 2001.

Direction Générale de la Santé, *Rapport de Démographie Médicale*, mai 2001, Documentation Française, à paraître.

Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil Scientifique de la [CNAMTS](#) et le [IRDES](#), *Démographie médicale, peut-on évaluer les besoins en médecins ?*, Rapport IRDES, n°1341, mars 2001.

Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, *Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche*, [IRDES](#), Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n°35, mars 2001.

Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000, Etudes et résultats, n° 99, janvier 2001. DARRINE (S.), NIEL (X.),

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, *Le secteur libéral des professions de santé en 1998*, Carnets statistiques, n° 103, [CNAMTS](#), 2000.

Conseil national de l'Ordre des médecins de France, *Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2000*, [IRDES](#), [Ordre national des médecins](#), Paris, 2000.

Projection de l'activité anesthésique jusqu'en 2025 à partir de l'évolution de la démographie française, Thèse de médecine, Paris 6 Saint-Antoine, 2000. NATHAN (C.),

Les médecins : *estimations au 1er janvier 2000*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, 2000. SICART (D.),

Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse Normandie, *Enquête régionale sur la démographie médicale et l'offre de soins*, [URML de Basse Normandie](#), 2000.

Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes, *Expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie (3 spécialités ciblées : pédiatrie, chirurgie orthopédique, gastro-entérologie)*, [URML Rhône-Alpes](#), 2000.

Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale, Présentation d'une enquête entreprise d'avril à juin 1999 auprès d'un échantillon de 1700 jeunes médecins, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, n°3-4, juillet-décembre 2000. BUI (D. H. D.), LEVY (D.),

Observatoire Régional de Santé d Ile-de-France, *Les médecins libéraux en IDF - Répartition géographique*, [ORS IDF](#), Paris, décembre 2000.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, [DATAR](#), [IRDES](#), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma des services collectifs sanitaires*, La Documentation Française, octobre 2000.

Les médecins aujourd'hui en France, Actualité et dossier en santé publique, n° 32, septembre 2000, 15-66. CHARPAK (Y.), KNOCKAERT (R.) (dossier coordonné par),

Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, *La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé*, [URCAM de France](#), septembre 2000.

Union Régionale des Médecins Libéraux Champagne-Ardenne, *Démographie médicale*, [URML Champagne-Ardenne](#), juin-août 2000.

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, *L'effectif des pneumologues français à l'horizon 2010*, Paris, C.S.D.M., juin 2000.

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France ([URML IDF](#))- Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé ([IRDES](#)), *Trajectoire de soins des patients : l'accès aux plateaux techniques*, Annexes, [URML IDF](#), avril 2000

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, *Divers aspects de la démographie médicale*, Dossier Etudes et Statistiques, n°46, [CNAMTS](#), mars 2000.

Les densités régionales des médecins à l'horizon 2000, Etudes et Résultats, n°57, DREES, mars 2000. NIEL (X.), PENNEC (S.), VILAIN (A.),

Union Régionale des Médecins Libéraux PACA, *Mode de vie et d'organisation professionnelle des médecins libéraux en PACA*, [URML PACA](#), décembre 1999-mars 2000.

Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes, *Une approche de la démographie médicale dans la région Rhône Alpes*, [URML Rhône Alpes](#), février 2000.

Observatoire Régional de Santé, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-france, *Approche de la démographie médicale en Ile de France*, [ORS IDF](#), [DRASSIF](#), 2 tomes, décembre 1999 - février 2000.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Département des études sur les professionnels et les assurés sociaux, *SNIR3 Démographie et activité des professionnels de santé du secteur libéral*, (cédérom), [CNAMTS](#) Direction des statistiques et des études, 1999.

Les chirurgiens plasticiens français : définition, nombre, activité, démographie, répartition géographique, formation. Bilan et Perspectives, Thèse de médecine, Paris 6 Pitié Salpêtrière, 1999. PETIT (F.),

Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999. Etudes et Résultats, n°44, DREES, décembre 1999. NIEL (X.), SIMON (M.),

Les risques de la bonne santé en France en l'an 2020, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n° 4, octobre-décembre 1999. BUI (D. H. D.)

[CFAR-SFAR-INED](#), *Enquête démographique : Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France*, octobre 1999.

Divers auteurs - *L'impact des évolutions démographiques sur le système de santé*, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 39 (2-3) : 85-823, Avril-Septembre 1999

Les perspectives démographiques des professions médicales, [MSSPS](#) - DREES, Solidarité santé - Etudes statistiques, n°1, mars 1999. GOTTELY (J.), VILAIN (A.),

Démographie en France : données actuelles et prospectives, Journées d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine, novembre 1998. PONTONE (S.),

Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine, *Radiographie de la Lorraine médicale, Etat des lieux et prospective*, Etude réalisée par le Centre de Sociologie et Démographie Médicales, [URML Lorraine](#), juillet 1998.

Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, psychiatrie et radiologie, Rapport remis à la Ministre de l'emploi et de la solidarité, février 1998. DURET (M.), NICOLAS (G.),

Les médecins, une baisse programmée des effectifs entre 2004 et 2009, Info-rapides, n°96, mars 1998. VILAIN (A.),

Démographie médicale en France en 1997 : Tendances, contraintes actuelles, alternatives à l'exercice libéral de la médecine générale, Thèse de médecine, Toulouse, 1997. VIDIGAL (P.),

Médecins et soins des prochaines décennies, INSEE Données sociales (p. 253-258), 1996. BUI (D.H.D.),

Rapport sur la démographie médicale, Rapport IGAS, n°96098, septembre 1996. CHOUSSAT (J.),

Union Régionale des Médecins Libéraux Aquitaine, *Démographie médicale en Aquitaine*, URML Aquitaine, 1996.

La démographie des pédiatres en France : situation actuelle et perspectives, Annuaire national des spécialistes qualifiés exclusifs en pédiatrie, 28ème édition, 1995. DUBOIS (O.), PONTONE (S.),

Démographie et mode d'activité des spécialistes des maladies cardio-vasculaires dans la région des Pays de la Loire, Thèse de médecine, Nantes, 1995. JEANNAUX (Philippe),

France : l'esprit des lois ou le nombre incertain de médecins, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 35 (3-4) : 269-278, octobre-décembre 1995. BUI (D.H.D.),

Divers auteurs, *Les ressources humaines du système de santé dans l'Union Européenne*, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 35 (3-4) : 169-388, octobre-décembre 1995.

Le répertoire ADELI : un système de référence sur les professionnels de santé, DREES, Solidarité santé - Etudes statistiques, n°1, 1993. BURDIN (S.),

Gérer la démographie médicale, Thèse de médecine, Paris 7 Lariboisière, 1993. SEBAGH (G.),

Avenir de la Médecine Libérale - Rapport de Philippe LAZAR au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué chargé de la Santé : "12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale" Octobre 1990

Vers une régulation de la démographie médicale ? A partir d'une enquête auprès des médecins libéraux du département de l'Isère et d'une étude statistique nationale sur 1979 et 1989, Thèse de médecine, Grenoble, 1990. BERARD (B.),

Scénarios d'évolution du corps médical français, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 3, juillet-septembre 1989, 307-338. BUI (D. H. D.),

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Le nombre de médecins dans 30 ans (Etude de l'impact du nombre des étudiants admis en PCEM)*, Ordre National des Médecins, étude n°17, 1988.

BUI (D. H. D.), POULLAIN (G.), *Projection démographique du corps médical, français (1985-2010)*, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, n° 1, 1987, 3-86.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Les mécanismes démographiques du devenir de la profession médicale*, Ordre National des Médecins, étude n°16, décembre 1987.

Projections de sous-populations : le cas du corps médical, INED , 1987. PRESSAT (R.),

Etude statistique de la démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs dans les hôpitaux de France, Thèse de médecine, Paris 13 Bobigny, 1985. CAVAGNA (P.),

Les médecins en France : perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire (Ouvrage publié avec le concours du Ministère de l'Education Nationale), C.S.D.M., Paris, 1984. BUI (D.H.D.),

Une projection du nombre des médecins, INED, revue Population & Sociétés, n°129, novembre 1979. LEVY (M-L.)

Des projections aux prévisions, INED, revue Population & Sociétés, n°119, décembre 1978. LEVY (M-L.)

Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, *Besoins futurs en médecins et recrutement universitaire* (Rapport effectué pour le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale), C.S.D.M., Paris, 1973.

Organisation Mondiale de la Santé, *Les aspects démographiques des personnels de santé - Rapport d'un groupe de travail* (Rapporteur : Bui Dang Ha Doan), Copenhague, O.M.S., 1972.