



centre
d'études
et de recherches
sur les
qualifications

FORMATION-QUALIFICATION-EMPLOI

CAHIERS DE
L'OBSERVATOIRE NATIONAL
DES ENTRÉES DANS
LA VIE ACTIVE

**Cahier 10 : l'entrée dans la vie active des étudiants
en médecine et en pharmacie**

COMITÉ DE L'OBSERVATOIRE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE

L'Observatoire des entrées dans la vie active étant une réalisation interministérielle confiée au Centre d'études et de recherches sur les qualifications, l'orientation, la programmation et le contrôle des différentes opérations auxquelles il donne lieu ont été attribués à un Comité siégeant auprès de la Direction du Centre.

Ce comité est composé des représentants des directions d'administration et organismes nationaux suivants :

- Direction des Lycées du ministère de l'Education nationale ;
- Direction des enseignements supérieurs du ministère de l'Education nationale ;
- Délégation à l'emploi du ministère du travail ;
- Service des études et de la statistique du ministère du Travail ;
- Commissariat général du Plan d'équipement et de la productivité ;
- Ministère de la Recherche et de la Technologie ;
- Délégation à la Formation professionnelle ;
- Institut national de la statistique et des études économiques ;
- Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'Agriculture ;
- Direction générale des stratégies industrielles du ministère de l'Industrie ;
- Ministère de la Santé ;
- Service de l'informatique de gestion et des statistiques du ministère de l'Education nationale ;
- Office national d'information sur les enseignements et les professions ;
- Agence nationale pour l'emploi ;
- Association nationale pour la formation professionnelle des adultes ;
- Centre d'études de l'emploi.

Le Centre d'études et de recherches sur les qualifications, institué par le titre III du décret n° 70-239 du 19 mars 1970, est un organisme public, placé auprès de l'Office national d'information sur les enseignements et les professions, dont disposent en commun le ministre de l'Education nationale qui en assure la tutelle, le ministre du Travail et les ministres de l'Industrie et de l'Agriculture. Le Centre est également chargé d'apporter sa collaboration au Commissariat général du Plan d'équipement et de la productivité, à la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale et au Comité interministériel de la formation professionnelle et de la promotion sociale.

L'ENTRÉE DANS LA VIE ACTIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE

Cette étude a été réalisée par Alain CHARLOT, Département des Formations et Carrières, et Pierre HUARD, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail du CNRS (LEST), dans le cadre des travaux de l'Observatoire des entrées dans la vie active.

CEREQ

OBSERVATOIRE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE

— Collection des cahiers

- Cahier n° 1: Les étudiants scientifiques.
- Cahier n° 2: Les CAP.
- Cahier n° 3: Formation et accès à l'emploi des étudiants issus des écoles d'ingénieurs.
- Cahier n° 4: Accès à l'emploi à l'issue des sections de techniciens supérieurs.
- Cahier n° 5-6: Les anciens élèves des classes de BEP: analyse par spécialité et comparaison avec les CAP.
- Cahier n° 7: L'entrée dans la vie active des étudiants en droit et sciences économiques à la sortie des universités.
- Cahier n° 8: L'entrée dans la vie active des jeunes sortant d'IUT et de STS: complémentarités et concurrences.
- Cahier n° 9: L'entrée dans la vie active des étudiants en lettres et sciences humaines à la sortie des universités.

— Collection des tableaux

- Volume n° 1: «Accès à l'emploi après une formation technique courte supérieure: DUT, BTS, BTSA» (enquête 1976). Décembre 1977.
- Volume n° 2: Enquête sur l'accès à l'emploi — «Formations techniques courtes secondaires CAP-BEP». Avril 1978.
- Volume n° 3: Enquête sur l'accès à l'emploi — «Les universités scientifiques». Décembre 1978.
- Volume n° 4: Accès à l'emploi après une formation technique courte supérieure: DUT (enquête 1977). Juin 1979.
- Volume n° 5: Accès à l'emploi des étudiants littéraires à la sortie des universités. Novembre 1979.
- Volume n° 6: Accès à l'emploi des jeunes issus de formation générale de 1^{er} cycle ou de formation professionnelle courte (enquête 1977). Mars 1980.
- Volume n° 7: Accès à l'emploi des étudiants à la sortie des Universités de Droit et de Sciences économiques.
- Volume n° 8: Accès à l'emploi des étudiants issus du second cycle de l'enseignement secondaire ou ayant abandonné en cours de formation en IUT ou une STS.

Avant-propos

L'OBSERVATOIRE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE

Les conditions dans lesquelles s'effectue l'insertion professionnelle à l'issue de la formation sont devenues un sujet de préoccupation primordial des pouvoirs publics. Certes, le rôle du système éducatif comme dispensateur des qualifications requises par le système économique n'a jamais été méconnu. Il a même été souvent un sujet de polémique quant à la place que cet objectif doit se voir reconnaître par rapport à d'autres missions également assignées au système de formation, telles que la transmission des connaissances, l'épanouissement des individus ou l'égalisation des chances.

Mais les difficultés de la conjoncture et les conséquences qui en ont résulté pour l'emploi et, particulièrement l'emploi des jeunes, ont conduit à se pencher sur les phénomènes socio-économiques qui marquent le passage de la formation à une activité professionnelle.

Dans cet esprit, à l'instigation ou avec l'appui des différents ministères intéressés, ministère de l'Éducation, secrétariat d'État aux Universités, ministère du Travail, ministère de l'Industrie et de la Recherche, ministère de l'Agriculture, ministère de la Santé et de la Famille, le Centre d'études et de recherches sur les qualifications a mis en place en 1976 un

dispositif d'observation de l'insertion professionnelle à l'issue de la formation : l'Observatoire des entrées dans la vie active.

Cet observatoire présente actuellement deux caractères : d'une part, il est systématique, son champ s'étendant à l'ensemble des niveaux de sortie du système de formation depuis les abandons au cours du premier cycle jusqu'aux études supérieures les plus longues. De la sorte peuvent être étudiés des phénomènes de concurrence entre filières et niveaux proches. D'autre part, il est permanent, c'est-à-dire que l'observation est régulièrement répétée dans le temps dans des conditions permettant des comparaisons.

Sur la base des données ainsi recueillies, il est possible de dépasser la phase de recueil pour aborder celle de l'analyse des phénomènes.

Les Cahiers de l'Observatoire publient les résultats des enquêtes qui sont conduites en permanence dans le cadre de ce dispositif selon des programmes pluriannuels. Pour chaque formation, ils décrivent les chances ou les difficultés rencontrées sur le marché du travail par les anciens élèves, leur place dans l'agriculture, les entreprises industrielles ou artisanales ainsi que le déroulement de leurs premières années d'activité.

Mais au fur et à mesure que l'analyse se construit, on voit se dégager une nouvelle image des relations qui s'établissent effectivement entre la formation et l'emploi. La notion d'une correspondance simple, entre la formation reçue et l'emploi occupé, fait place à la vision d'une réalité plus complexe, faisant apparaître la diversité des comportements des firmes et des individus, s'insérant dans le cadre plus vaste de l'ensemble des mouvements de main-d'œuvre qui affectent la population active et déterminent les conditions de son renouvellement, en prenant en considération les compétences véritablement mises en œuvre dans le travail et le rôle joué par l'expérience qui s'y acquiert.

Ainsi par la mise en œuvre de l'Observatoire des entrées dans la vie active, le CEREQ s'efforce d'approfondir la connaissance du lien entre l'éducation et l'emploi et d'affiner les analyses sur l'insertion professionnelle des jeunes, au bénéfice des pouvoirs publics et de l'ensemble des partenaires sociaux.

Paul-Pierre VALLI
Directeur du Centre d'études
et de recherches sur les qualifications

L'OBSERVATOIRE DES ENTRÉES DANS LA VIE ACTIVE

DONNÉES TECHNIQUES

Pour observer les premières années de vie professionnelle, les enquêtes rétrospectives ne sont pas assez significatives. Aussi, le dispositif choisi repose sur le suivi de cohortes d'anciens élèves et étudiants. Chaque cohorte est interrogée périodiquement.

Les panels sont tirés des fichiers des derniers établissements scolaires fréquentés.

Le programme des enquêtes prévues recouvre pour chaque formation :

- une interrogation des jeunes quelques mois après leur sortie du collège, du lycée, de l'école ou de l'université (enquête d'accès à l'emploi) ;
- la réinterrogation des mêmes individus quatre ans plus tard (enquête de cheminement) ;
- la prise en compte, tous les quatre ans, d'une nouvelle promotion sortant du système éducatif.

L'Observatoire concerne chaque année le quart des formations de telle façon que l'ensemble de l'appareil éducatif soit couvert en quatre ans.

L'harmonisation avec les enquêtes nationales portant sur l'emploi de toute la population active a une particulière importance. L'Observatoire est bâti pour pouvoir servir d'agrandissement à ces enquêtes, en ce qui concerne les jeunes.

Les relations entre formations et emplois sont analysées au niveau national ou inter-régional. Les aspects locaux ou portant sur les formations suivies par un très faible nombre d'élèves ne constituent pas les déterminants du dispositif. Toutefois celui-ci apporte un cadrage et de nombreuses indications.

CALENDRIER DES INTERROGATIONS

Durant la période expérimentale, compte tenu des contraintes existantes, le découpage de l'ensemble des formations était le suivant :

1976

- Enseignement technique de niveau V, classes terminales de CAP ou BEP (diplômés et non-diplômés).

- Enseignement technique de niveau III, classes terminales de BTS, BTSA, DUT (diplômés et non-diplômés).
- Enseignement universitaire scientifique; abandons en cours ou en fin de cycle de tous niveaux.
- Ecoles d'ingénieurs (volontaires).

1977

- Enseignement spécialisé, SES ou ENP.
- Enseignement général de niveau VI, classes de sixième (1), cinquième (1), quatrième, troisième.
- Enseignement technique de niveau VI, classes de CEP, CPA, CPPN, et classes non terminales de CAP ou de BEP.
- Enseignement agricole de niveaux VI et V, classes de quatrième, troisième, de CAPA, BEPA, BAA.
- Enseignement universitaire littéraire, de sciences humaines ou artistique, abandons en cours ou en fin de cycle de tous niveaux.
- Ecoles d'enseignement supérieur littéraire, en sciences humaines ou artistique (volontaires).

1978

- Enseignement général et technique, abandons au niveau des classes de seconde, première, terminale.
- Enseignement technique, abandons en classes non terminales de BTS, BTSA, DUT.
- Enseignement universitaire de sciences juridiques, politiques ou économiques.

1979

- Apprentissage.
- Enseignement universitaire médical (diplômés de pharmacie et docteur en médecine).
- Enseignement relevant du ministère de la Santé. (Enquête expérimentale).

Par ailleurs, est systématiquement observée l'entrée dans la vie active des jeunes dont le cursus scolaire a été précédemment suivi par le SEIS (2) dans le cadre de son « Panel d'élèves ».

(1) Uniquement dans les académies de Grenoble et Toulouse.

(2) Service des études informatiques et statistiques du ministère de l'Education et du ministère des Universités.

De 1980 à 1983, les enquêtes d'insertion sont renouvelées en même temps qu'a lieu, dans le cadre des enquêtes de cheminement, la réinterrogation des populations précédemment observées.

NOUVELLES ENQUÊTES D'INSERTION

1980

- Enseignement technique de niveau V, classes terminales de CAP, BEP, CAPA, BEPA.
- Enseignement universitaire scientifique, abandons en cours ou en fin de cycle de tous les niveaux.

1981

- Enseignement technique de niveau III, classes terminales de BTS, BTSA, DUT.
- Enseignement général, technique et agricole, abandons au niveau des classes de seconde, première, terminale.
- Enseignement technique, abandons en classes non terminales de BTS, BTSA, DUT.
- Enseignement relevant du ministère de la Santé, niveau III.

1982

- Enseignement général et technique de niveaux VI et V bis.
- Enseignement universitaire de droit et sciences économiques.

1983

- Apprentissage.
- Enseignement universitaire littéraire, de sciences humaines ou artistique.

ENQUÊTES DE CHEMINEMENT

1980

- Enseignement technique de niveau V.
- Enseignement technique de niveau III.
- Enseignement universitaire scientifique.
- Ecoles d'ingénieurs (volontaires).

1981

- Enseignement général et technique de niveau VI.
- Enseignement universitaire littéraire, de sciences humaines ou artistique.
- Ecoles d'enseignement supérieur littéraire, en sciences humaines ou artistique (volontaires).
- Enseignement agricole de niveaux V et VI.

1982

- Enseignement général, technique et agricole, abandons en classes de seconde, première, terminale.
- Enseignement technique, abandons en classes non terminales de BTS, BTSA, DUT.
- Enseignement universitaire de droit et sciences économiques.

1983

- Apprentissage.
- Enseignement universitaire médical et paramédical.
- Enseignement universitaire scientifique.

SOMMAIRE

	Pages
<i>L'insertion professionnelle des diplômés en médecine</i> <i>par P. Huard</i>	
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE : PROFILS DES DIPLÔMÉS	19
Chapitre I : Facteurs de différenciation de la population des diplômés	21
I. Diversité des formations médicales	21
1. Définition des filières	22
2. Les effectifs des filières	23
II. Diversité des caractéristiques socio-démographiques	26
1. Physionomie générale de la population	26
2. Relations entre caractéristiques	31
Chapitre II : Construction des profils	33
I. Relations entre caractéristiques générales et formations médicales	33
II. Profils et stratégies	41
1. Typologie des profils	41
2. Interprétation	41
DEUXIÈME PARTIE : INSERTION DES DIPLÔMÉS	47
Chapitre I : Les modalités d'insertion	49
I. Les situations professionnelles	49
1. Les effectifs	49
2. La non-activité	51
3. Les localisations	54
II. La structure du système d'emploi	57
Chapitre II : Les stratégies d'insertion	63
I. Situations professionnelles et profils	63
II. Emplois et profils	66
III. Les groupes d'emploi	71

CONCLUSION	79
-------------------------	----

***L'insertion professionnelle des diplômés en pharmacie
par A. Charlot***

INTRODUCTION	83
---------------------------	----

Chapitre I: Les caractéristiques socio-démographiques des jeunes pharmaciens	87
---	----

1. Une population féminine (les deux tiers), jeune et qui obtient son diplôme rapidement.....	87
2. Une origine sociale aisée, marquée par une très forte sur-représentation des professions libérales	88
3. Le baccalauréat D représente l'origine scolaire dominante (68%) suivi de la série C (26%).....	89

Chapitre II: La formation	91
--	----

1. Le diplôme de pharmacien: la prédominance de l'option officine	91
2. L'internat en pharmacie	91
3. Les spécialisations ultérieures.....	92

Chapitre III: La situation au moment de l'enquête (mars 1979)	93
--	----

1. L'existence du service militaire différencie les situations masculines et féminines neuf mois après le diplôme	93
2. Le chômage féminin est plus élevé que celui des hommes	94
3. La situation familiale a une influence importante sur les niveaux du chômage.....	96

Chapitre IV: Les emplois occupés	97
---	----

1. Le débouché essentiel: le pharmacien-assistant d'officine	97
2. Les emplois de pharmaciens dans les établissements hospitaliers: internes et assimilés	98
3. Les pharmaciens biologistes: une faible représentation	99
4. Les autres emplois non marginaux.....	99
5. L'effet de l'option du diplôme sur la structure des emplois occupés.....	100
6. Une activité exercée essentiellement à temps partiel dans le secteur public mais pour les deux tiers à temps plein dans le privé	101
7. Une localisation de l'emploi qui s'oriente vers les petites villes pour l'officine mais vers les grandes villes pour les autres emplois	103

L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE

*Pierre HUARD, Laboratoire d'économie et de
sociologie du travail du CNRS (LEST)*

INTRODUCTION

OBJET DE L'ÉTUDE

Les tendances qui caractérisent, depuis quelques années, la démographie médicale française, sont souvent considérées comme susceptibles d'entraîner des bouleversements dans le secteur sanitaire.

De fait, l'augmentation récente du nombre des médecins est assez brutale puisqu'elle correspond à un doublement des effectifs, ceux-ci passant de 65 000 à 135 000 environ, entre 1970 et 1985. La cause principale de cette augmentation se trouve dans l'accroissement du nombre des diplômés délivrés qui a triplé entre 1968 et 1978, passant de 3 000 à plus de 9 000. Depuis, on note un ralentissement de la croissance du nombre des doctorats et un léger reflux des inscriptions dans les facultés de médecine (l'objectif étant de contenir les effectifs au-dessous d'un plafond de 6 000 premières inscriptions en PCEM2); ces mouvements sont dûs à un ensemble de facteurs parmi lesquels se trouvent probablement: le *numerus clausus* institué par la loi de juillet 1971, l'arrivée à l'âge d'entrée dans le supérieur de classes moins nombreuses, la publicité et la dramatisation faites autour du thème de la pléthore médicale. Il reste que la croissance du nombre de médecins va se poursuivre pour culminer autour de 180 000 à la fin du siècle, et déboucher sur un équilibre ultérieur de 170 000 médecins environ.

La rapidité et l'amplitude de ces phénomènes interdisent, semble-t-il, de les interpréter comme une simple modification d'échelle n'affectant pas la nature du système médical, au contraire, elles conduisent généralement à penser qu'une transformation structurelle est inévitable et qu'elle est même déjà engagée. Dans ces conditions, si l'on souhaite acquérir à temps quelque possibilité de contrôle sur cette transformation, il conviendrait d'essayer d'identifier dans quelle direction elle se développe, quelles sont les forces qui l'orientent et à quelle logique générale elle obéit. Mais avant de pouvoir aborder utilement ces questions un effort de clarification paraît indispensable pour mieux cerner les dimensions du phénomène et pour le dégager des nombreuses préconceptions qui obscurcissent les débats.

Cet effort de clarification a été entrepris et développé depuis plusieurs années par différentes équipes de recherche (1), ce qui permet de disposer aujourd'hui d'un ensemble important et tenu à jour d'informations relatives à la démographie médicale française. Les connaissances ainsi créées portent principalement sur deux aspects essentiels :

(1) Au premier rang de ces équipes, il faut mentionner le Centre de sociologie et de démographie médicales, dirigé par M. Bui Dang Ha Doan, ainsi que la cellule animée par Madame Gottely au ministère de la Santé, département des statistiques.

- D'une part, sur les effectifs et la structure de la population médicale en service, c'est-à-dire sur le stock de médecins à un moment donné ;
- D'autre part, sur les entrées et les sorties de médecins, soit par exemple, les flux de nouveaux diplômés.

En comparant périodiquement les niveaux et les caractéristiques soit de ces stocks, soit de ces flux, on peut mettre en évidence de nombreuses modifications qui sont autant d'indicateurs d'une transformation à l'œuvre dans le secteur de l'activité médicale. Ces modifications peuvent également se révéler très précieuses pour comprendre la nature et les mécanismes de la transformation. On peut cependant envisager une autre procédure qui consiste à s'intéresser directement à la façon dont les flux de nouveaux médecins s'intègrent au stock des médecins existants et contribuent à le transformer quantitativement et qualitativement. Force est de constater que l'on manque actuellement d'études de ce type (2) qui soient significatives et systématiques.

Cet aspect des choses, fondamental pour comprendre, prévoir et contrôler les effets de la démographie médicale, relève d'une approche spécifique en termes **d'insertion et de cheminement professionnels**.

La présente étude est consacrée à l'insertion, c'est-à-dire aux difficultés et modalités d'accès des jeunes docteurs en médecine, à la vie professionnelle, quelques mois après la soutenance de la thèse. L'enquête de cheminement menée quatre ans plus tard auprès des mêmes personnes, devrait permettre de saisir les évolutions et en particulier la stabilisation des situations professionnelles, complétant et précisant ainsi les informations obtenues grâce à l'enquête d'insertion.

L'ENQUÊTE

Les informations qui sont à la base de cette étude, ont été collectées par une enquête postale réalisée en mars 1979 auprès des diplômés ayant obtenu leur doctorat au cours de l'année universitaire 1977-1978 (3).

La population prise en compte s'élève à 7 262 individus. Le nombre total des doctorats en médecine délivrés pendant la période est sensiblement supérieur (8 900 environ) parce que quelques universités n'ont pas participé à l'enquête (4).

(2) Cf. cependant l'étude récente de M. Bui Dang Ha Doan et D. Levy, « Les nouveaux médecins », *Cahier de Sociologie et de Démographie Médicales*, XXI, n° 1, janvier-mars 1981, pp. 1-47 ; mais elle ne porte que sur les médecins libéraux ayant déjà une ancienneté d'exercice de 3 ans environ ; et celle réalisée pour le ministère de la Santé par M. Bui Dang Ha Doan et M. P. Thariat, « **Les débuts d'activité dans la profession de santé : le cas des médecins** », document ronéoté, avril 1982, mais pour laquelle la population de départ n'est pas la même que dans la présente enquête.

(3) En fait, on a toléré les dates allant de septembre 1977 à décembre 1978.

(4) Université d'Aix-Marseille II et Paris V (Necker) ; de plus, des listes complémentaires fournies par Bordeaux, Nantes et Toulouse n'ont pu être prises en compte à temps.

Mais au-delà de l'intérêt intrinsèque de chacun de ces ensembles, **c'est par leur mise en relation** que l'on peut espérer faire progresser la connaissance de l'insertion, en dépassant le simple constat pour commencer à se préoccuper des parcours comme de la liberté et du conditionnement de ceux qui les empruntent.

Plus simplement, on peut supposer, par exemple, que les modalités d'insertion peuvent varier avec le type de formation médicale suivi, aussi bien d'ailleurs qu'avec le sexe, la catégorie socio-professionnelle (CSP) d'origine, la série et l'âge au baccalauréat etc. On peut également imaginer que certaines de ces dernières caractéristiques puissent peser sur le choix de la filière de formation et même les unes sur les autres.

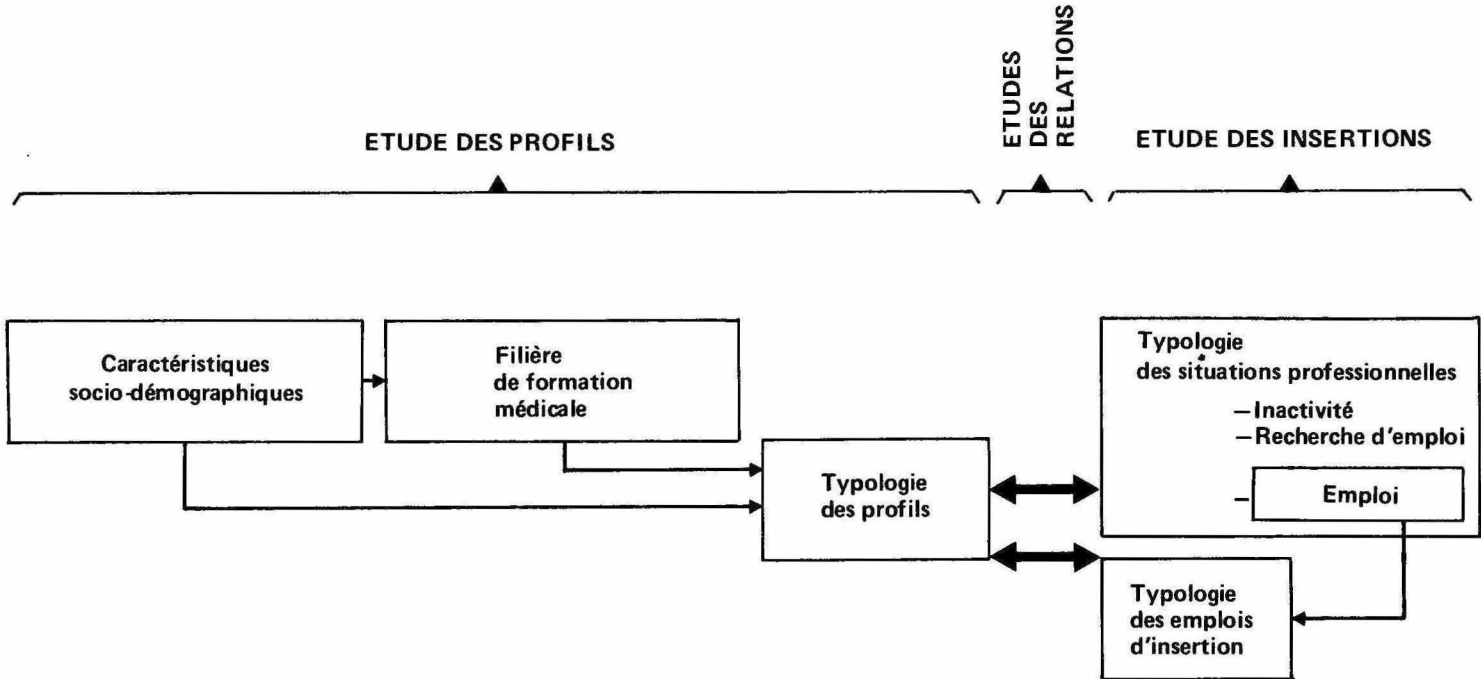
Ainsi, on entend **privilégier l'examen de quelques relations essentielles** plutôt que d'exposer systématiquement les résultats de tous les dénombrements effectués ; reste à spécifier rapidement la démarche retenue.

En premier lieu, on utilise les informations relatives aux caractéristiques socio-démographiques et aux formations médicales, pour regrouper les diplômés selon une typologie **de profils** pertinente par rapport à l'étude de l'insertion.

En second lieu, après avoir constitué des catégories significatives pour classer les modalités **d'insertion**, on les analyse en référence aux profils afin de dégager quelques relations explicatives.

Si c'est un effort d'interprétation qui structure la présentation, les aspects descriptifs ne sont pas évacués pour autant et l'on trouvera dans l'étude tous les résultats les plus importants fournis par l'enquête.

SCHEMA DE CONCEPTION DE L'ETUDE



Première partie

PROFILS DES DIPLÔMÉS

FACTEURS DE DIFFÉRENCIATION DE LA POPULATION DES DIPLÔMÉS

Ce premier chapitre porte sur l'hétérogénéité de la population examinée ; les individus bien qu'étant pris en compte à partir d'un même diplôme (le doctorat de médecine) n'ont pas toujours suivi des cursus exactement identiques. On est donc amené à porter attention à la diversité des insertions. (cf. § I. diversité des formations médicales). Mais la diversité des caractéristiques socio-démographiques n'est pas indifférente non plus au propos de l'étude, dans la mesure où ces caractéristiques peuvent non seulement influencer le choix d'une filière de formation, mais intervenir aussi dans le choix d'un mode d'insertion. Il paraît donc nécessaire de présenter les principales différenciations socio-démographiques mises en lumière par l'enquête et d'essayer de dégager parmi les nombreuses caractéristiques, celles qui paraissent les plus intéressantes pour expliquer l'insertion (cf. § II. diversité des caractéristiques socio-démographiques).

I. Diversité des formations médicales

La première caractéristique de la population étudiée est son hétérogénéité qui tient aux particularités de la soutenance de la thèse de doctorat de médecine. En effet, si la thèse peut être soutenue à la fin de la septième et dernière année des études médicales, dès que les examens cliniques ont été passés, elle peut également avoir lieu plusieurs années plus tard à l'initiative de l'étudiant. En d'autres termes, les doctorats obtenus en 1978 ne concernent pas uniquement les étudiants terminant leur année de stage d'interne obligatoire ; il s'agit également d'individus de promotions antérieures. Cette diversité fait l'intérêt de la population ; l'examen d'une seule promotion sortante n'aurait pas permis de saisir aussi facilement la variété des situations d'insertion.

En effet, le choix de la date de soutenance, s'il est libre en principe, se révèle en pratique contraint par la nécessité de posséder le titre de docteur pour exercer la plupart des activités médicales. Ce n'est que pour certaines activités transitoires (fonction d'interne ou de remplaçant) qu'il n'est pas obligatoire d'être docteur. La thèse est donc bien la référence à prendre en compte pour étudier l'insertion professionnelle des médecins.

Le moment de la soutenance et la forme de l'insertion dépendent à leur tour, du type de cursus suivi ; ce qui conduit à examiner les différentes filières de formation médicale que les étudiants peuvent envisager.

1. DÉFINITIONS DES FILIÈRES

Quatre grandes filières peuvent être définies pour rendre compte des principales possibilités de formation.

La première filière est constituée par les études médicales de base (7 années). C'est le minimum commun obligatoire suivi par tous les diplômés : « la formation générale ». On classera sous cette rubrique les diplômés qui n'ont, au moment de la thèse, suivi que ce cursus à l'exclusion des formations complémentaires prises en compte par les autres filières.

La seconde filière prolonge le tronc commun par une à quatre années de formation complémentaire spécialisée et débouche généralement sur un certificat d'études spéciales (CES) (5). On regroupe donc sous la rubrique « formation spécialisée » les docteurs ayant obtenu au moins un diplôme de spécialisation, ou **qui sont en train d'en préparer un**. La soutenance de la thèse est, en principe, indépendante de ce diplôme de spécialisation, elle peut avoir lieu aussi bien avant qu'après ce dernier.

Les deux dernières filières concernent les internats ; on a distingué parmi ceux-ci les internats non CHU des internats CHU.

La troisième filière « internats non CHU », est constituée principalement par les internats des hôpitaux de deuxième catégorie ; elle comprend un concours qui peut être présenté pour la première fois, à la fin de la 5^e année. La durée de l'internat est de trois ans avec une prolongation possible de deux fois un an. La soutenance de la thèse est indépendante des études d'internat.

La quatrième filière retenue est celle de « l'internat de CHU ». Le concours se place au même moment des études que précédemment, la durée de l'internat est de quatre années avec une prolongation possible d'un an, il se déroule dans un centre hospitalo-universitaire, c'est-à-dire dans un hôpital de ville de faculté.

Il existe une certaine hiérarchie entre ces quatre filières. En effet, les formations 2, 3 et 4 complètent la formation de base ; ainsi, la formation spécialisée ajoute une spécialisation alors que l'internat de seconde catégorie ajoute une formation pratique par les responsabilités hospitalières qu'il implique. Quant à l'internat de CHU, il apparaît comme la formation la plus prestigieuse, par son caractère très sélectif, par l'accès à la médecine de pointe qu'il autorise.

Il faut également souligner que ces quatre filières ne sont pas toujours exclusives les unes des autres. Ainsi les internes non CHU peuvent

(5) Outre les certificats d'études spéciales (CES), on a retenu également les certificats d'études supérieures et les maîtrises de biologie humaine ; par la suite, on utilise l'appellation de CES pour tout diplôme de spécialisation.

posséder ou préparer un CES, et les internes CHU peuvent en obtenir un par équivalence. On a, dans le classement qui suit, affecté les intéressés selon le classement le plus élevé dans la hiérarchie implicite évoquée ci-dessus (6).

2. LES EFFECTIFS DES FILIÈRES

TABLEAU 1
Effectifs des quatre filières

Filières de formation	Formation générale	Formation spécialisée	Internat non CHU	Internat CHU	Total
Effectifs.....	2 218	3 193	897	954	7 262
Pourcentages.....	30,5	44,0	12,4	13,1	100

D'une façon générale, moins d'un tiers des diplômés possède la seule formation générale; près de 45% des diplômés ont une formation spécialisée seule; un quart des diplômés ont opté pour la voie d'un internat (avec ou sans spécialisation).

A propos de l'importance de la spécialisation dans la formation médicale, il convient de faire remarquer que la rubrique « formation spécialisée » ne comprend que des diplômés dotés ou préparant un CES. Ces diplômés possédant en même temps un internat en sont exclus. La spécialisation effective est donc plus importante, puisqu'elle englobe certains internes. De fait, **plus des deux tiers des internes ont une formation spécialisée ou en suivent une.**

TABLEAU 2
Spécialisation des internes

Filières de formation	Effectifs	Internes spécialisés	Taux de spécialisation des internes
Internat non CHU	897	630	70,2
Internat CHU	954	619	64,9
Total	1 851	1 249	67,5

Le total des diplômés spécialisés ou en cours de spécialisation est donc plus élevé qu'il ne paraît.

(6) C'est ainsi qu'un interne ayant une spécialisation est classé interne.

TABLEAU 3
Taux de spécialisation

Filières de formation	Formation spécialisée seule	Internat non CHU + spécialisation	Internat CHU + spécialisation	Total
Effectifs.....	3 193	630	619	4 442
Pourcentages par rap- port à l'ensemble des diplômés.....	44,0	8,7	8,5	61,2

Ce taux global de spécialisation de 61,2% requiert la précision suivante : parmi les 4 442 individus concernés, certains possèdent un CES, d'autres en préparent un et parmi ces derniers, une majorité ne l'obtiendra pas. En effet, le taux de réussite moyen constaté ces dernières années se situe aux alentours de 40% (7). On peut donc essayer de faire une estimation un peu plus fine.

On constate d'une part que le nombre de diplômés possédant un CES s'élève à 1 930 et d'autre part, que le nombre de diplômés préparant une spécialisation est de 3 170. Le total de 5 100 excède les 4 442 enregistrés plus haut, la différence provenant de ce que certains titulaires de CES préparent une seconde spécialisation. Leur effectif est de 658. Si on les élimine du nombre de spécialisations en cours, on obtient : $3\ 170 - 658 = 2\ 512$ CES préparés par des docteurs non spécialisés. Si à ces CES préparés, on applique le taux de réussite de 40%, on arrive à 1 004 CES qui seraient effectivement obtenus par des docteurs sans spécialisation.

On peut donc réviser le taux global de spécialisation. Il y a 1 930 individus qui ont déjà un CES, il y en aurait 1 004 environ qui l'obtiendront, soit un total de 2 934 ; le taux global de spécialisation serait ainsi de 40,4%.

Cette estimation apparaît en retrait par rapport aux chiffres habituellement avancés et à l'affirmation selon laquelle il existe une tendance prononcée à la spécialisation du corps médical. Il ne s'agit cependant que d'une estimation dont la validité dépend de la vraisemblance du taux de réussite obtenu. Or, ce taux de réussite au CES révèle une sélection qui s'accroît, passant de 52% en 1973 à 39% en 1977 ; de plus, en matière de spécialisations obtenues par équivalence, on ne tient compte dans ces calculs que de celles qui ont déjà été délivrées, or, de nouveaux internes vont sans aucun doute demander à bénéficier d'une équivalence.

(7) Statistiques du ministère des Universités, citées in : Commissariat Général du Plan, **Rapport démographie médicale**, document ronéoté, Paris, novembre 1979, p. 68.

Il paraît donc nécessaire d'apporter une nouvelle modification à l'estimation. Pour l'établir on peut s'appuyer sur les chiffres mesurant la part de ces équivalences par rapport aux spécialisations empruntant la voie du CES; cette proportion, en augmentation, se situe pour 1977 aux alentours de 30,7% (elle n'était que de 27,7% en 1973) (8). Si on applique de façon assez arbitraire ce pourcentage aux 1 004 CES qui seront délivrés, on obtient 301 équivalences supplémentaires qui portent le total des spécialisations à 3 235 et le taux de spécialisation à 44,5%.

On doit encore ajouter pour pouvoir tirer parti de ces estimations, qu'une partie de la spécialisation intervient plus tardivement lorsque des médecins ont dix ou quinze années d'exercice professionnel ce qui rehausse les résultats présentés. Il faut mentionner enfin que ces taux de spécialisation publiés sont très variables selon les éléments à partir desquels ils sont élaborés et que les comparaisons doivent toujours être faites avec prudence. D'autant plus que la nature des diplômes de spécialisation peut varier de façon assez sensible comme l'indiquent les deux tableaux ci-dessous.

TABLEAU 4
Nature des diplômes obtenus

Nature des diplômes obtenus	1 ^{er} CES obtenu		2 ^e CES obtenu	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Certificats d'études spéciales	1 675	86,8	159	61,6
Certificats d'études supérieures	66	3,4	42	16,3
Maîtrise de biologie humaine	166	8,6	53	20,5
Homéo-acupuncture et autres	23	1,2	4	1,6
Total.....	1 930	100	258	100

TABLEAU 5
Nature des diplômes de spécialisation en préparation

Nature du diplôme	Certificat d'études spéciales	Certificat d'études supérieures	Maîtrise biologie humaine	Homéo-acupuncture et autres	Total
Effectifs	2 454	82	124	45	2 705
Pourcentages ...	90,7	3,0	4,6	1,7	100

(8) *Ibid.*

Au-delà de la complexité des problèmes de comptabilisation des effectifs, on retient que **la spécialisation qui est une dimension à coup sûr importante par rapport à l'insertion, déborde sa propre catégorie pour affecter les deux filières d'internat.** Il sera donc utile dans certains cas, de décomposer ces derniers en fonction de l'existence ou de l'absence d'une spécialisation. Ce qui fera passer le nombre des filières de quatre à six.

II. Diversité des caractéristiques socio-démographiques

Concernant la physionomie générale de la population des diplômés, on se contente d'abord de reproduire les principaux résultats de l'enquête pour essayer ensuite de croiser certaines caractéristiques afin de faire apparaître d'éventuelles cohérences.

1. PHYSIONOMIE GÉNÉRALE DE LA POPULATION

L'âge des diplômés va de 22 à 50 ans avec une très forte concentration (90,4) entre 26 et 32 ans (9). Ce résultat révèle un âge moyen plus élevé que l'âge correspondant à un parcours normal (18 ans au bac, 24-25 ans aux examens cliniques, 26 ans au moment de l'enquête). Il sera donc intéressant d'examiner par la suite comment les différentes étapes des études médicales s'échelonnent selon l'âge.

Les hommes sont majoritaires parmi les jeunes diplômés, mais les femmes représentent plus du tiers de ceux-ci :

TABLEAU 6
Sexe des diplômés

Sexes	Masculin	Féminin	Total
Effectifs	4 729	2 533	7 262
Pourcentages	65,1	34,9	100

Le taux de féminisation des doctorats délivrés marque une accélération par rapport aux taux des années précédentes (10), accélération qui s'explique par celle que l'on enregistrait au niveau du premier cycle sept ou huit années plus tôt (11).

(9) 5% seulement ont entre 22 et 25 ans.

(10) Le taux de féminisation des doctorats : 1973 : 23,7% ; 1974 : 24,6% ; 1975 : 27,8% ; 1976 : 28,2% ; 1977 : 29,5%.

(11) Taux féminisation PCEM1 : 1969-1970 : 33,4% ; 1970-1971 : 35,7% ; 1971-1972 : 37,4% en 1978-1979 plus de 45%. Source ministère des Universités, cité in : Commissariat Général du Plan, **Rapport démographie médicale**, *op. cit.* p. 66.

Cette accentuation de la féminisation des nouvelles générations constitue la cause structurelle principale de la mutation prévisible du corps médical, le taux de féminisation de l'ensemble des médecins en exercice, inscrits à l'Ordre des Médecins évoluant de la façon suivante: 1962: 10%; 1968: 13%; 1970: 14%; 1977: 16%; 1979: 17,6%. De fait, la féminisation potentielle est beaucoup plus forte puisque le taux s'élève à 60,5% pour les médecins n'ayant pas d'activité professionnelle en 1979 (12).

Dès lors, il paraît primordial de distinguer les comportements respectifs des diplômés hommes et femmes, puisque, dans la mesure où ces différences sont stables, elles vont entraîner une mutation de la médecine, au fur et à mesure que le rapport numérique hommes-femmes se transforme.

Concernant la situation matrimoniale, on constate que sept diplômés sur dix sont mariés et que les hommes le sont le plus souvent (77,5%) que les femmes (62,8%).

La situation des hommes-diplômés vis-à-vis du service militaire est caractérisée par le fait que près de 90% d'entre eux n'ont plus d'obligations militaires (exemptés, réformés, libérés), ce qui s'explique assez bien par l'âge et par le statut matrimonial.

TABLEAU 7
Situation vis à vis du service militaire (hommes)

Situations	Exemptés réformés	Libérés	Au service	Sursitaires	Engagés	Non-réponses	Total
Effectifs	2 102	2 075	329	147	54	22	4 729
Pourcentages	44,5	43,9	7,0	3,1	1,1	—	100

On note que près de 44% des hommes ont soutenu leur thèse après leur service et que 7% sont sous les drapeaux au moment de l'enquête; une cause d'inactivité représentant 4,5% de l'ensemble des diplômés (hommes et femmes).

L'origine sociale saisie à partir de la catégorie socio-professionnelle (CSP) du père (de la mère ou du tuteur) permet d'établir la répartition suivante:

(12) Conseil national de l'Ordre des médecins «Situation des femmes médecins dans la profession», Bulletin de l'Ordre n° 4, juillet 1980.

TABLEAU 8
Origine sociale des diplômés

CSP du père	Effectifs	Pourcentages
Agriculteurs-exploitants	332	4,6
Salariés agricoles.....	18	0,3
Patrons industrie-commerce	1 186	16,3
Professions libérales et cadres supérieurs.....	3 132	43,1
Cadres moyens.....	999	13,8
Employés	574	7,9
Ouvriers.....	539	7,4
Personnels de service	84	1,2
Armée et divers.....	267	3,7
Non-réponses	131	1,8
Total.....	7 262	100

60% des diplômés sont issus de familles de cadres supérieurs, professions libérales (43%) et de patrons de l'industrie et du commerce (16%). Ces deux CSP sont fortement sur-représentées si l'on se réfère à la place qu'elles occupent dans la population active générale, respectivement 7,5 et 7,9 en 1979.

On peut préciser ce résultat en considérant les différentes professions qui constituent la CSP « Cadres supérieurs-professions libérales ». On obtient alors la décomposition suivante :

- profession libérale : 15,2% ;
- professeur, profession littéraire et scientifique : 4,3% ;
- ingénieur : 9,5% ;
- cadre administratif supérieur : 11,8% ;
- cadre technique supérieur : 3,2%.

Les familles de médecins seront enregistrées sous la rubrique « profession libérale » (sauf à supposer qu'un petit nombre le soit sous la rubrique « professeur »). Dans ces conditions, les 15,2% correspondant au fait qu'un diplômé sur sept environ est issu d'une famille de cette CSP et donc une proportion plus faible encore d'une famille de médecins ; le phénomène d'hérédité sociale n'est donc pas très important.

17% environ des diplômés sont issus de familles de : salariés agricoles (0,3%); d'employés (7,9%); d'ouvriers (7,4%); de personnels de service (1,2%). Ces quatre CSP apparaissent très fortement sous-représentées si l'on se réfère à la place qu'elles occupent dans la population active générale, respectivement, 1,4%, 17,4%, 36,1%, 6,8% soit un total de 61,7%.

Les études médicales restent donc socialement très sélectives; si on rapproche ces résultats de ceux du cursus comparables en effectifs et en niveaux, comme celui des écoles d'ingénieurs (13), on constate que la médecine recrute encore plus fortement dans les CSP favorisées que ne le font les écoles.

En ce qui concerne les études secondaires des diplômés, on peut s'en faire une idée assez nette en retenant la série et l'âge en baccalauréat.

Le regroupement des diplômés selon **la série du baccalauréat** confirme que les médecins possèdent une formation secondaire scientifique.

- 60% des diplômés ont un baccalauréat de la série D ou sciences expérimentales;
- 28% de la série C ou mathématiques élémentaires;
- 9% de la série A ou philosophie;
- les autres séries étant peu représentées (E: 1,5%; B: 0,6%; F: 0,1%).

Comme on le sait cette structure que l'on retrouve au niveau des premières inscriptions en PCEMI, est liée à des procédures de sélection qui font une large place aux disciplines scientifiques.

Il faut rappeler que la période considérée est antérieure à l'instauration du *numerus clausus* et probablement moins sélective; on peut donc imaginer que depuis, la part des baccalauréats de la série C ait pu augmenter.

L'âge au baccalauréat qui peut-être considéré comme indicateur de la qualité des études secondaires effectuées par les diplômés, révèle la répartition suivante.

TABLEAU 9
Age au baccalauréat

Age au Bac	Moins de 18 ans	18 ans	19 ans et plus	Total
Pourcentages.....	18,4	41,0	40,6	100

(13) J.-L. Pigelet, **Formation et accès à l'emploi des étudiants issus des écoles d'ingénieurs**, cahier n° 3 de l'Observatoire des entrées dans la vie active, la Documentation Française, novembre 1979, p. 34.

Le trait remarquable est sans doute ici, la proportion non négligeable de diplômés ayant obtenu leur baccalauréat plus tôt que l'âge normal de 18 ans.

Outre les études secondaires appréhendées grâce aux baccalauréats, on peut également s'intéresser **aux études médicales de base**, c'est-à-dire à celles qui conduisent aux examens cliniques et qui constituent le cursus commun à tous les diplômés, quelle que soit leur formation complémentaire ultérieure.

La durée des études médicales peut être approchée en calculant la période qui sépare la date d'obtention du baccalauréat de celle des examens cliniques. Ces deux indicateurs ne sont que partiellement significatifs. En effet, d'une part, la date du baccalauréat ne marque pas nécessairement le début des études médicales, même si ces études se trouvent probablement en tête dans l'ordre de préférence de la majorité des étudiants qui s'y engagent, et donc qu'ils se réorientent vers d'autres disciplines lorsqu'ils ont subi un échec en médecine mais qu'ils font plus rarement le trajet inverse. D'autre part, les examens cliniques ne marquent pas nécessairement la fin du cursus de base : s'ils peuvent être passés juste après la sixième année, ils peuvent l'être aussi plus tard.

Ce n'est donc que lorsque la période qui sépare ces deux dates correspond à la durée minimale des études médicales qu'elle peut légitimement prétendre en constituer une mesure. De fait, on constate que 46% des étudiants obtiennent les examens cliniques six et sept ans après le baccalauréat.

Parmi les autres, certains n'ont tout simplement pas passé les examens cliniques immédiatement après le DCEM4 ou ont commencé d'abord d'autres études, si bien que l'on ne peut, comme on l'a souligné précédemment, connaître la durée exacte de leurs études. En bref, les 46% observés semblent indiquer que beaucoup d'étudiants ont des durées d'études relativement courtes. Ceci correspond à une situation antérieure à la mise en place du *numerus clausus* qui a eu pour effet de rendre plus fréquent les échecs au moment du passage en PCEM2 et donc les redoublements (14).

2. RELATIONS ENTRE CARACTÉRISTIQUES

En croisant certaines des caractéristiques socio-démographiques qui viennent d'être présentées, on obtient des résultats susceptibles de suggérer ultérieurement des cohérences de comportement.

(14) Une étude de l'Institut de recherche sur l'économie de l'éducation, sur une population de premières inscriptions en 1974, à l'université de Dijon, révèle un taux de passage en 2^e année de 22,1% (moins 36% des redoublants passent en 2^e année après 2 ans de PCEM1, ce qui donne un taux global de passage de 44%).

Ainsi, la répartition par âge selon le sexe montre une dispersion plus grande des femmes; en particulier, la proportion des femmes jeunes (22-25 ans) est plus forte que celle des hommes de la même classe d'âge.

TABLEAU 10
Répartition par âge selon le sexe

Sexe \ Age	22-25 ans	26-32 ans	33-50 ans	Total
Hommes	3,2	92,3	4,5	100
Femmes.....	7,7	86,7	5,5	100

Cette plus grande dispersion est à rapprocher, d'une part de la précocité des femmes dans leurs études que l'on examine plus loin et d'autre part, du fait qu'elles sont plus touchées que les hommes par des interruptions d'études. On note cependant que la proportion des femmes âgées de plus de 32 ans est à peine plus élevée que celle des hommes, ce qui indique soit que la précocité compense les interruptions, soit que ces interruptions ne sont pas très nombreuses (15).

En combinant le sexe et l'origine sociale, on s'aperçoit que les CSP les moins favorisées fournissent proportionnellement plus d'hommes que de femmes médecins (pourcentage des hommes: employés 70,9%; ouvriers 71,8%; ensemble des diplômés 65,1%). Comme si le facteur sexe se surajoutait à celui de l'origine sociale; les familles les moins favorisées produisant peu de diplômés et moins encore de femmes diplômées.

La structure des séries du baccalauréat est légèrement différente selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes, ainsi, le pourcentage de femmes ayant un bac A (12,3% des femmes) est le double de celui des hommes (6,7%), (mais les effectifs sont très faibles) alors que le pourcentage des hommes titulaires du bac C (30% d'hommes) est supérieur à celui des femmes (25,6%).

TABLEAU 11
Age au bac selon le sexe

Sexe \ Age au bac	Moins de 18 ans	18 ans	19 ans et plus	Total
Hommes	13,8	39,1	47,1	100
Femmes.....	26,7	43,8	29,5	100

(15) La réduction des interruptions d'études pour les promotions récentes est dégagée par une enquête du Conseil national de l'Ordre et de l'Association nationale des femmes médecins, «La vie professionnelle des femmes médecins», document ronéoté, novembre 1981, p. 13; dans cette étude, on note d'ailleurs que la moitié environ des raisons de ces interruptions ne sont pas propres aux femmes: décès familial, maladie, nécessité de travailler, autres, p. 15.

La proportion des femmes ayant obtenu leur bac avant 19 ans (70,5%) est sensiblement plus élevée que celle des hommes dans la même situation (52,9%).

Cette disparité tient probablement à plusieurs causes. La première est peut-être un préjugé à l'encontre des capacités et de l'utilité pour les femmes d'entreprendre des études supérieures difficiles ; il faudrait donc dans ces conditions, qu'elles fassent la preuve de leurs aptitudes (ici la précocité dans les études secondaires) pour que leur tentative soit considérée comme légitime. La seconde tient, mais que très partiellement, au fait qu'elles sont relativement plus nombreuses à avoir passé un bac A réputé plus facile. La troisième est sans doute leur origine sociale qui, comme on l'a vu précédemment, est plus souvent favorisée que celle des hommes.

En effet, l'âge au baccalauréat est également sensible à l'origine sociale. Ainsi, **les diplômés issus des CSP moins favorisées sont moins fréquemment de jeunes bacheliers (moins de 18 ans) (16)**. Ces résultats ne font ici qu'illustrer le poids des avantages et handicaps socio-culturels dans les résultats scolaires.

La rapidité relative des femmes se perçoit encore au niveau de la mesure partielle de la durée des études médicales qui fait apparaître une différence entre les hommes et les femmes, ces dernières se révélant relativement plus nombreuses à obtenir leur examens cliniques tôt (52% contre 43% pour les hommes).

En définitive, ces croisements révèlent l'importance du sexe comme facteur discriminant par rapport aux autres caractéristiques : c'est pourquoi, c'est cette dimension que l'on privilégiera dans la construction des profils.

(16) Personnel des services : 4,3% ; ouvriers : 8,1% ; employés : 11%, contre patrons industrie et commerce : 18,5% ; professions libérales et cadres supérieurs : 22,5% et des pourcentages de bacheliers âgés (19 ans et plus) plus élevés (personnels de service : 47,7% ; ouvriers : 53,5%).

Chapitre II

CONSTRUCTION DES PROFILS

Le second chapitre a un double objet. Il vise d'abord à dégager, à partir des relations existant entre les caractéristiques générales et les formations médicales, une typologie des profils des diplômés. Il vise ensuite à rendre ces regroupements intelligibles en les interprétant en termes de projets, de capacités et de stratégies professionnelles.

I. Relations entre caractéristiques générales et formations médicales

Le chapitre précédent ayant montré que le sexe et, dans une moindre mesure l'origine sociale, ont une incidence sur certains comportements (choix des études médicales et obtention du doctorat, âge au baccalauréat, durée des études médicales de base...), c'est par rapport à ces deux facteurs que l'on examinera les filières de formation médicale empruntées par les diplômés.

Concernant le premier facteur, on observe effectivement que les hommes et les femmes s'engagent en matière de formation médicale dans les voies très différentes.

TABLEAU 12
Formation médicale respective des hommes et des femmes (%)

Filières de formation	Formation générale	Formation spécialisée	Internat non CHU	Internat CHU	Total
Hommes.....	34,8	34,9	13,3	17,1	100
Femmes.....	22,7	60,9	10,6	5,8	100
Total.....	30,5	44,0	12,4	13,1	100

Concernant les hommes, on constate que la formation générale, la formation spécialisée et les internats attirent respectivement un tiers des diplômés environ, et qu'à l'intérieur des internats, l'internat CHU est le plus fréquenté.

Concernant les femmes, la filière formation spécialisée est empruntée par plus de 6 diplômées sur 10, suivie par la formation générale 22,7% et par les internats 16,4%.

Ainsi, près d'un homme sur 6 accède à la formation d'interne CHU contre une femme sur 17 environ.

Plus de 6 femmes sur 10 suivent la filière spécialisée contre 3 ou 4 hommes sur 10.

On est probablement là, en présence d'un des mécanismes les plus actifs de transformation de la profession médicale. En effet, si la féminisation croissante des cohortes de jeunes médecins s'accompagne d'une modification de l'importance relative des formations, il en résultera à terme un bouleversement de la structure des profils médicaux. Reste à voir, bien sûr, ce qui deviendra la relation entre féminisation et formation avec la réforme des études médicales.

Quant à l'impact de l'origine sociale sur la formation bien que moins marqué, il n'en est pas négligeable pour autant. Ainsi, on constate par exemple :

La proportion des diplômés possédant la formation générale seule est la plus forte pour les CSP employés (39,4), ouvriers (34,9) (28% pour les professions libérales et cadres supérieurs).

La proportion des diplômés avant l'internat CHU est la plus forte pour les CSP patrons industrie et commerce (15,9), et professions libérales cadres supérieurs (14,9), (7% pour les ouvriers).

L'influence de ces deux facteurs peut être appréciée de façon un peu plus fine en décomposant leurs effets respectifs.

Ainsi, dans le tableau 13, lorsque l'on examine les structures des hommes et des femmes, pour une CSP quelconque, la différence que l'on observe est à mettre sur le compte de la différence de sexe. Et puisque cette disparité de structure apparaît dans toutes les CSP, on en déduit qu'il existe bien un effet spécifique du sexe. De plus, quelle que soit la CSP, on retrouve les différences constatées qui vont dans le même sens que celles mises en évidence précédemment : place de la formation générale ou des internats plus importante pour les hommes que pour les femmes, place plus importante de la formation spécialisée pour les femmes que pour les hommes (sauf pour les ouvriers). En comparant les couples de structures d'une catégorie à l'autre, on peut saisir l'influence de l'origine sociale sur les différences d'orientation selon le sexe.

Par exemple :

— **pour la formation générale, la sur-représentation masculine est plus marquée pour les ouvriers que pour les autres ;**

TABLEAU 13
Formation des hommes et des femmes des diverses origines sociales

CSP	Formations		Formation générale	Formation spécialisée	Internat non CHU	Internat CHU	Total
	H	F					
Agriculteurs exploitants	H		34,0	34,0	18,9	12,6	100
	F		27,7 (1,22)*	56,0 (0,60)	13,4 (1,41)	2,8 (4,5)	100
Salariés agricoles	H		—	57,1	42,9	—	100
	F		—	100	—	—	100
Patrons industrie et commerce	H		34,8	32,2	10,9	22,2	100
	F		25,1 (1,38)	59,3 (0,54)	9,8 (1,11)	5,8 (3,82)	100
Professions libérales Cadres sup.	H		31,2	34,9	14,2	19,8	100
	F		22,2 (1,40)	61,4 (0,56)	10,3 (1,37)	6,1 (3,24)	100
Cadres moyens	H		37,0	37,7	11,3	14,0	100
	F		17,8 (2,07)	63,2 (0,59)	10,9 (1,03)	8,0 (1,75)	100
Employés	H		45,0	29,5	11,6	14,0	100
	F		25,7 (1,75)	59,9 (0,49)	9,6 (1,20)	4,8 (2,91)	100
Ouvriers	H		41,6	34,9	16,0	7,5	100
	F		17,8 (2,33)	56,6 (0,61)	19,7 (0,81)	5,9 (1,27)	100
Personnels de service	H		29,3	37,9	25,9	6,9	100
	F		69,2	30,8	—	—	100
Armée et divers	H		33,9	46,1	8,4	11,5	100
	F		20,6 (1,64)	72,5 (0,63)	6,8 (1,23)	—	100
Total	H		34,8	34,9	13,4	17,0	100
	F		22,8 (1,52)	60,8 (0,57)	10,8 (1,24)	5,7 (2,38)	100

* Les nombres entre parenthèses représentent le rapport entre % H et % F (exemple : 34/27,7 = 1,22).

— pour la filière internat CHU, la sur-représentation masculine est plus marquée pour les fils de patrons de l'industrie et du commerce et des professions libérales et cadres supérieurs que pour ceux d'ouvriers.

Dans la filière internat non CHU, et pour l'ensemble des internats, les femmes sont sur-représentées parmi les diplômés filles d'ouvriers, alors que les hommes sont sur-représentés pour toutes les autres catégories.

Comme on sait par ailleurs que les catégories les plus favorisées fournissent une proportion de femmes plus forte, on est tenté de poser l'hypothèse suivante : dans les catégories les moins favorisées (ouvriers et employés) l'accès aux études médicales est plus difficile pour les femmes que dans les catégories les plus favorisées. Mais ayant subi une sélection plus forte, les femmes qui sont originaires de ces dernières, sont mieux à même de concurrencer les hommes dans les formations les plus sélectives (les internats pour les fils d'ouvriers, la formation spécialisée pour les fils d'employés).

De façon similaire, on peut dégager les structures correspondant aux diverses catégories pour les hommes (ou pour les femmes). **Les variations que l'on constate expriment alors l'effet origine sociale qui apparaît nettement moins important que l'effet sexe.**

Pour compléter cette analyse, le baccalauréat et les études complémentaires aux études médicales, doivent maintenant être pris en compte.

Concernant la série du baccalauréat, **plus de 56% des diplômés de la filière internat CHU possèdent un bac C ; cette proportion n'est que de 20% pour la formation générale et de 28% pour l'ensemble de la population.**

En regroupant les diplômés selon la série de leur bac, on met en lumière les tendances suivantes :

- **les bacheliers B et E suivent prioritairement la filière formation générale (44% des B et 54% des E) ;**
- **les bacheliers A et D s'orientent principalement vers la filière formation spécialisée (48% des A et 46% des D) ;**
- **plus d'un quart des bacheliers C choisissent la filière internat CHU.**

En considérant l'incidence de la série du bac séparément pour les hommes et pour les femmes, on peut mettre en évidence des différences qui révèlent l'influence du sexe sur l'effet série du bac. Ainsi par exemple : **alors que les hommes bacheliers C représentent 30% de tous les diplômés-hommes et 55% des hommes internes CH ($55/30 = 1,8$), les femmes bachelières C représentent 25,6% de toutes les diplômées et 62% des femmes internes CHU ($62/25 = 2,4$). Ce coefficient est encore pour elles de 1,5 dans la filière internat non CHU, alors qu'il n'est plus que de 0,9 pour les hommes.** La sélection par le diplôme est donc plus marquée pour les femmes que pour les hommes, en ce qui concerne l'accès aux internats.

La relation entre âge au bac et type de formation médicale peut se résumer par deux résultats :

- les jeunes bacheliers (18,4% de l'ensemble des diplômés) sont sur-représentés dans la filière internat CHU (28,4% des internes CHU); les bacheliers plus âgés sont sous-représentés (27,4% contre 40,6% de l'ensemble des diplômés);
- les bacheliers plus âgés sont sur-représentés dans la filière formation générale (47% de la filière contre 40,6% de l'ensemble des diplômés).

Certains docteurs en médecine possèdent un diplôme sanctionnant des études effectuées en dehors d'une UER médicale, ou y poursuivent des études au moment de l'enquête. Ces formations ne sont pas nécessairement extra-médicales puisque parmi les établissements concernés, on trouve l'Ecole nationale de santé publique, les Ecoles du service de santé des armées, ainsi que les établissements d'enseignement médical étrangers; on a regroupé les formations dispensées par ces établissements sous la rubrique générale de Santé Publique.

Concernant les diplômes obtenus qui sont au nombre de 383, on recense les spécialités et niveaux suivants :

- diplômes de Santé Publique (33,4%);
- biochimie et biologie (19%);
- autres sciences (14%);
- droit (8,4%);
- psychologie (7,5%) surtout des licences;
- sciences physiques (6%);
- autres spécialités (3,6%);
- sciences économiques et gestion (2,3%);
- langues (2%);
- autres études littéraires (2%).

Dans près de 40% des cas, il s'agit de disciplines scientifiques. Quant aux niveaux, ils se répartissent approximativement de la manière suivante: premier cycle 7,3%; second cycle 20%; troisième cycle 22% et autres.

Cette répartition varie selon la filière de formation médicale empruntée par les diplômés. Ainsi :

- Les diplômés de la filière formation générale sont relativement peu nombreux à posséder un diplôme complémentaire (2,8% d'entre eux contre 5,3% pour l'ensemble des diplômés), il s'agit surtout de psychologie (27% contre 7,5%) et de diplômes de 1^{er} ou de 2^e cycle.
- Les internes au contraire possèdent plus fréquemment un diplôme complémentaire (7,1% contre 5,3%), le plus souvent scientifique et d'un niveau 2^e ou 3^e cycle.

Les diplômés de la filière formation spécialisée qui ont acquis un diplôme complémentaire (5,9%) l'ont souvent fait dans une spécialité de Santé Publique.

Concernant les poursuites d'études non médicales, on observe là encore une majorité d'orientations scientifiques (65% des cas). Mais les effectifs sont très faibles, de l'ordre de 3% des diplômés.

On peut encore observer l'effet de la filière de formation médicale sur le phénomène de spécialisation dont on a déjà souligné la forte hétérogénéité :

- quant à la durée des spécialisations achevées ou en cours, leur sélectivité, leur organisation (existence ou non d'un stage obligatoire, existence ou non d'un examen probatoire, exigence ou non d'un internat) ;
- quant aux diplômes qui les sanctionnent (certificats d'études spéciales, certificats d'études supérieures, maîtrises, doctorats, attestation d'études, etc.) ;
- quant aux formes d'exercice professionnel auxquelles elles donnent accès (exercice exclusif d'une spécialité, exercice d'une compétence en association ou non avec la médecine générale, exercice salarié...).

Si l'on considère les diverses modalités de spécialisation comme autant de moyens concourant à l'élaboration des stratégies, on est conduit à les rapprocher du sexe et de la formation médicale, afin de saisir, à travers les relations existant entre ces variables, d'éventuelles cohérences.

En prenant d'abord en compte les diplômes de spécialisation délivrés, on constate (tableau 14) une incidence nette du sexe et de la formation médicale (formation spécialisée, internat non CHU et spécialisation, internat CHU et spécialisation) sur le choix des spécialités.

Concernant les différences entre hommes et femmes (tableau 15), on observe de fortes disparités qui doivent correspondre à la fois à des projets différents de la part des hommes et des femmes et à des préconceptions relatives à des dispositions et handicaps « naturels » qui conduisent les femmes à être, par exemple plus souvent pédiatre que chirurgien.

Concernant la formation, là aussi les effets sont probablement multiples ; à des aspects purement institutionnels (la chirurgie implique l'internat CHU) se combinent des aspects stratégiques et traditionnels (tableau 16).

Des résultats comparables apparaissent lorsque l'on analyse les spécialisations en préparation.

TABLEAU 14
Importance selon la formation et le sexe des spécialités des CES

Formation Spécialités	Formation spécialisée		Internat non CHU + spécialisation		Internat CHU + spécialisation		Ensemble des formations	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Anesthésie et réanimation	1,9	2,7	3,1	—	1,4	4,5	1,9	2,6
Médecine du sport.....	23,5	5,2	11,9	9,1	5,4	—	17,1	5,2
Cardiologie.....	3,0	—	2,5	—	8,6	—	4,3	—
Chirurgie.....	—	—	—	—	6,8	—	1,8	—
Gynécologie médicale ...	1,9	5,0	—	—	2,2	—	1,7	4,1
Maladies appareil diges- tif	0,6	—	1,9	—	7,5	—	2,6	—
Médecine préventive	3,7	5,5	—	—	—	—	2,2	4,5
Médecine du travail	9,5	24,8	10,0	6,8	3,9	12,1	8,1	21,9
Obstétrique gynécologie	1,4	1,7	1,9	—	1,4	6,1	1,5	1,9
Ophthalmologie.....	4,5	4,2	1,9	4,5	1,4	7,6	3,3	4,5
ORL.....	5,4	0,6	7,5	—	—	—	4,3	0,5
Pédiatrie	3,1	10,1	7,5	39,8	15,1	10,6	6,8	13,2
Pneumo-ptisiologie	—	—	—	—	10,0	—	2,6	—
Psychiatrie	0,5	1,7	21,3	25,0	—	10,6	3,4	4,8
Radio-diagnostic.....	3,0	2,0	—	—	5,7	12,1	3,2	2,6
Radio-thérapie	0,6	—	—	—	1,4	—	0,7	—
Rhumatologie.....	2,6	0,4	2,5	—	7,2	12,1	3,8	1,3
Stomatologie.....	3,7	1,2	—	—	—	—	2,2	0,9
Pédiatrie-puériculture ...	7,5	13,7	—	—	—	—	1,1	11,2
Hématologie.....	0,6	1,7	—	5,7	1,8	7,6	0,8	2,6
Immunologie.....	2,2	1,2	1,9	—	—	6,1	1,6	—
Biochimie-biophysique	1,7	1,2	2,5	—	1,4	—	1,8	0,9
Maîtrise biologie hu- maine	3,7	1,6	—	—	—	—	2,2	1,3
Autres CES de biologie humaine	2,0	0,4	5,0	—	2,9	—	2,7	0,4
Homéopathie.....	0,6	0,7	—	—	—	—	0,4	0,6
Acupuncture.....	0,5	—	—	—	—	—	0,3	—
Anatomie pathologique	1,2	1,0	—	—	5,7	—	2,2	0,8
Autres spécialités.....	ε	ε	ε	ε	ε	ε	ε	ε
Total.....	100	100	100	100	100	100	100	100

TABLEAU 15
Importance selon le sexe de quelques spécialités de CES

Sexe			
	Hommes	Femmes	Ensemble
Médecine du travail	8,1	21,9	14,2
Médecine du sport	17,1	5,2	11,9
Cardiologie.....	4,3	0	2,4
Chirurgie.....	1,8	0	1,0
Gynécologie médicale.....	1,7	4,1	2,7
Obstétrique gynécologie.....	1,5	1,9	1,7
Médecine préventive.....	2,2	4,5	3,2
ORL.....	4,3	0,5	2,6
Pédiatrie	6,8	13,2	9,6
Pédiatrie préventive	1,1	11,2	5,5
Ophthalmologie.....	3,3	4,5	3,8
Psychiatrie	3,4	4,8	4,0
Autres.....	44,4	28,2	37,4
Total.....	100	100	100

TABLEAU 16
Les dix spécialités ayant fourni le plus de CES, selon la formation (%)

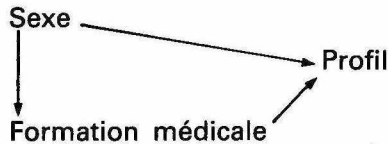
Ensemble	Formation spécialisée
1. Médecine du travail 14,2	1. Médecine du travail 17,4
2. Médecine du sport..... 11,9	2. Médecine du sport..... 14,0
3. Pédiatrie 9,6	3. Pédiatrie préventive 7,1
4. Pédiatrie préventive 5,5	4. Pédiatrie 6,7
5. Psychiatrie 4,0	5. Médecine préventive..... 4,6
6. Ophthalmologie..... 3,8	6. Ophthalmologie..... 4,3
7. Médecine préventive..... 3,2	7. Gynécologie 3,5
8. Radio-diagnostic 3,0	8. ORL..... 2,9
9. Gynécologie 2,7	9. Biologie humaine..... 2,6
9. Rhumatologie..... 2,7	10. Radio-diagnostic 2,5
Internat non CHU + spécialisation	Internat CHU + spécialisation
1. Psychiatrie 22,6	1. Pédiatrie 14,2
2. Pédiatrie 19,0	2. Rhumatologie 8,1
3. Médecine du sport..... 10,9	2. Pneumo-phtisiologie 8,1
4. Médecine du travail 8,9	4. Cardiologie..... 7,0
5. ORL..... 4,8	4. Radio-diagnostioc 7,0
5. Pédiatrie préventive..... 4,8	6. Maladies appareil digestif..... 6,1
7. Médecine aéronautique..... 3,2	7. Chirurgie..... 5,5
7. Autre biologie humaine..... 3,2	7. Médecine du travail 5,5
9. Ophthalmologie..... 2,8	9. Anatomie pathologique 4,6
10. Anesthésie-réanimation 2,0	10. Médecine du sport..... 4,3
Hématologie 2,0	

II. Profils et stratégies

1. TYPOLOGIE DES PROFILS

A travers ces mises en relation, se confirme la forte capacité discriminante du sexe sur les comportements et spécialement sur le choix d'une formation médicale particulière. Si de plus on rappelle le phénomène majeur de la féminisation, on est amené à accorder une attention privilégiée à la distinction hommes-femmes.

Mais cette distinction dont on vient de voir l'incidence sur la formation médicale joue plus largement sur toute la stratégie professionnelle dont la formation n'est qu'une des composantes. Il convient donc dans la construction des profils, de retenir bien évidemment la formation (conditionnée par le sexe), mais le sexe comme facteur susceptible d'influencer directement les choix d'insertion. En bref, les profils reposent sur le système simplifié suivant :



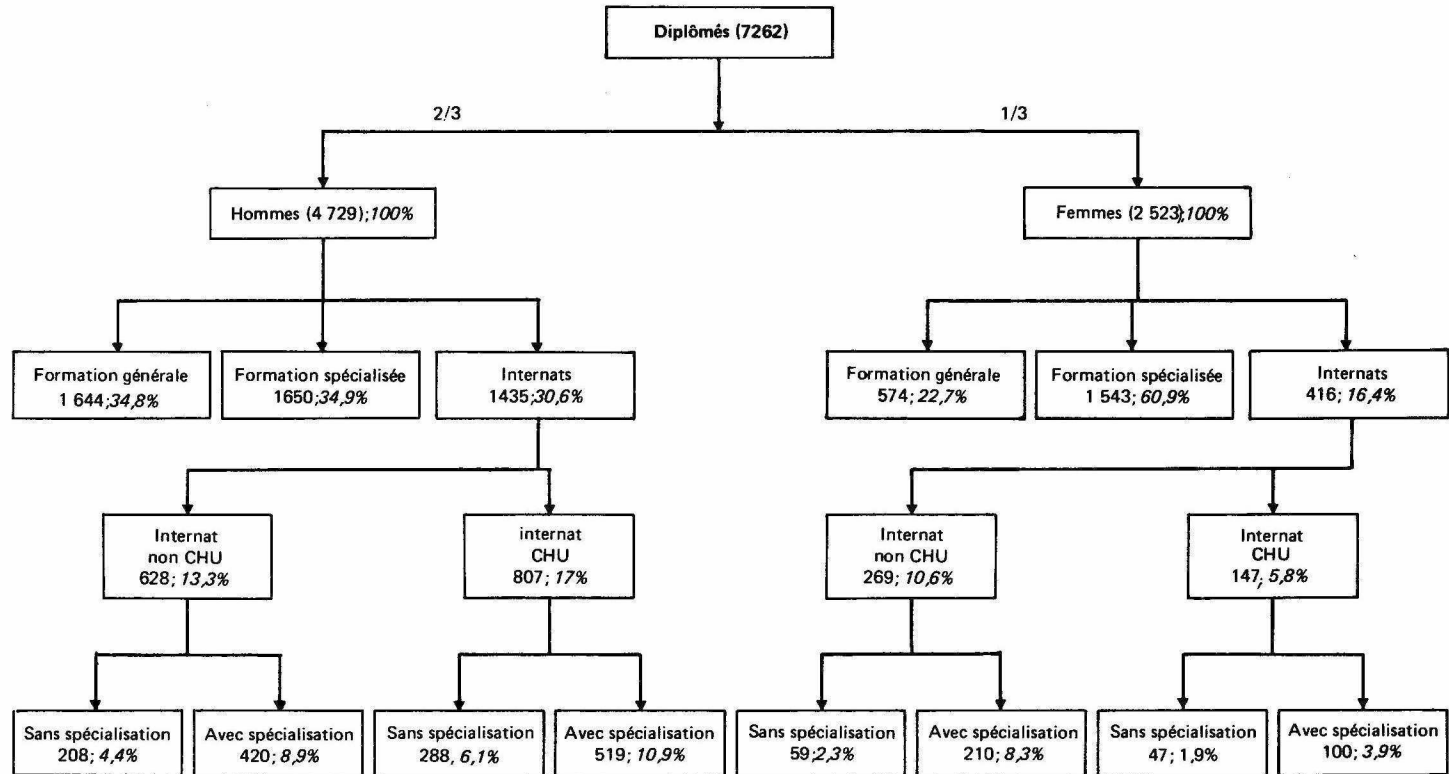
Le schéma page suivante propose une typologie en six, huit ou douze profils, ainsi que les effectifs et l'importance relative de chacun.

À l'évidence ces profils ne sont pas également homogènes ; par exemple, la formation spécialisée, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, recouvre une trop grande variété de cas pour que l'on puisse légitimement s'attendre à ce qu'elle donne naissance à une modalité d'insertion véritablement caractéristique ; l'internat CHU, au contraire correspond probablement à des profils cohérents qui devraient déboucher sur une insertion typique.

2. INTERPRÉTATION

Les analyses qui précèdent montrent que le sexe constitue, pour la population des diplômés, le critère le plus discriminant quant à leur cursus universitaire. On observe en effet, qu'au clivage hommes-femmes est associé un ensemble de caractéristiques secondaires telles que : l'origine sociale, la série et l'âge au baccalauréat, mais on observe surtout que les étudiants de l'un et l'autre sexe ont, en matière de formation médicale, des comportements très contrastés ; ils ne se répartissent pas de la même façon entre les filières ni à l'intérieur d'une même filière, les différences correspondent probablement à une combinaison indissociable de préférences et de contraintes, les conditions objectives étant intériorisées par les individus et se manifestant dans

Typologie des profils de formation



leurs choix. Ainsi, **la diversité des situations et des intentions donne naissance à des stratégies professionnelles variées dont les options en matière de formation médicale constituent une des composantes essentielles.**

Ainsi, derrière les décisions d'emprunter telle ou telle filière, il y a des projets, à propos desquels on peut d'ailleurs essayer d'avancer quelques hypothèses.

On peut d'abord remarquer que selon les filières, les projets peuvent être plus ou moins nombreux et plus ou moins précis. Si l'internat CHU permet en principe d'envisager de très nombreux débouchés (celui de médecin libéral généraliste par exemple), de fait, l'investissement qu'il implique ne peut se comprendre, dans la majorité des cas, que si l'étudiant vise, au moins au départ, une carrière hospitalière.

L'internat non CHU peut déjà être sous-tendu par une plus grande variété d'intentions : carrières hospitalières, mais aussi possibilités d'une meilleure installation en exercice libéral, ou accès facilité à un exercice salarié.

La filière formation générale offre l'éventail de possibilités le plus étroit ; les objectifs qui lui sont associés concernent surtout l'exercice libéral généraliste, suivi par divers emplois secondaires.

C'est pour la formation spécialisée qu'il paraît le plus difficile de dégager un projet sous-jacent, le passage par cette filière pouvant revêtir des significations très différentes selon les diplômes et selon les spécialisations. Très approximativement, on peut proposer trois grandes stratégies :

- Une spécialisation d'attente : il s'agit principalement pour certains, de mettre à profit le temps que peut leur laisser une activité professionnelle partielle ou la recherche d'un emploi, de continuer à bénéficier du statut d'étudiant et des avantages sociaux qu'il procure, de conserver des contacts avec l'Université et des camarades de promotion. Dans ce cas, la spécialité préparée sera probablement légère et courte et sera plus facilement abandonnée que pour les deux catégories suivantes.
- Une spécialisation de complément : il s'agit d'acquérir une formation capable de faciliter l'insertion professionnelle en permettant d'exercer des activités complémentaires et de développer une clientèle (vacation de médecine du travail, de médecine scolaire, compétences etc.).
- Une spécialisation de carrière : il s'agit d'acquérir la connaissance d'une spécialité que l'on entend exercer à titre principal ou exclusif.

En d'autres termes, on constate qu'il n'existe pas une relation biunivoque entre filières et projets, mais que néanmoins les choix en matière de formation permettent d'opérer, dans la population des diplômés, de

grands clivages qu'il convient de préciser en examinant les emplois d'insertion dans la seconde partie et que l'analyse des cheminements permettra plus tard d'éprouver.

La répartition des diplômés selon les profils permet encore de risquer quelques interprétations relatives à l'attraction qu'exercent les diverses formes de pratique médicale, respectivement sur les hommes et les femmes.

On observe que **seule une minorité de diplômés s'arrête à la formation générale, ce qui peut bien être le signe d'une désaffection assez répandue pour l'exercice libéral de généraliste** ; mais l'écart entre la part des hommes et celle des femmes qui empruntent cette filière permet de penser que les femmes moins encore que les hommes, envisagent d'emblée ce type d'installation. Parmi les raisons fréquemment invoquées à propos de ces attitudes, on peut rappeler : les servitudes (horaires, diversité des problèmes rencontrés...) inhérentes à la pratique du généraliste libéral, le sentiment d'une imparfaite adéquation entre les études et les cas à traiter, les difficultés croissantes de l'installation qui peuvent imposer un lieu d'exercice non souhaité, etc.

Pour ce qui est des internats, c'est sans doute moins une réticence liée aux types d'exercices qui s'y rattachent que la sélectivité des concours qui peut expliquer les proportions enregistrées ; la disparité hommes-femmes ne pouvant alors se comprendre qu'en faisant l'hypothèse d'une moindre volonté d'engagement de ces dernières dans un processus fortement concurrentiel.

Dans ce contexte, **la formation spécialisée peut permettre de différer le choix, de compléter une formation ou d'acquérir les qualifications exigées pour exercer une activité libérale spécialisée ou une activité « d'institution »** ; il semble que les hommes soient plus concernés par les spécialités correspondant à un exercice libéral alors que les femmes le seraient plus par des activités « d'institution » pour lesquelles la prévention joue un rôle important et qui sont caractérisées par des pratiques de type emplois salariés (horaires réguliers, vacances et week-ends, avancements...).

En définitive, **les comportements respectifs des hommes et des femmes n'apparaissent pas simplement comme des différences de parcours conduisant aux mêmes situations mais bien comme des différences d'orientations professionnelles liées à divers stéréotypes**. Parmi ces derniers on peut évoquer un premier partage des rôles sociaux traditionnels : les hommes sont censés être prioritairement concernés par l'exercice d'une activité professionnelle aussi complète que possible, alors que les femmes doivent se déterminer au contraire par rapport à la compatibilité de leur activité professionnelle avec les tâches familiales. Un second partage interférant probablement avec le premier, délimite des zones de compétence professionnelle traditionnellement attribuées aux hommes ou aux femmes, définissant et opposant ainsi des métiers

masculins et des métiers féminins. C'est, semble-t-il, dans le cadre de ces grands modèles de conduite que les choix en matière de formation doivent être restitués. En d'autres termes, le passage par une même filière de formation peut avoir une signification différente pour un homme et pour une femme. C'est donc bien le profil comme combinaison du sexe et de la formation qui paraît la catégorie la plus pertinente pour aborder l'étude des emplois d'insertion.

Deuxième partie

INSERTION DES DIPLÔMÉS

LES MODALITÉS D'INSERTION

Les modalités d'insertion sont examinées à deux niveaux. En premier lieu, on analyse les situations professionnelles des diplômés quelques mois après la soutenance de leur thèse (cf. § I. Les situations professionnelles). En second lieu, on concentre l'attention sur les actifs occupés en essayant de rendre compte des emplois auxquels ils ont accès (cf. § II. La structure d'emplois).

I. Les situations professionnelles

En mars 1979, les diplômés peuvent être dans l'une des trois situations suivantes :

- ils travaillent (quel que soit ce travail) ;
- ils recherchent un emploi (pas de travail mais en recherche un) ;
- ils sont inactifs (pas d'activités et n'en cherche pas).

Pour en rendre compte, on examine d'abord les effectifs, on essaye ensuite de préciser la signification des situations d'inactivité et de recherche d'emploi, et on s'efforce enfin de présenter quelques résultats concernant la localisation des actifs occupés.

1. LES EFFECTIFS

La répartition des diplômés selon ces trois situations fait apparaître la structure suivante :

TABLEAU 17
Situation professionnelle des diplômés en mars 1979

Situation professionnelle	Actifs occupés	Recherche d'emploi	Inactivité	Total
Effectifs.....	5 954	514	794	7 262
Pourcentages.....	82,0	7,1	10,9	100

Ainsi, en mars 1979, huit diplômés sur dix ont une activité professionnelle.

Ces chiffres appellent quelques remarques destinées à en faciliter l'interprétation :

— en premier lieu, la situation est saisie à une date précise (mars 1979), alors que les diplômés ont obtenu leur doctorat sur une période qui s'étend de septembre 1977 à décembre 1978. L'ancienneté des diplômés est assez dispersée, allant de 18 mois à 3 mois, ce qui pouvait avoir une incidence sur leur situation. On pourrait supposer en effet que la proportion des inactifs ou de ceux qui recherchent un emploi soit plus forte chez les diplômés récents que chez les plus anciens.

En fait, la modification du taux de recherche d'emploi n'est que très peu marquée. Ainsi, en constituant deux groupes selon la date de la soutenance de la thèse (septembre 1977 à avril 1978 et mai 1978 à décembre 1978, c'est-à-dire une ancienneté de 10-18 mois ou de 2-10 mois), on obtient des différences très faibles : la part des actifs occupés passant de 82,5 à 80,5%, la recherche d'un emploi de 6,8 à 7,6, l'inactivité de 10,7 à 11,9.

De la même manière, en comparant les diplômés de septembre, octobre, novembre 1978 avec ceux de septembre, octobre, novembre 1977, on constate que les pourcentages de ceux qui cherchent un emploi sont très proches (9,2 et 8,3). En bref, les chiffres donnés ci-dessus semblent représentatifs de la situation des docteurs récemment formés et, dans les limites de l'observation, leurs variations peu sensibles dans le temps.

En second lieu, concernant la catégorie des actifs occupés, il convient de préciser d'abord que sont comptabilisés, outre les individus ayant un emploi à plein temps ou plusieurs emplois équivalents à un plein temps, les individus n'exerçant qu'à temps partiel ou n'effectuant que des vacations, quelquefois pour une durée minimale. En d'autres termes, une partie des actifs occupés ne le sont que partiellement, cette situation pouvant correspondre à un chômage déguisé. Il faut noter aussi que certains emplois peuvent être étrangers à la médecine, ce qui accroît d'autant le nombre des diplômés non utilisés.

Il importe, en troisième lieu, de rappeler l'hétérogénéité de la population des diplômés, le doctorat n'étant pas obligatoirement soutenu à la fin du cursus de base. L'interprétation des situations nécessite donc de les rapprocher des divers profils précédemment retenus.

Cette répartition entre activité, recherche d'emploi et inactivité a cependant le mérite de rendre compte de la situation effective de l'ensemble des diplômés quelques mois après la soutenance de la thèse et correspond aux préoccupations d'une étude portant sur l'insertion.

On peut compléter cette répartition en adjoignant le taux de chômage, calculé conventionnellement, c'est-à-dire par rapport aux seuls actifs (actifs occupés et actifs à la recherche d'un emploi), ce taux s'élève à 8%.

2. LA NON-ACTIVITÉ

Les situations d'inactivité et de recherche d'emploi méritent quelques commentaires permettant d'en mieux cerner la signification.

L'inactivité concerne 794 personnes (soit 10,9% des diplômés) mais touche 12,9% des femmes contre 9,9% des hommes. Quant aux raisons invoquées, elles se répartissent en trois catégories (la poursuite d'études à plein temps, le service militaire, les raisons personnelles), selon les proportions suivantes :

TABLEAU 18
Les raisons de l'inactivité

Raisons	Scolarité à plein temps	Service militaire	Raisons personnelles	Total
Effectifs.....	220	329	245	794
Pourcentages.....	27,7	41,4	30,8	100

Ces raisons apparaissent assez hétérogènes. Le service militaire est la cause principale de l'inactivité des hommes, il représente 7% de l'effectif masculin total et ne laisse que 2,9% des hommes inactifs pour d'autres causes. De plus, il constitue une obligation alors que les autres motifs sont généralement des choix, sauf d'éventuelles raisons de santé qui seront enregistrées sous la rubrique raisons personnelles.

A propos de la scolarité à plein temps, comme raison personnelle, se pose la question des moyens d'existence de ces diplômés ce qui conduit assez naturellement à examiner leur statut matrimonial.

En éliminant le service militaire afin de conserver des grandeurs comparables, on obtient les résultats suivants :

TABLEAU 19
Raisons de l'inactivité (service militaire exclus) en fonction du statut matrimonial

Raisons de l'inactivité \ Statut matrimonial	Statut matrimonial		Hommes célibataires	Femmes célibataires	Total
	Hommes mariés	Femmes mariées			
Scolarité à plein temps.....	72 (77,4)	58 (21,8)	44 (100)	46 (74,2)	220 (47,3)
Raisons personnelles.....	21 (22,6)	208 (78,2)	—	16 (25,8)	245 (52,7)
Total.....	93 (100)	266 (100)	44 (100)	62 (100)	465 (100)

Les femmes mariées évoquent le plus fréquemment les raisons personnelles pour expliquer leur inactivité (78,2%) et sont les plus nombreuses dans ce cas. Les raisons personnelles tiennent au contraire une place secondaire pour les femmes célibataires, comme pour les hommes mariés (25,8 et 22,6%).

La scolarité à temps plein comme raison d'inactivité varie en importance selon la filière de formation médicale empruntée par les étudiants. On constate alors que les effectifs sont très inégaux : la formation générale totalisant 20 personnes inactives pour poursuite d'études à plein temps, la formation spécialisée : 188 diplômés, l'internat CHU : 200 personnes et l'internat non CHU : aucune. Pour préciser ces chiffres, on peut les restituer par rapport à quelques résultats complémentaires.

Les 20 personnes issues de la formation générale, ne suivent pas des études médicales, sinon elles seraient classées dans une autre filière, il s'agit donc d'études non médicales, par exemple de psychologie si l'on en croit les diplômes déjà obtenus par les étudiants de cette filière, leur faible nombre provient du fait que si l'on se réfère encore aux diplômes délivrés les poursuites d'études ne sont pas très fréquentes pour cette filière. Les internes CHU inactifs n'ont donc pas, à ce moment, de position hospitalière ; on peut penser qu'ils terminent un diplôme scientifique de 2^e ou 3^e cycle en attendant peut-être qu'un poste de chef de clinique, d'assistant ou d'adjoint se libère pour y postuler. Le nombre relativement important des étudiants issus de la filière spécialisée s'explique par le fait que la spécialisation en cours ne s'accompagne pas nécessairement, comme dans le cas de l'internat, d'une fonction hospitalière rémunérée, de plus il s'agit pour une grande part, de femmes qui, en poursuivant des études, diffèrent pour diverses raisons, l'entrée dans la vie active.

Il faut par ailleurs observer que **deux des trois motifs d'inactivité relevés sont provisoires (études à plein temps et service militaire) et représentent 69% des cas.** A terme, les diplômés correspondants devront soit changer de situation en devenant actifs, soit rester inactifs mais pour des raisons personnelles.

La recherche d'emploi concerne 514 personnes soit 7,1% des diplômés, mais 5,5% des hommes seulement contre 10% des femmes.

Les causes immédiates de cette situation peuvent être saisies à travers les difficultés que les diplômés à la recherche d'un emploi déclarent avoir rencontrées. Par ordre d'importance, on enregistre les raisons suivantes :

- marché saturé, insuffisance de clientèle : 219 fois cité, soit 38% ;
- manque de moyens financiers : 139 fois cité, soit 24,2% ;
- insuffisance d'une formation spécialisée : 51 fois cité, soit 8,9% ;
- difficultés à trouver une association : 44 fois cité, soit 7,7% ;

- difficultés administratives et juridiques d'installation : 7 fois cité, soit 1,2% ;
- autres raisons : 115 fois cité, soit 20%.

On constate en tête de liste des raisons invoquées deux difficultés d'ordre économique, la plus importante apparaissant liée à l'évolution de la démographie médicale.

Certaines informations fournies par le questionnaire portent sur l'ancienneté du chômage.

- moins d'un mois : 58 personnes, soit 12,3% des diplômés à la recherche d'un emploi ;
- un à trois mois : 83 personnes, soit 16,7% ;
- trois à six mois : 131 personnes, soit 27,9% ;
- six à douze mois : 129 personnes, soit 27,4% ;
- douze mois et plus : 69 personnes, soit 14,7%.

Ces chiffres ont finalement un intérêt limité car ils mesurent bien l'ancienneté et non pas la durée ; les différences observées proviennent simplement de la date à laquelle les diplômés ont commencé à rechercher un emploi. Les résultats montrent cependant que plus de 42% des chercheurs d'emploi le sont depuis plus de six mois.

En relation avec cette ancienneté de la recherche d'emploi, on peut signaler que 69 diplômés déclarent être inscrits à l'ANPE ce qui représente 16,2% des diplômés à la recherche d'un emploi répondant à cette question.

Pour mieux évaluer l'occupation réelle des diplômés, il convient d'essayer de saisir un éventuel sous-emploi en examinant l'importance des emplois de vacataire. On constate que **les diplômés n'effectuant que des vacations représentent 13,8% des actifs occupés ; ces vacations étant principalement publiques** (vacataires publics : 641 personnes, 81,6% des vacataires ; vacataires privés : 103 ; 13,1%, vacataires mixtes : 42 ; 5,3%). Si l'on ne considère comme sous-employés que les vacataires effectuant 50 heures ou moins par mois, on trouve un effectif de 273 personnes représentant 4,6% des actifs et 3,8% de tous les diplômés.

Ainsi, en additionnant les diplômés à la recherche d'un emploi, les inactifs et les vacataires de 50 heures et moins, **on s'aperçoit que 22% des diplômés sont sans emploi (volontairement ou non) ou manifestement sous-employés**. Pour cerner de plus près la véritable signification des effectifs de diplômés dotés d'un emploi, il faut ajouter que 1,4% n'exercent pas une activité directement médicale et que parmi les emplois principaux, certains constituent, au moins partiellement, des positions provisoires de formation rémunérée.

3. LES LOCALISATIONS

Les localisation géographiques dont on disposait dans l'enquête sont les suivantes :

- le département où habitaient les parents en 1977-1978 ;
- le département où le diplômé logeait en mars 1979 ;
- l'académie qui lui a délivré son doctorat ;
- le département et la taille de la commune où le diplômé exerce son activité professionnelle pour ceux qui en ont une.

Si l'on considère le département des parents comme la localisation initiale et si on le compare à celui du domicile du diplômé, on constate un faible déplacement au profit des départements à forte densité médicale et des départements sièges d'UER.

Mais c'est essentiellement la localisation des médecins ayant une activité professionnelle qui paraît intéressante ; c'est en effet à partir d'elle que l'on peut mettre en évidence d'éventuelles tendances susceptibles de modifier la répartition géographique des médecins. Dans cette perspective, on porte attention à la taille de la commune où s'exerce l'activité principale, au département puis à la région.

Concernant les communes d'exercice, on trouve une répartition relativement équilibrée entre les communes de moins de 20 000 habitants, celles de 20 à 200 000 et celles de 200 000 et plus.

TABLEAU 20
Répartition des diplômés actifs selon la taille de la commune d'exercice

Taille de la commune d'exercice	- de 2 000 hab.	2 000 à 4 900 hab.	5 000 à 19 999 hab.	20 000 à 49 999 hab.	50 000 à 199 999 hab.	200 000 hab. et +	Ensemble
Effectifs	474	331	711	667	1 280	1 948	5 411
Pourcentages	8,8	6,1	13,1	12,3	23,7	36	100

28%

36%

Par rapport aux départements, le critère d'évaluation que nous avons retenu est celui de la densité médicale ; partant de deux valeurs de cette

densité mesurées en décembre 1978 : la densité France entière qui est de 182,1 médecins pour 100 000 habitants et la densité France entière sans Paris, qui est de 163,6 (17), on a constitué trois classes de départements.

TABLEAU 21
Répartition des diplômés actifs selon la densité médicale des départements

Départements d'exercice de l'activité	Départements à forte densité d > 182,1	Départements à densité moyenne 182,1 > d > 163,6	Départements à faible densité d < 163,6	Total	DOM TOM	Etranger
Effectifs	2 454	624	2 413	5 491	17	90
Pourcentages	44,7	11,4	43,9	100	ε	ε

On constate que **56% des diplômés actifs exercent dans des départements à forte ou moyenne densité médicale.**

Indépendamment de la densité médicale, **64,5% des médecins travaillent dans des départements sièges d'UER médicales.** Lorsque l'on combine ces deux critères, ce sont **74% des médecins actifs que l'on trouve localisés dans des départements de forte ou moyenne densité médicale et/ou sièges d'une UER médicale.**

Par rapport **aux régions**, on peut utiliser les mêmes critères de densité pour opérer des regroupements.

TABLEAU 22
Répartition des diplômés actifs selon la densité médicale des régions

	Régions à forte densité d > 182,1	Régions à densité moyenne 182,1 > d > 163,6	Régions à faible densité d < 163,6	Total
Effectifs	2 370	904	2 217	5 491
Pourcentages	43,2	16,5	40,4	100

(17) J. Gottely, D. Foulon, R. Gomez, S. Fink, « Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales, au 31 décembre 1978 », **Santé Sécurité Sociale**, n° 3, mai-juin 1980.

60% des diplômés actifs exercent dans des régions à forte ou moyenne densité médicale.

Ces quelques résultats relatifs aux lieux d'installation des médecins doivent être interprétés avec prudence. Il convient en effet de ne pas oublier que l'enquête porte sur l'insertion et qu'une partie des emplois dont elle rend compte sont des emplois transitoires. A terme, la localisation d'un certain nombre de médecins interrogés risque donc de se modifier. On peut cependant essayer de réduire cette incertitude en avançant quelques hypothèses sur le sens probable de cette modification. Comme on le verra plus en détail dans le chapitre 4, les emplois transitoires sont, semble-t-il, souvent des emplois hospitaliers; ce qui peut s'expliquer par le désir d'acquérir un complément de formation ainsi que celui de différer le choix d'une installation qui nécessiterait de quitter la ville, le département ou même la région où les études médicales ont été suivies. Si cette hypothèse est juste, une partie des diplômés occupant des emplois hospitaliers au moment de l'enquête, les abandonneront pour aller grossir l'effectif des médecins libéraux. Or, les informations dont on dispose, montrent que ces derniers ont des contraintes d'implantation moins fortes que d'autres formes d'exercice (médecine d'institution) et qu'ils sont effectivement moins concentrés, même si, comme on le sait, il existe des disparités géographiques marquées. Les résultats devraient donc être infléchis dans le sens d'une plus grande dispersion, sans que l'on puisse en fixer l'amplitude; ainsi, des pourcentages enregistrés pour les zones à faible densité médicale pourraient se trouver relevés. En conséquence il paraît plus significatif d'examiner les questions de localisation non pas globalement mais par groupe d'emplois, ce qui sera fait dans le chapitre 4. On peut cependant essayer, dès à présent, d'affiner les résultats obtenus en les croisant.

TABLEAU 23
Répartition des diplômés actifs selon la taille de la commune d'exercice et la densité médicale du département et de la région

Densité médicale \ Taille de la commune	- de 2 000 hab.	2 000 à 4 999 hab.	5 000 à 19 999 hab.	20 000 à 49 999 hab.	50 000 à 199 999 hab.	200 000 hab. et plus
Poids des départements à faible densité médicale	64,6	66,7	65,7	65,8	58,3	18,4
Poids des régions à faible densité médicale	55,1	69,1	50,3	39,9	53,9	23,4
Effectifs.....	474	331	711	667	1 280	1 948
Pourcentages.....	8,8	6,1	13,1	12,3	23,7	36

On constate avec ce tableau que **deux tiers des diplômés exerçant dans des petites communes (moins de 20 000 habitants), sont installés dans des départements à faible densité médicale et, pour une majorité, dans des régions à faible densité.** Cela indique bien l'existence d'un courant orienté vers les zones les plus déficitaires, mais ce courant reste faible. Pour l'essentiel on peut donc retenir **une tendance progressive de dissémination des médecins**, à partir des zones les mieux pourvues, et selon un ordre qui intéresse d'abord dans les régions favorisées les villes moyennes puis petites, avant d'affecter, en fin de course, les petites villes des départements et des régions défavorisés. Ce mouvement résulte sans doute d'un arbitrage opéré par les médecins entre, d'une part, leurs préférences en matière d'implantation (environnement médical, naturel, sportif, culturel, scolaire et universitaire etc.) et, d'autre part, les possibilités d'activité professionnelle dans chaque zone, à un moment donné.

II. La structure du système d'emploi

Les emplois occupés par les diplômés en mars 1979, c'est-à-dire assez peu de temps après l'obtention du doctorat, sont pour une part des emplois de transition ; ils n'indiquent donc pas quels seront les cadres d'exercice définitifs de ces médecins, mais ils fournissent par contre des informations extrêmement utiles pour saisir les différents modes d'insertion professionnelle.

Dans cette perspective, on a regroupé les très nombreuses situations d'emplois recensées (227 situations différentes) en quelques grandes catégories, construites autour de l'importance de l'emploi (emploi principal, emploi secondaire) et complémentaiement autour d'autres critères comme le nombre d'emplois exercés, le statut de l'emploi (du temps plein à la vacation).

Les emplois principaux sont généralement les plus stables, dans la mesure où ils supposent un choix de carrière, même si dans certains cas, ce choix puisse ou doive être révisé. Dans cette catégorie, on distingue :

- **Les médecins libéraux :** généralistes ou spécialistes, possédant cette seule activité ou l'accompagnant par d'autres emplois à temps partiel.
- **Les emplois hospitaliers publics principaux :** on considère qu'il s'agit d'emplois principaux à partir des fonctions de chef de clinique, assistant des universités, assistant des hôpitaux pour les CHU, et adjoint pour les hôpitaux généraux. En effet, si ces fonctions sont temporaires, et si leurs titulaires peuvent ne pas pouvoir poursuivre, elles indiquent néanmoins qu'un choix conditionnel a été effectué en faveur de la carrière hospitalière ou au moins d'une période d'activité hospitalière et que les titulaires ont réussi à entrer dans la filière. Les

autres composantes de la catégorie sont : chef de service, maître de conférences, personnel du cadre hospitalier temporaire ; tous ces emplois pouvant être accompagnés par d'autres emplois à temps partiel.

- **Les autres emplois principaux publics** : médecin militaire, médecin inspecteur de la santé, médecin conseil de la Sécurité sociale, médecin scolaire DASS, médecin salarié des collectivités publiques ; tous ces emplois pouvant être accompagnés par d'autres emplois divers.
- **Les autres emplois principaux privés** : médecin libéral en hôpital local, chef de laboratoire privé, chef service hospitalisation privée, salarié hospitalisation privée, médecin du travail entreprise privée, médecin salarié collectivité privée, médecin libéral entreprise privée ; tous ces emplois pouvant être accompagnés par d'autres.

Dans le cas de multi-exercice, il n'est pas toujours facile de savoir quel emploi doit être pris en compte pour effectuer le classement. Afin de résoudre ces problèmes d'affectation on a dû adopter quelques conventions. En premier lieu on a considéré que l'emploi de médecin libéral prédominant compte tenu de l'importance de l'investissement psychologique et matériel, que représente l'installation. Cela signifie qu'un diplômé déclarant à la fois un emploi de médecin libéral et un deuxième emploi sera automatiquement classé dans le groupe des médecins libéraux quel que soit le second emploi. En second lieu, le tri précédent étant effectué, on a considéré que les emplois hospitaliers principaux primaient sur les autres emplois principaux publics ou privés. En troisième lieu, en présence de combinaisons d'emplois n'appartenant pas aux deux catégories précédentes on a décidé de leur affectation en fonction de l'importance relative des différents emplois élémentaires (temps complet, temps partiel, vacations).

En ce qui concerne **les emplois secondaires** c'est-à-dire qui ne sont pas, en principe, destinés à être exercés durablement et exclusivement par les diplômés, il paraît commode de distinguer :

- **les emplois hospitaliers publics secondaires** : interne, attaché, suppléant à titre temporaire, vacataire, garde, infirmier. Ces emplois pouvant être complétés par d'autres ;
- **les emplois publics secondaires, non hospitaliers** : peu nombreux et constitués de vacations du type médecin scolaire, en exercice multiple ;
- **les emplois privés secondaires** : interne hospitalisation privée, garde, remplaçant, vacataire hospitalisation privée, etc. en exercice multiple.

Une dernière catégorie rassemble des **emplois qui ne sont pas directement médicaux** : emplois d'enseignant du secondaire, de la recherche scientifique, de cadre commercial ou de bibliothécaire.

A l'évidence, certains de ces emplois comme ceux de la recherche scientifique ou les emplois commerciaux, peuvent impliquer une formation médicale, mais faute de pouvoir préciser cette relation, on a préféré les classer sous cette rubrique générale.

La répartition des emplois selon cette typologie, montre que :

- près des deux tiers des diplômés exercent des emplois principaux ;
- les emplois secondaires exercés par le tiers restant sont surtout constitués par des emplois hospitaliers publics secondaires ;
- les emplois non directement médicaux ne représentent qu'un peu plus de 1% des emplois.

TABLEAU 24
Structure des emplois (principaux, secondaires)

	Effectifs	Pourcentages
Emplois principaux	3 767	63,4
dont : Médecin libéraux.....	2 063	34,7
Autres emplois principaux		
Emplois hospitaliers publics principaux.....	1 001	16,8
Autres emplois publics principaux.....	344	5,8
Autres emplois privés principaux.....	359	6,0
		} 28,6
Emplois secondaires	2 094	35,2
dont : Emplois hospitaliers publics secondaires.....	1 757	29,6
Autres emplois publics secondaires.....	36	0,6
Emplois privés secondaires.....	301	5,1
Emplois non directement médicaux	83	1,4
Total des emplois	5 944	100

Cette structure révèle une stabilisation inachevée, qui va être confirmée par les résultats obtenus avec d'autres classements des emplois. Dans cette perspective, on va les regrouper successivement par rapport aux critères :

- du statut de l'emploi (temps plein, temps partiel, vacation) ;
- du nombre d'emplois exercés ;
- du revenu tiré de l'activité.

Le statut de l'emploi (temps plein, temps partiel, vacation) permet d'obtenir une structure des emplois (tableau 25) qui n'est pas très éloignée de la structure élaborée précédemment.

Si d'un côté, on a une majorité de diplômés bien occupés : les temps pleins et les temps partiels mixtes (1 temps partiel public + 1 temps

TABLEAU 25
Statut des emplois (temps plein, temps partiel, vacation)

Types d'emploi	Effectifs	Pourcentages
Emplois à temps plein	3 795	66,8
Temps plein public	1 727	30,4
Temps plein privé	2 068	36,4
Emplois à temps partiel	1 097	19,3
Temps partiel public	382	6,7
Temps partiel privé	587	10,3
Temps partiel mixte	128	2,3
Emplois de vacataire	786	13,8
Vacations publiques	439	8,6
Vacations privées	52	0,4
Vacations mixtes	22	
Petites vacances publiques	202	
Petites vacances privées	51	4,8
Petites vacances mixtes	20	
Total	5 678	100

partiel privé) représentant 69,1 % des emplois, les autres ont une activité qui n'occupe pas nécessairement l'intégralité de leur temps disponible et qui risque d'être plus fréquemment une activité transitoire. Ainsi sous la rubrique temps partiel public on regroupe les diplômés qui déclarent un temps partiel dans leur activité principale publique et pas d'activité privée ou une activité de vacation ; ce qui ne leur interdit pas d'avoir une seconde activité publique qui soit éventuellement un autre temps partiel ; il en va de même pour les temps partiels privés.

Quant aux vacations on a repris ici la distinction vacations (+ de 50 heures par mois) et petits vacations (50 heures ou moins) introduite dans le chapitre précédent. De la même façon que pour la définition des temps partiels, les vacataires publics, par exemple, sont les diplômés déclarant des vacations supérieures à 50 h pour leur activité principale publique et pas d'activité privée, ou des vacations privées de 50 h ou moins. Les vacataires mixtes déclarent deux vacations supérieures à 50 h, l'une publique, l'autre privée.

Malgré cette marge d'imprécision dans les données, les 30,8% de temps partiels publics et privés et de vacations fournissent un ordre de grandeur de la part des diplômés n'ayant pas encore trouvé leur activité complète et définitive.

Le nombre des emplois différents exercés par un même diplômé peut également être une dimension intéressante à examiner dans cette perspective.

Le questionnaire soumis aux diplômés permettait de saisir, au maximum, deux emplois publics et deux emplois privés par individu.

TABLEAU 26
Structure des emplois (nombre d'emplois exercés)

Nombre d'emplois exercés	Effectifs	Pourcentages
Un seul emploi	4 333	72,8
dont : un seul emploi public.....	2 187	36,7
un seul emploi privé.....	2 146	36,1
Deux emplois	1 380	23,1
dont : deux emplois publics.....	522	8,8
deux emplois privés.....	136	2,3
un emploi public et un emploi privé.....	722	12,1
Trois emplois	212	3,6
dont : deux emplois publics et un privé.....	130	2,2
deux emplois privés et un public.....	82	1,4
Quatre emplois (deux publics et deux privés)	29	0,5
Total	5 954	100

Mais le nombre des emplois est surtout intéressant à considérer en association avec les catégories : emplois principaux, emplois secondaires, emplois non médicaux. On constate alors que :

- **les emplois principaux sont uniques dans 80% des cas ;**
 - **les emplois secondaires ne le sont que dans 60% des cas, ce qui semble indiquer qu'il est plus souvent nécessaire de les compléter par un, deux ou trois autres emplois ;**
 - **les emplois non-médicaux sont tous des emplois uniques ce qui semble marquer dans ce cas, la réorientation des diplômés vers d'autres types d'activités, ou la poursuite exclusive d'une activité « alimentaire » non médicale.**
- **Les rémunérations** peuvent également constituer un critère de classement pertinent, pour étudier la structure des emplois d'insertion.

Le questionnaire permet de connaître en particulier le revenu net total perçu au mois de mars 1979. On a pour cette question un taux de réponses élevé puisque seuls 583 diplômés, représentant 9,8% de tous les actifs occupés, n'ont pas répondu.

Pour présenter ces résultats, on a évité de recourir au revenu moyen, préférant retenir les dispersions selon des tranches de revenu, qui renseignent mieux sur la diversité des situations.

D'une façon générale, la structure des rémunérations semble confirmer le caractère transitoire et/ou partiel d'une partie des activités d'insertion. En effet, une proportion non négligeable des revenus ne correspond pas à un emploi à temps plein mettant en œuvre les qualifications acquises.

TABLEAU 27
Répartition des diplômés actifs selon le niveau de rémunération en %

Niveau de rémunération	Moins de 1 800 F	De 1 800 F à 2 999 F	De 3 000 F à 4 999 F	De 5 000 F à 6 999 F	7 000 F et plus	Total
Pourcentage...	9,3	11,7	23,4	24,7	31,0	100

- **21% des diplômés occupés ont un revenu inférieur à 3 000 francs en mars 1979.**
- **Moins d'un tiers de diplômés occupant un emploi gagne 7 000 francs ou plus.**

Les tendances que l'on peut déceler en rapprochant les emplois des rémunérations sont principalement les suivantes.

- **Les emplois principaux sont nettement mieux rémunérés que les emplois secondaires**, ce qui confirme la pertinence du découpage retenu (proportion des rémunérations égales ou supérieures à 7 000 F : 43% pour les premiers, 9% pour les seconds).
- **A l'intérieur de chaque groupe, les catégories d'emplois privés apparaissent mieux rémunérées que les emplois publics** (médecins libéraux : 48,6% de 7 000 F et plus, autres emplois principaux privés : 47,2%, contre 36,5% aux emplois hospitaliers principaux, et 26,8% aux autres emplois publics principaux).
- **L'exercice libéral, surtout masculin et plus encore l'exercice libéral spécialisé, révèlent les plus fortes proportions de rémunérations de 7 000 F et plus** (respectivement 48,6 et 53,3, les généralistes atteignant 48%) ; cette position privilégiée correspond à un accès rapide à une activité définitive.
- **Les emplois hospitaliers secondaires, et les autres emplois publics secondaires, surtout féminins, sont très faiblement rémunérés.**

Il paraît difficile d'aller au-delà de ces simples constatations, on manque en effet de références pour interpréter ces résultats ; les seules études relatives aux rémunérations de médecins (18) sont anciennes et trop globales pour permettre d'effectuer utilement des comparaisons.

(18) Cf. : Y. Chassard, R. Jaulent et P. Madinier, sous la direction de J. Meraud, «**Les revenus des médecins libéraux conventionnés 1971-1976**», Documents du CERC n° 32, Paris, la Documentation Française, 1976.

Chapitre 2

LES STRATÉGIES D'INSERTION

Pour étudier les comportements d'insertion on met en relation successivement les situations professionnelles, puis les emplois avec les profils (cf. § I. Situations professionnelles et profils et § II. Emplois et profils). On complète cette analyse en rappelant pour chacun des groupes d'emplois les principaux résultats obtenus.

I. Situations professionnelles et profils

Lorsque l'on examine les situations professionnelles en regroupant les diplômés selon huit profils (sexe et formations médicales) quelques variations apparaissent :

TABLEAU 28
Situation professionnelle en fonction de la formation et du sexe

Profils / Situation	Formation générale		Formation spécialisée		Internat non CHU		Internat CHU		Total
	H	F	H	F	H	F	H	F	
Actif occupé	79,8	69,5	81,9	76,3	90,4	88,8	95,5	91,3	82,0
Recherche d'emploi	9,5	15,9	5,1	9,1	1,8	5,2	1,0	5,4	7,1
Inactivité	10,6	14,6	13,0	14,5	7,8	5,9	3,5	2,7	10,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectifs	1 644	574	1 650	1 543	628	296	807	147	7 289
Taux de chômage	10,6	18,6	5,9	10,7	2,0	5,5	1,0	5,6	

On constate d'abord des écarts assez marqués entre les situations des hommes et des femmes à l'intérieur de chaque formation ; cet effet se modifiant de façon sensible d'une formation à l'autre.

Le taux d'occupation des hommes est toujours supérieur à celui des femmes, quelle que soit la formation ; cependant, l'écart se réduit de la formation générale à la formation spécialisée et aux internats.

Le taux de chômage des femmes est toujours supérieur à celui des hommes quelle que soit la formation ; l'écart s'accroît de la formation générale à la formation spécialisée et aux internats.

Le taux d'inactivité des hommes est inférieur à celui des femmes pour les deux formations générales et spécialisées ; il est supérieur à celui des femmes pour les internats.

Les différences de position professionnelle liées au sexe des diplômés doivent être interprétées à l'aide de plusieurs hypothèses :

— Une première hypothèse suppose des difficultés plus grandes pour les femmes à accéder à certains emplois, relativement peu nombreux et pour lesquels les diplômés vont donc entrer en concurrence. Dans ce cas, les normes de recrutement pourraient favoriser les hommes. C'est ce qui expliquerait par exemple l'importance de l'écart des recherches d'emploi à l'intérieur de l'internat CHU (1% pour les hommes contre 5,4% pour les femmes). L'engagement exigé des étudiants dans cette filière est peu compatible avec une inactivité volontaire qui apparaît effectivement très faible (celle des hommes résultant pour une large part du service militaire), la situation de recherche d'emploi y est donc bien involontaire, et l'écart apparaît dès lors significatif d'une certaine inégalité entre les sexes.

— Une seconde hypothèse retient la possibilité de projets professionnels différents entre les hommes et les femmes à l'intérieur d'une même filière ; visant des emplois distincts, les diplômés peuvent fort bien se trouver provisoirement devant des débouchés professionnels différents. Si conformément aux normes générales de conduite évoquées plus haut, les hommes s'orientent rapidement vers l'exercice libéral alors que les femmes aspirent à des emplois moins accaparants, il peut en résulter des délais d'insertion plus brefs pour les hommes, qui expliqueraient une partie des écarts, pour l'activité et pour la recherche d'emploi, dans les filières de formation générale et spécialisée.

Une troisième hypothèse pose que ces mêmes normes vont conduire à des attitudes tranchées vis-à-vis de l'inactivité volontaire. Les disparités qui apparaissent dans le tableau peuvent être considérées comme sous-estimées du fait que le taux d'inactivité des hommes rend compte aussi du service militaire.

Les normes sur lesquelles repose l'effet sexe semblent par ailleurs liées au rôles familiaux respectifs des hommes et des femmes ; il faut donc examiner l'incidence du statut matrimonial sur les situations professionnelles.

On remarque ainsi que les diplômés mariés ont un taux d'occupation (83,6%) supérieur à celui des diplômés célibataires veufs ou divorcés (77,7%) et un taux de recherche d'emploi inférieur (6,5 contre 8,6%). Mais ces résultats très globaux demandent à être ventilés selon le sexe, ce qui permet d'observer des disparités intéressantes.

TABLEAU 29
Situation professionnelle en fonction du sexe et de l'état matrimonial en %

	Hommes		Femmes		Total	
	mariés	célibat.	mariées	célibat.	Hommes	Femmes
Occupation.....	88,4	71,7	72,4	84,6	84,6	77,0
Recherche emploi	4,6	8,5	10,8	8,8	5,5	10,0
Inactivité	7,0	19,8	16,8	6,6	9,9	12,9
Total.....	100	100	100	100	100	100
Taux de chômage	4,9	10,6	13,0	9,4	6,1	11,5

• Chez les hommes ce sont les individus mariés qui représentent la plus forte proportion d'actifs occupés (88,4 contre 71,7 pour les hommes célibataires), alors que chez les femmes, ce sont les célibataires qui sont le plus souvent actives occupées (84,6 contre 72,4 pour les femmes mariées).

• Cette inversion se maintient pour les autres catégories de situation : les hommes célibataires sont le plus souvent à la recherche d'un emploi et inactifs ; au contraire, ce sont les femmes mariées qui se retrouvent surtout dans cette situation.

Les rôles familiaux jouent donc effectivement pour les diplômés mariés : taux important d'activité pour les hommes, taux important d'inactivité pour les femmes.

Chez les diplômés célibataires, les écarts sont remarquablement réduits (19) en l'absence de différenciations liées aux obligations familiales, et les comportements semblent être à peu près identiques ; les écarts concernant l'activité sont dûs à l'incidence du service militaire.

Revenant maintenant à l'analyse du tableau principal (tableau 28) on y décèle également une influence propre aux formations en confrontant les situations de filière à filière pour l'un ou l'autre sexe.

(19) Ce résultat doit être souligné dans la mesure où les risques de chômage des hommes et des femmes sont généralement assez contrastés.

Le taux d'occupation professionnelle augmente avec le niveau de formation quel que soit le sexe.

Le taux de recherche d'emploi diminue avec le niveau de formation.

L'inactivité touche surtout la formation générale et la formation spécialisée, mais très peu d'internats CHU.

La relation occupation-niveau de formation se retrouve à l'intérieur même des internats quand on distingue les spécialistes des non spécialistes.

— Internats non-CHU ensemble	→ 90,0
dont ● spécialistes	→ 91,3
● non-spécialistes	→ 86,9
— internats CHU ensemble	→ 95,0
dont ● spécialistes	→ 98,7
● non-spécialistes	→ 88,1

Cette relation n'est pourtant ni aussi simple ni aussi générale et elle ne résume pas l'effet de formation. Il faut en effet souligner que les différences de situation professionnelle associées aux formations proviennent du fait que ces formations conduisent à des emplois différents et qu'elles ne sont pas seulement des voies d'accès plus ou moins efficaces vers des emplois identiques. On peut rappeler que :

- certaines formations sont dispensées dans le cadre d'une activité ; les étudiants qui les suivent seront donc automatiquement dans la catégorie des actifs occupés ; ainsi en est-il pour les diplômés qui n'ont pas encore terminé leur internat ;
- certaines formations donnent accès de manière plus ou moins directe à des emplois ou à une filière spécifiques ;
- certaines formations enfin fournissent un éventail de choix plus large que d'autres.

II. Emplois et profils

Pour essayer d'expliquer la structure d'emplois observée, on recherche les facteurs qui contribuent à sa constitution.

La structure des emplois résulte des choix sous contrainte effectués par les diplômés, dans le cadre de leurs stratégies professionnelles. Ces choix paraissent doublement conditionnés, d'abord par les choix antérieurs relatifs à la formation médicale, mais aussi, et surtout par les orientations professionnelles générales qui semblent être associées au sexe. Ainsi, pour chaque diplômé, ces antécédents limitent les modalités d'insertion envisageable et pèsent sur les décisions prises.

TABLEAU 30
Emplois occupés en fonction du sexe et de la formation

Profils Emplois	Formation générale		Formation spécialisée		Internat non CHU		Internat CHU		Total
	H	F	H	F	H	F	H	F	
Médecins libéraux généralistes	1 051 57,9 80	182 10 45,7	279 15,4 20,8	86 4,7 7,3	176 9,7 31	17 1 7,1	23 1,3 3	—	1 814 100 30,5
Médecins libéraux spécialistes	12 4,8 0,9	—	105 42,2 7,7	62 24,9 5,2	32 12,9 5,6	13 5,2 5,4	21 8,4 2,7	4 1,6 3	249 100 4,2
Total médecins libéraux	1 063 51,5 80,9	182 8,8 45,7	384 18,6 28,5	148 7,2 12,5	208 10,1 36,6	30 1,5 12,6	44 2,2 5,7	4 0,2 3	2 063 100 34,7
Emplois hospitaliers publics principaux	37 3,7 2,8	24 2,4 6	151 15 11,2	83 8,3 7	89 8,9 15,7	24 2,4 10	511 51,1 66,3	82 8,2 60,7	1 001 100 16,8
Autres emplois publics principaux	35 10,2 2,7	41 11,9 10,3	56 16,3 4,2	173 50,3 14,7	8 2,4 1,4	15 4,3 6,3	16 4,7 2	—	344 100 5,8
Autres emplois privés principaux	56 15,6 4,3	42 11,7 10,5	106 29,5 7,9	127 35,4 10,8	17 4,7 2,9	4 1,1 1,7	3 0,8 0,4	4 1,1 3	359 100 6
Total autres emplois principaux	128 7,5 9,8	107 6,3 26,8	313 18,4 23,3	383 22,5 32,5	114 6,7 20	43 2,5 18	530 31 68,7	86 5,0 63,7	1 704 100 28,7
Total emplois principaux	1 191 31,6 90,7	289 7,7 72,5	697 18,5 51,8	531 14,1 45	322 8,6 56,7	73 1,9 30,5	574 15,3 74,4	90 2,3 66,6	3 767 100 63,4
Emplois hospitaliers secondaires	48 2,7 3,6	70 4 17,6	469 26,7 34,9	530 30,2 45,2	243 13,8 42,8	163 9,3 68,2	189 10,7 24,5	45 2,5 33,3	1 757 100 29,6
Autres emplois publics secondaires	—	4 11,1 1	9 25 0,7	23 63,9 2	—	—	—	—	36 100 0,6
Emplois privés secondaires	59 19,6 4,5	28 9,3 7	144 47,8 10,7	60 19,9 5,1	3 1 0,5	3 1 1,3	4 1,3 0,5	—	301 100 5,1
Total emplois secondaires	107 5,1 8,1	102 4,9 25,6	622 29,7 46,3	613 29,3 52,3	246 11,8 43,3	166 7,9 69,5	193 9,2 25,0	45 2,1 33,3	2 094 100 35,2
Emplois non-médicaux	14 16,9 1,1	8 9,6 2	28 33,7 2,1	29 34,9 2,5	—	—	4 4,8 0,5	—	83 100 1,4
Ensemble des emplois	1 312 22 100	399 6,7 100	1 347 22,7 100	1 173 19,7 100	568 9,5 100	239 4,1 100	771 13,0 100	135 2,3 100	5 944 100 100

En d'autres termes, l'insertion n'apparaît pas comme un moment isolé, mais comme une étape dans un processus de détermination d'une position professionnelle; il convient donc de l'étudier comme telle, en essayant de retracer des parcours conduisant aux différents types d'emploi. Pour y parvenir, on rapproche emplois et profils afin d'en dégager les relations (effet du sexe ou de la formation) et d'en tirer des interprétations permettant de préciser le sens des stratégies mises en œuvre (tableau 30) (20).

La différenciation des emplois selon le sexe peut être mise en évidence en comparant les structures d'emplois respectives des hommes et des femmes à l'intérieur de chaque formation. On constate que toutes filières confondues **les hommes ont plus souvent un emploi principal que les femmes**. Toutes formations confondues, on obtient les structures d'emplois représentées dans le tableau 31. On observe que **dans 70 % des cas l'activité des hommes s'exerce dans un emploi principal contre 50 % seulement pour les femmes**.

TABLEAU 31
Structure des emplois selon le sexe

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Emplois principaux	2 784	69,6	980	50,7
dont : médecins libéraux	1 699	42,5	364	18,8
autres emplois principaux	1 085	27,1	616	31,9
Emplois secondaires	1 168	29,2	917	47,4
Emplois non-médicaux	46	1,2	37	1,9
Total	3 998	100	1 934	100

Cet écart tient principalement au fait que pour les hommes, l'emploi de médecin libéral est le plus souvent exercé (42 %), et qu'il l'est très peu pour les femmes (18,3); symétriquement les femmes possèdent beaucoup plus souvent que les hommes un emploi hospitalier secondaire (41,3 contre 23,7).

Lorsque l'on prend en compte, simultanément, le statut matrimonial on note quelques disparités supplémentaires.

La proportion des hommes célibataires installés comme médecins libéraux est plus faible que celle des hommes mariés (29,6 contre 45,5);

(20) Concernant le tableau 30, il convient de remarquer que certains effectifs étant très faibles, tous les pourcentages ne sont pas nécessairement significatifs.

en contrepartie, ils possèdent plus souvent un « autre emploi principal » (32,9 contre 25,8).

Les femmes mariées ont, un peu plus souvent que les femmes célibataires, un emploi principal (52,8 contre 47,7).

L'effet formation sur l'emploi est naturellement très marqué lorsque l'on rapproche dans le tableau 30 pour un même sexe, les structures d'emploi associées aux différentes filières.

Des résultats moins précis mais plus synthétiques sont obtenus en regroupant hommes et femmes.

TABLEAU 32
Structure des emplois selon la formation

Emplois \ Formation	Formation générale	Formation spécialisée	Internat non CHU	Internat CHU
Emplois principaux.....	86,5	48,7	48,9	73,3
Dont médecins libéraux.....	72,8	21,1	29,5	5,3
Dont autres emplois principaux....	13,7	27,6	19,5	68,0
Emplois secondaires.....	19,2	49,0	51,0	26,0
Emplois non-médicaux.....	1,3	2,3	0	0,4
Total.....	100	100	100	100
Effectifs.....	1 711	2 520	807	906

On constate que c'est la formation générale qui fournit la plus forte proportion d'emplois principaux 86,5% (essentiellement des emplois de médecins libéraux 72,8%), suivie par l'internat CHU 73,3% (essentiellement des emplois hospitaliers principaux 68%).

Les diplômés issus des filières formation spécialisée et internat non CHU se répartissent de façon égale entre les emplois principaux et les emplois secondaires. Cependant si l'on distingue dans la filière internat non CHU les spécialistes et les non-spécialistes on observe que les premiers occupent des emplois principaux dans 40% des cas alors que ce pourcentage atteint 70% pour les seconds (principalement en exercice libéral).

Pour comprendre ces relations, il convient de les replacer dans le cadre des stratégies professionnelles développées par les diplômés, ce qui conduit à réexaminer le tableau 30 afin d'interpréter les articulations sexe-formation-emploi d'insertion, pour chaque profil.

— **Les hommes ayant suivi la filière formation générale.** Ils représentent un tiers de l'effectif masculin (1 312 personnes) et sont généralistes dans 80% des cas. Il s'agit de la stratégie la plus directe et la plus massive, consistant après la formation de base, à exercer la médecine libérale. Naturellement, cette unité de comportement ne signifie pas uniformité des situations concrètes, l'étude des groupes d'emploi qui suit, montre que l'exercice libéral recouvre de nombreuses différences en matière de localisation, de revenu, d'association, etc.

— **Les femmes ayant suivi la filière formation générale** sont beaucoup moins nombreuses en valeur absolue (399) et relative (20% des femmes) et leur insertion est plus dispersée. Une forte minorité (45% soit 182 personnes) choisit de s'installer comme généraliste, il y a donc sur ce point une divergence des situations, les femmes se trouvant, à formation identique, beaucoup plus rarement en exercice libéral. Par contre, on les trouve plus fréquemment (26,8%) que les hommes (9,8%) dans un autre emploi principal privé, public ou hospitalier, et généralement salariées. Elles occupent plus souvent des emplois secondaires, surtout hospitaliers (25% contre 8,1% pour les hommes). A l'intérieur de ce profil, on peut donc supposer qu'il y a plusieurs stratégies se traduisant par des insertions différentes: insertion directe en exercice libéral, insertion directe dans un emploi salarié, insertion provisoire dans un emploi d'attente.

— **Les hommes ayant suivi la formation spécialisée.** Ils sont 1 347 représentant un tiers des hommes occupés. Compte tenu de la forte hétérogénéité de cette formation et du fait qu'il s'agit aussi bien de spécialisation terminée qu'en cours, on s'explique la variété des emplois occupés. Au premier rang on trouve les emplois hospitaliers secondaires (34,9%) qui doivent correspondre en partie à des situations provisoires de fin de formation ou d'attente, l'exercice libéral se situe au second rang (28,5%), constitué pour l'essentiel par des généralistes (20,8%), les spécialistes installés apparaissent très minoritaires (7,7%).

— **Les femmes ayant suivi la formation spécialisée.** On sait qu'il s'agit de la filière privilégiée par les femmes; 1 173 qui apparaissent sous ce profil représentent 60% des femmes actives. La dispersion des emplois est comparable à celle des hommes, mais dans un ordre et des proportions différents. D'abord les femmes occupent beaucoup plus fréquemment des emplois hospitaliers secondaires (45,2%) et exercent beaucoup moins fréquemment comme médecin libéral; lorsqu'elles le font, c'est comme spécialistes plus souvent que les hommes. De plus, elles ont un autre emploi principal public ou privé dans 25,5% des cas (contre 12,1% pour les hommes). Ces disparités sont conformes aux hypothèses générales selon lesquelles les femmes sont peu nombreuses en exercice libéral, en particulier en tant que généraliste, et qu'elles occupent de préférence des emplois salariés.

— **Les hommes internes non CHU** (15% des hommes actifs). Ils exercent d'abord des emplois hospitaliers secondaires (42,8%) puis de généralistes

(31% ; spécialiste, 5,6%). Ils sont relativement peu nombreux à occuper des postes hospitaliers principaux (15,7%).

— En distinguant à l'intérieur de ce profil, les diplômés possédant ou préparant une spécialisation, on observe des écarts importants, l'absence de spécialisation conduisant à privilégier considérablement l'exercice libéral (64,1% contre 23,7% avec une spécialisation). Alors qu'à la spécialisation sont associées des activités hospitalières secondaires (51,7% contre 23,8% sans spécialisation) et principales (18,3% contre 10). Les projets professionnels qui sous-tendent ce profil sont donc probablement orientés d'une part vers l'exercice libéral et d'autre part vers la carrière hospitalière.

— **Les femmes internes non CHU** (12% des femmes actives). Elles occupent essentiellement des emplois hospitaliers secondaires (68,2% contre 42,8% pour les hommes) et quelques unes exercent librement (12,6% contre 36,6% pour les hommes). La distinction avec ou sans spécialisation va dans le même sens que pour les hommes.

— **Les hommes internes CHU**. Ils représentent 19% des hommes occupés ; ils exercent des emplois hospitaliers soit principaux (66,3%) soit secondaires (25%).

— **Les femmes internes CHU** (7% des femmes occupées) possèdent une structure d'emplois comparable à celle des hommes : emplois hospitaliers principaux (60,7%), emplois hospitaliers secondaires (33,3%).

III. Les groupes d'emploi

Il a paru utile de rassembler les principaux résultats obtenus afin de caractériser les différents groupes d'emploi d'insertion (21).

LES MÉDECINS LIBÉRAUX

On examine successivement leurs caractéristiques générales puis les questions concernant leur installation, en commençant par quelques chiffres portant sur le groupe d'emploi.

— L'effectif des médecins libéraux atteint 2 063 personnes ce qui représente 34,7% de l'ensemble des emplois.

— Ce sont des hommes dans 84,3% des cas (71,4% mariés) ; ces traits semblent être caractéristiques de l'emploi, puisque pour l'ensemble des diplômés, ces pourcentages ne s'élèvent respectivement qu'à 65,1 et 54,6.

— Près des trois quarts (71,1%) des généralistes ont commencé à travailler en 1978 et un quart (23,5%) en 1979 ; c'est-à-dire très vite

(21) Cf. contenu des différents groupes pp. 57 et suivantes.

après la soutenance de la thèse, les spécialistes ont commencé un peu plus tard : 60 % en 1978 et 40 % en 1979.

- Ces médecins libéraux ont suivi la filière formation générale dans 60,3 % des cas (contre 30,5 % pour l'ensemble des diplômés) ou la filière formation spécialisée, dans 25 % des cas (44 % pour l'ensemble des diplômés).
- L'ensemble des libéraux est surtout constitué par des généralistes (87,9 %) et de quelques spécialistes (12,1 %).

Il s'agit d'un groupe d'emploi au sein duquel les différences hommes-femmes sont marquées.

Ainsi, pour les libéraux-hommes on relève les caractéristiques suivantes :

- les hommes sont au nombre de 1 699, ils représentent 28,6 % de tous les emplois ;
- la proportion de généralistes est plus élevée (90 %) que pour l'ensemble des libéraux des deux sexes ;
- les libéraux-hommes possèdent plus souvent un emploi unique (77,3 %) que la moyenne des libéraux.

Contrairement à ce qui se passe pour les hommes, l'exercice libéral ne semble pas attirer d'emblée beaucoup de femmes. On en compte 364 ce qui correspond à 6 % de tous les emplois et à 17,6 % de tous les libéraux.

- Les libéraux-femmes sont, un peu plus souvent installées comme spécialistes (21,7 % contre 10 % pour les hommes).

Concernant l'installation, il paraît surtout utile d'examiner la localisation géographique et les formes de pratique.

La localisation géographique des docteurs qui s'installent en médecine libérale, mérite un peu d'attention dans la mesure où elle révèle d'assez fortes disparités par rapport à la répartition de l'ensemble des diplômés et marque peut être une certaine évolution des comportements.

Dans 55 % des cas, les médecins libéraux débutants exercent dans des communes de moins de 20 000 habitants (28 % pour l'ensemble des diplômés actifs).

Pour ceux qui sont médecins libéraux et généralistes, le pourcentage s'élève à 58,5 ; 25 % de ces généralistes sont même installés dans des communes de moins de 2 000 habitants.

Pour les spécialistes, 30 % seulement travaillent dans des communes de moins de 20 000 habitants.

Les hommes ayant opté pour la médecine libérale sont nombreux à s'installer dans les petites communes. Ainsi, dans les communes de

moins de 2 000 habitants, ils représentent 75% de l'ensemble des nouveaux médecins et 97,7% des libéraux qui s'y installent. Ces proportions deviennent respectivement 67,5% et 88,7% pour les communes de 2 000 et 5 000, puis 44% et 83,9% pour celles de 5 000 à 20 000. Ils ne représentent plus que 10,9% des médecins dans les villes de 200 000 habitants et plus, dont 22,6% de spécialistes.

Outre le fait que les jeunes médecins libéraux s'installent massivement dans de petites communes, on constate également qu'il s'agit de départements à faible densité médicale: 58% des nouveaux médecins libéraux sont installés dans les départements à faible densité médicale (44% pour l'ensemble des diplômés).

Quant à la région ils se partagent entre régions à forte densité (51%) et régions à faible densité (49%).

Ce sont les nouveaux médecins libéraux généralistes que l'on va trouver le plus souvent dans les départements (60%) et les régions (80,5%) à faible densité médicale.

Dans 75% des cas les diplômés qui s'installent en exercice libéral ont créé leur cabinet, contre 25% qui l'ont racheté, cette proportion de créations par rapport aux rachats est plus élevée pour les spécialistes (84,5%) que pour les généralistes (74,5%). On constate également que ce sont les diplômés issus de la CSP ouvriers qui rachètent le plus souvent leur cabinet (42,9%).

514 médecins libéraux déclarent exercer en groupe, ils représentent 25% des libéraux; ce pourcentage est un peu plus fort pour les spécialistes que pour les généralistes.

Ce pourcentage paraît relativement faible, si on le compare par exemple aux résultats de l'enquête de la commission Fougère en 1976 qui indique que 29% du total des médecins libéraux exerçaient en groupe et surtout que ce phénomène était d'autant plus marqué que les médecins étaient jeunes (pour les plus de 60 ans la proportion est de 6%, pour les 41-60 elle est de 34% et pour les jeunes elle s'élève à 41%). L'enquête de Bui Dang Ha Doan et D. Levy effectuée en 1977 sur les libéraux installés en 1974, donne un chiffre de 43%. Cet écart ne provient certainement pas d'une mutation brutale des comportements, mais dévoile plutôt certains détails des procédures d'insertion. Les libéraux recensés ici sont ceux qui ont adopté une stratégie d'installation rapide, visant sans doute à occuper le terrain. Trois phénomènes complémentaires risquent donc de rehausser l'importance relative des groupes. En premier lieu, pour certains d'entre eux, c'est l'expérience des difficultés de la pratique en solo qui va les amener à envisager de participer à un groupe. En second lieu, la constitution d'un groupe s'avère une opération délicate et qui prend du temps, il faut donc admettre que parmi les médecins libéraux en cabinet individuel, un certain nombre participeront à un groupe dès

qu'ils le pourront; les 43% relevés par l'enquête de Bui et Levy (22) concernaient des libéraux en exercice depuis trois ans, et ayant donc eu le temps de trouver des associés. En troisième lieu, une partie des diplômés occupant actuellement des emplois non libéraux, au chômage ou inactifs, va s'installer en exercice libéral à terme assez rapproché et l'on peut supposer que cette installation différée s'accompagne d'un plus fort taux de groupe parce que les intéressés auront disposé de plus de temps pour la préparer.

Dans plus de la moitié des cas (55,9%) le groupe est constitué de deux médecins, dans un quart des cas (25,7%) de trois médecins.

C'est dans les communes de 5 000 à 20 000 et de 20 000 à 50 000 que la proportion des libéraux travaillant en groupe est la plus forte.

15% des médecins libéraux exerçant en groupe déclarent employer du personnel paramédical.

De façon générale, deux tiers des médecins libéraux gardent des relations avec un CHU ou un hôpital voisin. On ne connaît pas la nature exacte de ces relations, ni leur fréquence, ni leur stabilité mais on peut supposer qu'elles indiquent un désir de ne pas être professionnellement trop isolé.

LES « AUTRES EMPLOIS PRINCIPAUX »

Le groupe des « autres emplois principaux » recouvre trois catégories d'emplois: les emplois hospitaliers publics principaux, les autres emplois publics principaux, les autres emplois privés principaux. Ce groupe accueille 28,6% de tous les diplômés occupés. On examine successivement ces trois catégories d'emplois.

Les emplois hospitaliers publics principaux

- Ces emplois représentent 1 001 personnes, c'est-à-dire 16,8% de tous les emplois.

Du fait de proximité de la soutenance de thèse on trouve en majorité des emplois de chef de clinique (389 soit 38,9%) et d'assistants des universités — assistants des hôpitaux (257 soit 25%).

- Ils sont surtout occupés par des hommes (78,7% contre 21,3% de femmes).

- Il s'agit principalement d'emplois uniques (76,4%); dans 20,8% des cas seulement, on trouve deux emplois et pour 2,8%, trois emplois.

- La grande majorité (73%) des diplômés travaillant dans cette catégorie d'emplois, ont commencé en 1978. On peut penser qu'ils ont soutenu

(22) M. Bui Dang Ha Doan et D. Levy, « Les nouveaux médecins », *op. cit.*

leur thèse en accédant aux emplois de cette catégorie qui nécessitent le titre de docteur.

- 60% des diplômés titulaires d'un emploi hospitalier principal possèdent un internat CHU, 70% possèdent un internat (CHU ou non); 23% ont une formation spécialisée sans internat. Il s'agit donc du mode d'insertion le plus exigeant en matière de formation.

Du fait de la localisation des hôpitaux, 87% des emplois hospitaliers principaux sont situés dans des communes de plus de 50 000 habitants, 60% dans des communes de plus de 200 000 habitants et 71,5% dans des départements à forte ou moyenne densité médicale.

Les autres emplois publics principaux

- Ils occupent 344 personnes soit 5,8% de tous les emplois.

Il s'agit d'une catégorie assez hétérogène puisqu'on y trouve des médecins militaires, des médecins-conseils de la Sécurité sociale, des médecins salariés de collectivités publiques, mais ce sont les médecins scolaires des DASS qui viennent largement en tête (235 personnes, soit 58,3% de la catégorie). Les traits communs sont : le salariat, la faible part de l'activité de soin, une activité à horaires réguliers..., ces caractéristiques sont traditionnellement considérées comme celles recherchées par les femmes.

- Les femmes sont nettement majoritaires dans cette catégorie d'emplois (66,6%).

- Ces emplois sont presque exclusivement des emplois uniques (95,3%).

- La formation qui correspond à cette catégorie d'emploi est la formation spécialisée, celle des deux tiers des 344 personnes concernées. Les femmes possédant la formation spécialisée représentent plus de la moitié de cet effectif.

- Les emplois sont situés en majorité (55%) dans des départements à faible densité médicale, mais dans des communes de plus de 50 000 habitants (57,4% des cas). Il s'agit en effet principalement d'une médecine d'institution.

Les autres emplois privés principaux

Il s'agit de la médecine d'hospitalisation privée, des collectivités et des entreprises privées; et plus particulièrement, des emplois de médecin du travail dans les entreprises (165 personnes, 46% de la catégorie) et de médecin salarié des établissements d'hospitalisation privée (133 personnes, 37% de la catégorie).

- Les 359 personnes installées dans ces emplois représentent 6% de tous les actifs occupés.

- Il y a autant d'hommes que de femmes; cependant, des différences marquées s'observent entre les emplois particuliers, ainsi, pour les

médecins du travail dans les entreprises, on compte deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes, alors que pour les médecins salariés de l'hospitalisation privée, la proportion est inverse.

- Les emplois de cette catégorie sont presque exclusivement (92,8%) des emplois uniques. Les diplômés titulaires de cette catégorie d'emplois ont commencé à l'exercer en 1978 (60,9%) et 1979 (18,7%).
- La formation des diplômés possédant un emploi dans cette catégorie est surtout spécialisée (65% des cas).
- Ces emplois sont le plus souvent situés dans des départements à forte ou moyenne densité médicale (68%) et dans les villes de plus de 50 000 habitants (60%).

LES EMPLOIS SECONDAIRES

Les emplois secondaires peuvent être commodément décomposés en trois sous-ensembles : les emplois hospitaliers publics secondaires, les autres emplois publics secondaires, les emplois privés secondaires.

Les emplois hospitaliers publics secondaires

- Ils occupent 1 757 personnes c'est-à-dire 26,6% de tous les diplômés actifs, dont 1 047 (59,6%) ont un emploi unique, et en particulier un emploi d'interne (470 personnes soit 26,8%), de vacataire (958, soit 20,4%) et d'attaché (165, soit 9,4%).
- Il y a un peu plus d'hommes que de femmes (54% et 46%).
- Les titulaires de ces emplois ont commencé à y travailler en 1978 (47%) et 1977 (15,9%), mais 9,8% l'occupaient déjà en 1975.
- La formation spécialisée est celle qui accompagne le plus souvent les emplois de cette catégorie (56,9% des cas), suivie par celle d'interne non CHU spécialisé (19,3%).
- La moitié de ces emplois se trouvent dans des villes de plus de 200 000 habitants et les trois quarts dans des villes de plus de 50 000 habitants ; dans 62,9% des cas, ils se situent dans des départements à forte ou moyenne densité médicale.

Les autres emplois publics secondaires

Ce sont généralement des emplois féminins de vacataire, toujours en exercice multiple (2 ou 3 emplois) ; ils ne concernent que peu de diplômés actifs, moins de 1% du total.

Les emplois privés secondaires

- L'effectif de cette catégorie s'élève à 301 personnes, soit 5,1% des actifs occupés. Près des trois quarts (73,4%) sont des emplois uniques et parmi eux l'emploi de remplaçant concerne 214 personnes (71% de l'effectif de la catégorie). 70% de ces emplois sont occupés par des hommes.

- La formation correspondante est la formation spécialisée dans 68% des cas.
- Ces emplois sont localisés dans des communes de toutes tailles. Une faible majorité se trouve dans des départements à faible densité médicale.

LES EMPLOIS NON-MÉDICAUX

- Ils concernent 83 personnes soit 1,4% des actifs occupés ; 69 d'entre eux (soit 83%) ont une activité de recherche scientifique.
- 69% des personnes concernées ont suivi la filière formation spécialisée.

A l'issue de cette seconde partie, on peut considérer que le principal résultat obtenu est la mise en évidence de l'importance et de la variété des insertions provisoires, partielles, ou pré-professionnelles. En d'autres termes, quelques mois après la soutenance de la thèse, les caractéristiques de sexe, d'origine sociale et de formation médicale se recomposent sur le terrain des modalités d'accès à la vie professionnelle ; mais les configurations qui s'y dessinent, loin d'être d'emblée définitives, semblent se stabiliser à des rythmes et en empruntant des parcours très différents.

CONCLUSION

L'enquête met en lumière une multiplicité de voies d'insertion professionnelle qui correspondent aux stratégies adoptées par les diplômés, en fonction des capacités techniques, économiques, psychologiques et sociales dont ils disposent, ainsi que des contraintes qui régissent les divers secteurs de la pratique médicale.

Les modes d'insertion se définissent les uns par rapport aux autres en admettant quelquefois une certaine zone de superposition ; on peut distinguer semble-t-il les types suivants :

— le premier mode, celui de l'insertion directe, vise à accéder à une activité professionnelle conçue comme définitive. C'est l'itinéraire qui conduit à une installation en exercice libéral ou, dans une moindre mesure, à un autre emploi principal privé ou à un emploi public principal non-hospitalier ;

— le second mode est celui de l'insertion conditionnelle, il consiste à occuper une position dans une filière sans être sûr que l'on pourra y franchir les étapes qui mènent à un emploi définitif. Ce parcours est d'abord celui des titulaires d'un emploi hospitalier public principal qui ne sont pas encore parvenus au stade d'agrégés ou de chefs de service ;

— le troisième mode est celui de l'insertion de valorisation ; il s'agit d'avoir pendant une période limitée, une activité susceptible de procurer une expérience et un prestige permettant d'exercer ensuite un emploi définitif plus satisfaisant. Celle logique est celle des internes qui ne veulent ou ne peuvent pas poursuivre une carrière hospitalière ;

— le quatrième mode est celui de l'insertion d'apprentissage ou de sécurisation qui apparaît comme un complément de formation permettant d'acquérir dans un cadre institutionnel adapté, la connaissance des pratiques considérées comme indispensables par ces diplômés pour envisager un emploi définitif. Ce mode concerne les remplaçants et les emplois secondaires en général, particulièrement hospitaliers.

Dans la perspective de cette classification, l'inactivité apparaît bien comme une cinquième forme de choix qui peut revêtir des significations différentes. L'inactivité peut n'être qu'une insertion différée, une période d'attente nécessaire pour prendre une décision ou pour préparer une insertion ; elle peut être aussi le résultat d'un abandon provisoire ou définitif de la carrière médicale. Certains emplois secondaires très marginaux qui ne fournissent même l'expérience pratique utile à un exercice ultérieur, n'apparaissent pas très différents, du point de vue de l'insertion, de la situation d'inactivité.

Le chômage à son tour peut être interprété soit comme un moment volontaire d'attente et de préparation devant déboucher sur la réalisation

d'une insertion déjà conçue par les diplômés, soit comme une phase d'analyse de la situation devant déboucher sur l'élaboration d'une insertion réaliste.

Au terme de cette étude, on peut mieux cerner l'insertion comme une étape dans un long processus de différenciation ; c'est peut-être même un des stades ultimes précédant les positions professionnelles quasi définitives sur lesquelles l'étude de cheminement devrait fournir quelques précisions. Cette différenciation s'accompagne d'une hiérarchisation telle que les tendances de la démographie médicale paraissent conduire, au moins dans la période d'insertion, à une partition de l'exercice médical en formes centrales, intermédiaires et périphériques.

L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES DIPLÔMÉS EN PHARMACIE

*Alain CHARLOT
Département des Formations et Carrières*

INTRODUCTION

L'insertion des jeunes pharmaciens se situe dans le contexte d'une évolution rapide de la profession

Le nombre des diplômés d'état de pharmaciens délivrés, a triplé entre 1960 et 1977. L'augmentation s'est accélérée entre 1969 et 1972 pour se ralentir depuis, et se stabiliser autour de 3 200 diplômés par an.

L'enquête dont il est rendu compte ici, a été effectuée auprès des diplômés de 1978. Elle se situe donc dans un contexte de croissance encore importante du flux de diplômés. Cette augmentation du nombre de diplômés de pharmacien délivrés chaque année, exerce une forte influence sur le stock de pharmaciens en exercice : sur la période 1962-1970, l'effectif total des pharmaciens en activité s'est accru de 20 % et dans les cinq ans qui ont suivi il s'est accru de plus de 44 % dépassant les 30 000 dès 1975. Corps professionnel relativement âgé (1), la population se renouvelle en effet par des entrées de jeunes diplômés qui font plus que compenser les sorties vers la retraite. On observe donc un rajeunissement de la pyramide des âges de la profession.

Mais cette évolution a une seconde conséquence : ces jeunes diplômés qui entrent dans la vie active s'insèrent, pour la quasi-totalité des cas, dans des emplois salariés (2). Dès lors, la profession qui comptait il y a vingt ans, 20 % seulement de salariés en comporte aujourd'hui plus d'un tiers (3). Pour les seules officines, la part des pharmaciens assistants est passée de 24 % en 1973 à 27 % en 1977 (4), soit une augmentation de 8 % par an. Cette croissance est cependant inégale : les pharmaciens d'officine (5) ont enregistré sur la même période une augmentation de leurs effectifs beaucoup plus faible (moins de 2 % par an) tandis que les biologistes ont vu leurs effectifs multipliés par plus de trois dans le même temps.

Une transformation importante s'effectue donc dans la structure des emplois occupés par les pharmaciens : le développement des pharmaciens salariés semble bien être le fait marquant des changements qui affectent la profession depuis une dizaine d'années. Il semble que cette

(1) Un tiers des pharmaciens d'officine avaient plus de 55 ans en 1970.

(2) Les pharmaciens assistants sont salariés et assistent le pharmacien d'officine qui est le propriétaire de celle-ci.

(3) Cf. les tableaux : Santé et Sécurité sociale du ministère de la Santé, édition annuelle.

(4) B. Piens — « Les pharmaciens » : un secteur dont la croissance reste forte ». **Economie et statistique** n° 140, INSEE, 1980.

(5) Cf. tableaux Santé et Sécurité sociale 1970-1971 et annuaire des statistiques sanitaires et sociales — 1981 — (rétrospectif 1970-1980) ministère de la Solidarité nationale et ministère de la Santé.

extension du salariat puisse être reliée à la large féminisation des nouvelles générations de pharmaciens depuis les années 50 (6).

TABEAU 1
Evolution des effectifs de pharmaciens en activité
et indice d'accroissement sur la période 1962-1980

Catégories d'emploi	1962	1973	1980	Indice (1962 = 100)	
	en %	en %	en %	1973	1980
Pharmaciens propriétaires d'officine ..	78,5	65,2	55,3	119	138
Pharmaciens-assistants	11,7	19,6	26,8	240	447
Grossistes-répartiteurs	0,6	0,3	0,2	74	60
Fabricants	2,4	1,7	1,3	99	102
Biologistes	4,0	9,6	15,5	346	495
Pharmaciens en établissement hospitalier	2,1	3,1		206	
Mutualiste	0,6	0,5		120	
Total	100	100	100	144	195
<i>Effectif</i>	<i>19 354</i>	<i>27 835</i>	<i>37 820</i>		

Sources : Tableaux Santé et Sécurité sociale - édition annuelle ministère de la Santé (pour 1962 et 1973).
Conseil de l'Ordre (pour 1980).

L'objectif de l'enquête

La question que l'on peut se poser est alors de savoir de quelle façon les promotions de nouveaux pharmaciens diplômés s'intègrent aux pharmaciens en activité et comment ils contribuent à en modifier la structure.

L'enquête effectuée auprès des pharmaciens diplômés l'année suivant leur diplôme doit permettre de connaître les modalités d'accès à la vie professionnelle des jeunes pharmaciens et les difficultés de l'activité des pharmaciens : certaines situations sont temporaires et susceptibles d'évolutions plus ou moins importantes à terme.

Ainsi la forte proportion de non titulaires (faisant fonction d'internes) parmi les emplois de pharmaciens hospitaliers pose la question de la stabilisation professionnelle ultérieure.

L'enquête de cheminement réalisée en 1983 permettra donc de mieux appréhender l'insertion professionnelle des jeunes pharmaciens et d'évaluer à travers les premières années de celle-ci les modalités d'intégration à la profession.

(6) Le taux de féminisation parmi les étudiants de pharmacie était de 47% en 1939, de 53,8% en 1949, il s'élevait ensuite à près de 60% en 1959 pour se stabiliser depuis autour de ce niveau.

L'enquête

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble (7) des pharmaciens de nationalité française ayant obtenu leur diplôme d'état au cours de l'année universitaire 1977-1978. 2 820 diplômés ont été interrogés. Le taux de réponse brut s'est élevé à 62% et 1 751 questionnaires ont fait l'objet de l'exploitation (8).

L'investigation s'est déroulée par voie postale au printemps 1979, un premier envoi étant suivi de deux rappels auprès des non-répondants. La situation saisie est celle du mois de mars 1979. Le taux de réponse brut s'est élevé à 62% et 1 751 questionnaires ont fait l'objet de l'exploitation (9).

(7) En fait quelques universités ont transmis trop tardivement les listes d'étudiants diplômés et n'ont pu être incluses dans l'enquête (Montpellier I et partiellement Bordeaux II). Le taux de couverture est de 89%.

(8) Le taux de réponse brut est le suivant :
$$\frac{\text{Nombre de questionnaires retournés}}{\text{Nombre de questionnaires envoyés}} \times 100$$

(9) *Ibid.*

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES JEUNES PHARMACIENS

1. Une population féminine (les deux tiers) jeune et qui obtient son diplôme rapidement

Population largement féminine (67% de femmes), la population des diplômés de pharmacie est relativement jeune : la moitié de celle-ci est âgée de 23 ou 24 ans lors de l'obtention du diplôme. Si l'on considère que l'âge au baccalauréat est 18-19 ans, la durée des études de pharmacie étant de 5 ans, on peut donc dire que plus de la moitié des jeunes pharmaciens ont obtenu leur diplôme à l'âge « normal » c'est-à-dire rapidement et dans la continuité du baccalauréat. Les retards scolaires (10) sont d'ailleurs réduits, 90% de la population se situant dans l'intervalle 22-27 ans lors de l'obtention du diplôme.

TABLEAU 2
Age lors de l'obtention du diplôme

en %

Age en 1978	Sexe			Total
	Hommes	Femmes		
24 ans et moins.....	46,0	66,0		59,4
25 ans et plus.....	54,0	34,0		40,6
Total.....	100	100		100
Effectif.....	937	1 883		2 820

La population féminine est particulièrement jeune puisque les deux tiers ont obtenu leur diplôme avant l'âge de 25 ans, contre 46% seulement des hommes. Ainsi, les études de pharmacie sont caractérisées par une très grande continuité scolaire et un parcours très rapide à travers les études : on peut donc dire qu'elles fonctionnent sur le modèle des écoles, la prise d'une activité professionnelle intervenant rarement avant la fin de la période de formation (11).

(10) Pour cause de redoublement.

(11) Cf. ci-après : moins de 5% avaient pris un emploi pendant les études.

Cet aspect « scolaire » des études de pharmacie a comme conséquence un fort taux de départ au service militaire après le diplôme : plus de 41 % des hommes se déclarent au service militaire lors de l'enquête (12). Il explique également l'importance des célibataires dans cette population (61 %).

Les hommes sont cependant plus fréquemment mariés que les femmes (42 % contre 37,5 %) compte tenu de ce qu'ils terminent plus tard que les femmes leur cycle d'études.

2. Une origine sociale aisée, marquée par une très forte sur-représentation des professions libérales

L'origine sociale des diplômés en pharmacie montre une très forte sur-représentation des catégories aisées, (patrons de l'industrie et du commerce, cadres supérieurs et moyens) mais surtout la force de la tradition familiale à travers l'importance des jeunes pharmaciens dont les parents exerçaient une profession libérale, en général, eux-mêmes pharmaciens d'officine.

TABLEAU 3
Origine sociale des diplômés en pharmacie en 1978

Catégories socioprofessionnelles	CSP du père	Ensemble population active-RP75*	Indice de sur-représentation
Agriculteurs exploitants.....	9	7,6	1,18
Salariés agricoles	(ε)	1,7	(ε)
Patrons de l'industrie et du commerce	19	7,9	2,4
Professions libérales	12	0,8	15,0
Cadres supérieurs.....	27	5,9	4,58
Cadres moyens	16	12,7	1,28
Employés.....	5	17,6	0,28
Ouvriers.....	5	37,7	0,13
Autres	7	8,1	0,86
Total.....	100	100	—

* Observatoire EVA-CEREQ et recensement de la population 1975.

A l'inverse il faut remarquer la quasi-exclusion des enfants d'ouvriers et d'employés parmi les diplômés en pharmacie. Si ces caractéristiques

(12) En outre 23 % sont sursitaires, et 26 % exemptés ou réformés.

sont les mêmes pour les deux sexes, on observe cependant que cette sur-représentation est encore plus accentuée pour les fils de patrons de l'industrie du commerce, et de professions libérales. La tradition familiale et la reproduction sociale apparaissent donc plus renforcées pour les garçons que pour les filles.

3. Le baccalauréat D représente l'origine scolaire dominante (68%) suivi de la série C (26%)

3% seulement des pharmaciens sont titulaires du bac A, tandis que les baccalauréats de techniciens (F) représentent 2% seulement des baccalauréats. 1% environ ont une autre origine scolaire.

Les hommes sont plus fréquemment issus du bac C (30%) tandis que les femmes sont plus nombreuses à être titulaires des baccalauréats D et A (70% et 4%).

La date d'obtention du baccalauréat confirme la rapidité de parcours des étudiants dans les études de pharmacie : 68% ont obtenu le bac cinq ou six ans avant la date d'obtention du diplôme, intervalle qui correspond à la durée normale des études de pharmacie.

Chapitre II

LA FORMATION

1. Le diplôme de pharmacien: la prédominance de l'option officine

Quelle que soit l'option choisie en dernière année d'études, cette option conduit à un diplôme unique qui autorise l'exercice de la profession de pharmacien.

La répartition des pharmaciens entre les options est particulièrement inégale, et cette inégalité est encore plus accusée pour les femmes que pour les hommes.

TABLEAU 4
Répartition suivant les options

en %

Option	Hommes	Femmes	Total
Industrie	13	6	10
Officine	48	65	59
Biologie	39	29	31
Total	100	100	100
Effectif	937	1 883	2 820

2. L'internat en pharmacie

6,5% seulement ont obtenu l'internat, essentiellement au cours de l'année 1978, c'est-à-dire pendant ou à l'issue de leur dernière année (13). Les hommes sont plus nombreux à avoir obtenu le concours que les femmes (8,7% contre 5,4%). En outre, il s'agit des plus jeunes (77% avaient 24 ans ou moins), les internes féminins étant encore plus jeunes que les hommes (71,6% avaient entre 22-23 ans contre 42,7% des internes masculins). De plus la majorité (87%) des internes sont issus de l'option biologie.

(13) Le concours de l'internat est accessible dès l'entrée en quatrième année. Les internes en pharmacie sont nommés à l'issue du concours organisé annuellement pour une durée de quatre ans. Ils sont responsables devant le pharmacien de l'hôpital, ou le chef de laboratoire qui les dirige, de l'exécution des prescriptions médicales, et de tous les travaux qui leur sont confiés: préparation de médicaments, analyses médicales, cahier d'ordonnance...

3. Les spécialisations ultérieures

Lors de l'enquête, 1% seulement se déclare titulaire d'un certificat d'études supérieures (14), ce qui s'explique par le délai très court qui s'est écoulé depuis l'obtention du diplôme. Mais une proportion importante (35%) de ces jeunes diplômés poursuit des études au moment de l'enquête, essentiellement en vue d'une spécialisation pharmaceutique (certificats d'études supérieures, voire d'études spéciales).

La pré-spécialisation que représente l'option du diplôme terminal de pharmacien, est ici déterminante sur la poursuite ultérieure d'une formation, en vue d'un diplôme de spécialisation: l'option biologie est ainsi suivie dans plus de deux tiers des cas par une poursuite d'études, cette proportion tombant à 52% pour l'option industrie et devenant très rare (15%) pour l'option officine. En outre, la quasi-totalité (92%) des internes poursuivent des études en 1979 en vue d'une telle spécialisation (15).

L'option biologie, et dans une moindre mesure l'option industrie, constituent ainsi des présélections en vue de la préparation ultérieure d'une spécialisation plus poussée — type CES puis doctorat — qui conduit en principe à la recherche universitaire, ou industrielle, ou dans des laboratoires.

A l'inverse, l'option officine constitue un diplôme terminal préparant à une entrée rapide dans la vie active (16).

Par ailleurs, 8% sont titulaires également d'un autre diplôme universitaire que celui de pharmacien: essentiellement un diplôme scientifique de second ou troisième cycle en biologie, biochimie ou chimie.

Si l'option biologie constitue donc la première phase d'une spécialisation qui se poursuit dans la plupart des cas au delà du diplôme, les comportements masculins et féminins y sont plus différents dans les deux autres options: 72% des hommes et seulement deux tiers des femmes préparent une spécialisation à l'issue de cette option.

(14) Essentiellement en biologie humaine.

(15) 34% seulement des non internes poursuivent des études après le diplôme de pharmacien.

(16) Cette option comporte d'ailleurs le plus de jeunes pharmaciens mariés: 45% contre 35% et 29% respectivement pour l'option industrie et l'option biologie.

LA SITUATION AU MOMENT DE L'ENQUÊTE (MARS 1979)

1. L'existence du service militaire différencie les situations masculines et féminines neuf mois après le diplôme

TABLEAU 5
Situation suivant le sexe en %

Situation en mars 1979	Hommes	Femmes	Total
Actifs.....	52	90	77
Inactifs.....	48	10	23
dont : études.....	4,9	5,9	5,6
service militaire.....	41,5	—	13,8
raisons personnelles.....	1,6	4,1	3,6
Total.....	100	100	100

L'obtention du diplôme de pharmacien est suivie dans la plupart des cas d'une entrée sur le marché du travail, excepté pour les hommes dont l'inactivité importante s'explique par les départs au service militaire (41,5%); l'entrée dans la vie active se fait rapidement après le diplôme. Le niveau élevé de l'activité au moment de l'enquête confirme donc que la scolarité en pharmacie s'opère de manière identique à celle des écoles; la période de formation est suivie d'une rupture, et de l'entrée dans la vie active (17).

L'inactivité demeure dès lors très limitée (si l'on excepte le service militaire), et liée essentiellement soit à une poursuite d'études à temps plein, soit à des raisons personnelles pour les femmes.

Ce faible niveau de l'inactivité ne suppose pas pour autant une insertion professionnelle rapide pour tous les diplômés. L'importance des poursuites d'études, spécialement en vue d'acquies une spécialisation (cf. ci-dessus), mais également la nature de certains emplois (18) montrent l'existence de situations professionnelles temporaires et non encore stabilisées.

(17) Moins de 5% des étudiants de pharmacie avaient pris un emploi avant la fin des études.

(18) Cf. ci-après chapitre IV.

Les situations se différencient également en fonction de l'option du diplôme de pharmacien. L'option industrie présente les taux d'inactivité féminins et masculins les plus élevés. Mais le plus haut taux s'observe pour les femmes dans l'option officine, et pour les hommes dans l'option biologie. Ces observations sont à rapprocher des situations professionnelles propres à chacune de ces options : l'option officine conduit à une insertion rapide dans la vie active, à l'inverse, l'option biologie conduit plus fréquemment à des poursuites d'études ou à un type d'activité correspondant à des situations professionnelles d'attente et temporaires (19). En ce qui concerne l'option industrie, la situation est moins claire, des niveaux d'inactivité élevés coexistant avec des poursuites d'études encore importantes.

L'effet de la situation matrimoniale sur le niveau de l'inactivité est particulièrement important pour les situations masculines : ce sont en effet les hommes célibataires (20) qui sont le moins souvent actifs, et le plus fréquemment au service militaire.

TABEAU 6
Importance de l'inactivité selon la situation matrimoniale et le sexe en %

Sexe \ Situation matrimoniale	Mariés	célibataires
Hommes.....	30	60
Femmes.....	11	10

Les hommes mariés sont en effet, pour plus de la moitié d'entre eux, exemptés, réformés ou libérés du service militaire alors que 22% seulement des célibataires sont dans ce cas. Leur situation se rapproche ainsi de celle des femmes.

Pour celles-ci, l'influence de la situation familiale semble avoir un effet plus faible sur le niveau de l'inactivité. Elle est cependant manifeste en ce qui concerne la nature de l'inactivité : ainsi les raisons personnelles représentent les deux tiers des raisons de l'inactivité des femmes mariées (21), tandis que la poursuite d'études à temps plein constitue l'essentiel de l'inactivité des femmes célibataires.

2. Le chômage féminin est plus élevé que celui des hommes

La plupart ont accédé à un emploi rapidement : le taux de chômage au moment de l'enquête est de 11%, le taux masculin (9%) étant très

(19) Interne en pharmacie, faisant fonction d'interne, pharmacien gérant...

(20) Ils sont aussi les plus jeunes.

(21) Ces raisons sont à rapprocher également du fort taux de chômage observé pour les femmes mariées (mariage, maternité, mobilité géographique du mari...).

inférieur à celui des femmes (12%). Il est vrai que l'importance des stages en cours d'études et particulièrement lors de la cinquième année (22) a certainement un effet favorable sur l'accès au premier emploi.

Certains sont cependant à la recherche d'un emploi depuis plus de six mois c'est-à-dire depuis l'obtention de leur diplôme, spécialement les femmes.

TABLEAU 7
Ancienneté de la recherche d'emploi

en %

Durée du chômage	Total	Hommes	Femmes
Moins de 1 mois	20	36	16
1 à 3 mois	27	28	27
3 à 6 mois	25	28	25
+ de 6 mois.....	28	8	32
Total.....	100	100	100
Effectif.....	241	43	198

Ainsi, le tiers des femmes qui sont à la recherche d'un emploi le sont depuis plus de 6 mois, alors que cette proportion n'est que de 8% pour les hommes.

Quelle que soit l'option, les taux de chômage féminin sont toujours supérieurs à ceux des hommes: cependant l'écart demeure faible sauf pour l'option industrie où plus d'une femme active sur quatre se déclare au chômage.

TABLEAU 8
Taux de chômage

en %

Sexe \ Option	Industrie	Officine	Biologie	Total
Hommes	8,1	9,6	7,1	9
Femmes.....	25,9	10,5	11,6	12
Total.....	19,4	10,3	10,3	11

(22) La dernière année d'études comporte des enseignements théoriques par option et un stage de 13 semaines.

3. La situation familiale a une influence importante sur les niveaux du chômage

L'effet de la situation familiale sur le chômage est particulièrement homogène parmi les anciens étudiants de l'enseignement supérieur : les hommes mariés et les femmes célibataires ont les taux de chômage les plus bas. En revanche, les hommes célibataires et les femmes mariées ont les taux de chômage les plus élevés.

TABLEAU 9
Taux de chômage selon la situation matrimoniale en %

Sexe et situation familiale	Hommes		Femmes	
	mariés	célibataires	mariées	célibataires
Taux de chômage.....	8,6	10,0	17,9	7,7

On notera que pour les anciens étudiants en pharmacie, l'écart est particulièrement élevé entre les femmes mariées et les femmes célibataires.

Chapitre IV

LES EMPLOIS OCCUPÉS

1. Le débouché essentiel : le pharmacien-assistant d'officine

La répartition des emplois occupés neuf mois après l'obtention du diplôme ne fait apparaître qu'un nombre restreint de types d'emploi. 64% des jeunes pharmaciens occupent en effet l'emploi salarié de pharmacien-assistant en officine, cette proportion s'élevant même à 69% des emplois féminins alors qu'elle n'est que de 48% des emplois masculins.

En outre, quelques individus occupent des emplois temporaires en effectuant des remplacements en officine (5%).

Un très petit nombre de jeunes pharmaciens est propriétaire de son officine (1,4%).

TABLEAU 10
Répartition des emplois occupés à l'enquête

Emplois occupés en mars 1979	Sexe	Hommes		Femmes		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pharmacien-assistant en officine..... (dont interne également).....		213 (9)	47,6	1 028 (19)	68,9	1 241 (22)	64,0
Pharmacien effectuant des remplacements		18	4,0	76	5,1	94	4,8
Pharmacien d'officine (non salarié)		12	2,7	15	1,0	27	1,4
Total officine.....		243	54,3	1 119	75,0	1 362	70,2
Interne en pharmacie (et faisant fonction et gérant)		142 (15)	31,8	307 (19)	20,6	449 (34)	23,2
Pharmacien effectuant des analyses biologiques		31	6,9	48	3,2	79	4,1
Enseignement		13	2,9	4	0,3	17	0,9
Recherche.....		6	1,3	1	ε	7	0,3
Autres emplois.....		12	2,7	13	0,9	25	1,3
Total		447	100	1 492	100	1 939	100

Au total c'est donc l'officine avec plus de 70% des emplois qui a accueilli la plupart des jeunes pharmaciens. Elle est le lieu privilégié d'emploi pour les femmes (75% des emplois féminins contre 54,3% seulement des emplois masculins).

Cependant si l'officine représente bien le principal débouché, les jeunes diplômés y travaillent comme salariés. Ce phénomène est à rapprocher du développement rapide du secteur officine au cours de la période 1979-1980 : entre 1971 et 1979, le nombre d'officines est passé de 17 000 à 20 000 soit une croissance annuelle de l'ordre de 1,8% (23). Mais dans le même temps, l'emploi salarié en officine s'est accru de 8% environ par an. Ainsi si l'ouverture de nouvelles officines (24) fait croître le nombre total d'officines — de l'ordre de 3% par an — la croissance du nombre de salariés employés dans les pharmacies est encore plus rapide.

Le développement du salariat constitue donc un changement important dans la profession : au total, et en moyenne, près de la moitié des postes sont occupés par des salariés sans participation au capital (25). Cette croissance plus rapide du nombre de salariés suppose un élargissement du marché de chaque officine : effectivement le chiffre d'affaires réalisé par le secteur a crû très rapidement sur la période (26) ce qui a permis un accroissement du volume d'affaires des pharmaciens (+ 2,4% par an en moyenne par pharmacien à temps complet).

L'insertion des jeunes pharmaciens se fait donc non seulement en direction des nouvelles officines et dans les emplois salariés, mais également en liaison avec le développement de l'activité de chaque officine.

2. Les emplois de pharmaciens dans les établissements hospitaliers : internes et assimilés

Avec plus de 20% des emplois occupés à l'enquête, les internes et assimilés représentent le second groupe d'emplois occupés par les jeunes pharmaciens. Leur fréquence est plus grande parmi les emplois masculins (32%) que féminins (21%). Les hommes se retrouvent donc plus fréquemment dans les emplois hospitaliers que les femmes, celles-ci s'orientant de préférence vers l'officine.

(23) B. Piens « Les pharmaciens : un secteur dont la croissance reste forte ». *Op. cit.*

(24) *Ibid.* Le nombre de pharmacies est réglementé en fonction de la population de chaque commune et toute ouverture est soumise à autorisation. Entre 1971 et 1979, la densité est passée de 31 à 35 pharmacies pour 100 000 habitants.

(25) *Ibid.*

(26) En volume : + 10,6% par an entre 1971 et 1974, + 4,9% entre 1974 et 1979.

Il s'agit d'emplois qui dans leur majorité sont de durée temporaire (quatre années). Ceux-ci correspondent donc à des situations d'attente, susceptibles de connaître à terme des changements importants.

Certains des jeunes concernés pourront être engagés en tant que pharmacien d'hôpital ou chef de laboratoire mais cette intégration ne pourra concerner que des effectifs limités. Au demeurant 40% seulement d'entre eux sont titulaires de l'internat, les autres font fonction d'interne et sont donc dans une situation encore plus incertaine.

Beaucoup de situations ne sont donc pas encore stabilisées et les exigences financières, les démarches administratives, l'ensemble des formalités à accomplir pour réaliser une installation d'officine ou de laboratoire, mais également les délais nécessaires pour obtenir les spécialisations exigées (27), peuvent à l'évidence nécessiter une durée largement supérieure aux neuf mois qui se sont écoulés entre le diplôme et l'enquête (28).

3. Les pharmaciens biologistes : une faible représentation

L'insertion dans ce type d'emploi est d'importance réduite : 3% pour les femmes et 7% pour les hommes. Il apparaît cependant à travers l'évolution des emplois occupés par l'ensemble des pharmaciens en exercice que ces emplois sont en forte croissance depuis une vingtaine d'années. L'insertion dans ces emplois immédiatement après le diplôme semble cependant rester limitée.

4. Les autres emplois sont marginaux

Qu'il s'agisse de l'enseignement, de la recherche, d'emplois commerciaux ou autres, les autres emplois ont une importance marginale et constituent souvent des emplois de subsistance (par exemple les chargés de cours...) parallèlement à une poursuite d'études encore élevée (29). Mais il ne s'agit pas, pour la plupart, d'emplois à temps partiel : plus de 62% sont des emplois à temps plein.

(27) Les internes (ou faisant fonction d'interne) sont ceux qui présentent effectivement les taux de poursuite d'études les plus élevés : 90% pour les internes masculins et 71% pour les internes femmes.

(28) L'enquête de cheminement permettra d'apprécier réellement ces phénomènes d'insertion définitive. Le même phénomène peut d'ailleurs exister parmi les pharmaciens assistants d'officine. La plupart exercent ces emplois hospitaliers à temps partiel ou à la vacation.

(29) 58% des hommes et 63% des femmes occupant ces emplois se déclarent en poursuite d'études.

5. L'effet de l'option du diplôme sur la structure des emplois occupés

Si bien évidemment l'option officine conduit presque la totalité de ses diplômés vers l'emploi d'assistant (85%) il en va différemment des deux autres options.

TABLEAU 11
L'emploi occupé selon l'option du diplôme obtenu et le sexe en %

Option et sexe Emplois occupés	Industrie			Officine			Biologie		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Interne en pharmacie (FFI)	19	20	20	9	6	6	63	55	57
Pharmacien-assistant	21	40	32	79	86	85	18	35	30
Pharmacien remplaçant	—	11	6	5	6	6	4	2	3
Pharmacien d'officine	—	—	—	5	1	2	—	1	1
Pharmacien biologiste	36	21	27	—	(ε)	(ε)	8	6	6
Autres emplois	24	8	15	2	(ε)	1	7	1	3
Total en emplois	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectifs	57	80	137	208	933	1 141	169	420	589

Cette première option, qui constitue comme on l'a vu ci-dessus l'option privilégiée des étudiantes en dernière année d'études, concentre ainsi de manière accrue le débouché essentiel des études de pharmacie.

L'officine constitue le débouché quasi exclusif de cette option : 89% des hommes et 93% des femmes, si on y ajoute les remplacements et les propriétaires d'officine.

En revanche, les choses sont très différentes dans les deux autres options.

A l'issue de l'option biologie ce sont les emplois hospitaliers qui constituent plus de la moitié des débouchés : 63% pour les hommes et 55% pour les femmes. Mais les devenirs féminins sont toujours fortement marqués par l'orientation préférentielle des femmes vers l'officine : 35% sont pharmaciennes-assistantes contre 18% seulement des hommes.

Enfin, c'est l'option industrie dont les débouchés sont les plus différenciés avec un écart entre hommes et femmes particulièrement accusé ; si l'orientation vers l'officine demeure élevée pour les femmes (40% d'assistantes), l'éventail des emplois est beaucoup plus équilibré pour les hommes : 36% sont biologistes, un quart occupe des emplois plus

diversifiés dans l'industrie et la distribution (répartiteur-grossiste, VRP...) ou des emplois hospitaliers (20%).

Si l'on fait intervenir l'origine sociale (30), peu de différences significatives apparaissent entre catégories socio-professionnelles d'origine. En effet, quelle que soit l'origine sociale, l'orientation dominante (80 à 90% des emplois) demeure l'emploi de pharmacien-assistant.

A l'inverse, les emplois hospitaliers semblent relativement plus accessibles aux étudiants dont les parents exercent une profession libérale.

Quant à l'acquisition d'une officine, il n'apparaît pas d'effet héréditaire très significatif dans les neuf mois qui suivent le diplôme de pharmacien.

6. Une activité exercée essentiellement à temps partiel dans le secteur public mais pour les deux tiers à temps plein dans le privé

TABLEAU 12
Temps de l'activité et secteur d'emploi

Secteur d'emploi \ Temps de l'activité	Emplois						Dont	
	Publics		Privés		Total		H	F
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	%	
Temps plein	115	23,3	983	66,0	1 098	55,4	57	55
Temps partiel	298	60,3	454	20,5	752	37,9	8	6
A la vacation	81	16,4	52	3,5	133	6,7	8	6
Total	494	100	1 489	100	1 983	100	462	1 521

Cette constatation découle de la nature des emplois qui sont occupés dans chacun des deux secteurs: les internes sont essentiellement occupés à temps partiel ou à la vacation (plus des deux tiers); à l'inverse l'emploi dominant du secteur privé — pharmacien assistant — est dans la plupart des cas (68%) un emploi à temps plein.

— Une structure des rémunérations très dispersée en particulier pour les hommes.

Si l'on exclu les emplois occupés à temps partiel et à la vacation qui présentent les rémunérations les plus basses (31), on observe que

(30) Seule l'option officine qui présente des effectifs suffisamment nombreux a été prise en compte.

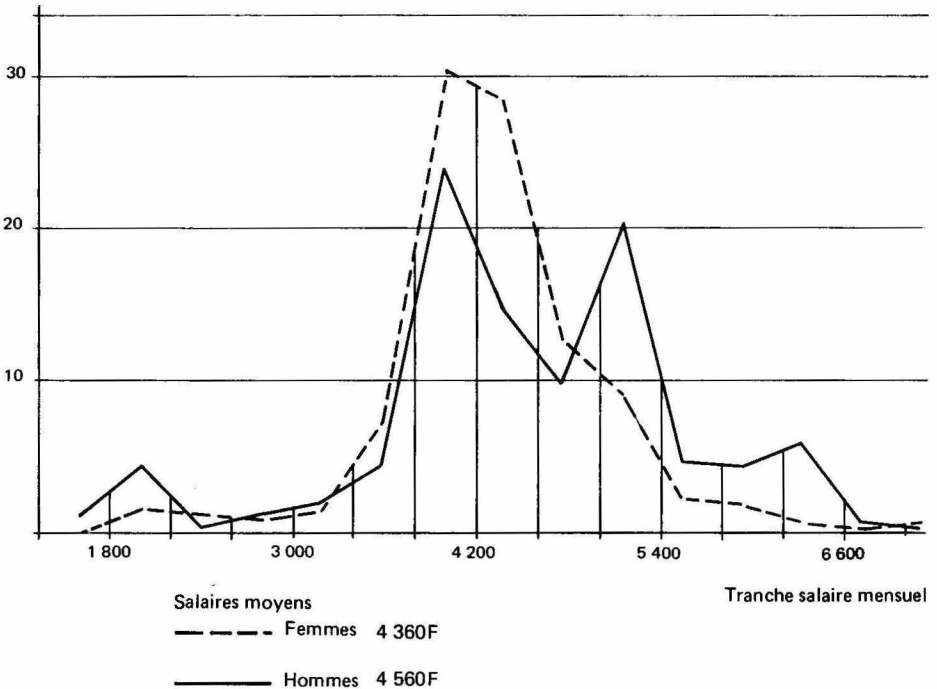
(31) 65% perçoivent un salaire inférieur à 3 400 F. Cela revient presque à exclure totalement les emplois publics (essentiellement hospitaliers), qui sont rarement occupés à temps plein.

l'essentiel des pharmaciens (85%) occupant un emploi à temps plein perçoivent un salaire qui se situe entre 3 400 et 5 400 francs par mois. Les salaires féminins sont en moyenne inférieurs aux salaires masculins : 4 360 francs contre 4 560 francs. Mais la dispersion des salaires masculins est beaucoup plus grande, en particulier vers les tranches les plus élevées : 16,8% des hommes perçoivent plus de 5 400 francs contre 6,4% des femmes seulement.

Ces différences entre les salaires des deux sexes s'expliquent par la nature des emplois occupés. L'orientation dominante des femmes vers les emplois de pharmacien-assistant entraîne une forte concentration autour du salaire correspondant à cet emploi (entre 3 800 et 4 600 francs) et implique une faible dispersion. Pour les hommes, si une partie de la distribution des salaires suit ce modèle, à laquelle il faudrait ajouter les emplois hospitaliers à temps plein, une autre partie a accédé à des emplois plus diversifiés dans le secteur privé et plus rémunérateurs (au-delà de 5 000 F par mois). C'est le cas des pharmaciens-biologistes à temps plein, des pharmaciens remplaçants en officine à temps plein, et enfin d'une gamme diverse d'emplois du commerce et de la distribution (VRP, répartiteur...), de la recherche et de l'enseignement.

Répartition des salaires des pharmaciens par sexe
(emplois occupés à temps plein)

Effectifs en pourcentage, par tranche



7. Une localisation de l'emploi qui s'oriente vers les petites villes pour l'officine mais vers les grandes villes pour les autres emplois

Globalement, les grandes villes de plus de 50 000 habitants accueillent plus de la moitié des pharmaciens (52%), les petites villes (moins de 5 000 habitants) offrant un faible débouché pour les jeunes pharmaciens (17%).

Cependant, si l'on y regarde de plus près, cette localisation des emplois diffère selon le type d'activité : les emplois d'officine — et en particulier ceux d'assistants —, se répartissent relativement plus dans les villes petites, et moyennes (22,8% et 37,3% respectivement) que dans les grandes villes. C'est l'inverse pour les emplois hospitaliers (ce qui s'explique par la localisation même des établissements hospitaliers), pour les biologistes et pour les autres emplois.

TABLEAU 13
Taille de la commune d'emploi et types d'emploi

en %

Emplois	Taille de la commune	Taille de la commune de l'emploi				
		Plus de 50 000 habitants	de 5 000 à 49 999 habitants	Moins de 5 000 habitants	Total	
					%	Effectif
Emplois d'officine.....		39,9	37,3	22,8	100	1 362
Emplois hospitaliers		85,0	14,3	0,7	100	447
Pharmaciens biologistes		57,0	30,5	12,5	100	82
Autres emplois.....		76,7	16,3	7,0	100	48
Total		52,0	31,1	16,9	100	1 939

Il faut se souvenir que l'activité des pharmaciens d'officine est très réglementée : toute création est soumise à autorisation et dépend de l'importance de la population (une officine pour 2 000 à 3 000 habitants) (32). Dès lors, le développement des officines et la création d'emplois correspondante sont liés à l'accroissement de population qui se concentrent essentiellement autour des villes : grands ensembles, nouveaux quartiers, cités nouvelles...

Le risque est alors grand de voir s'accroître les disparités entre régions : la population s'accroissant dans les villes déjà bien pourvues, les créations nouvelles se concentrent autour de ces pôles de développement au détriment des zones moins peuplées et ayant déjà une faible densité pharmaceutique.

(32) Cette réglementation étant encore plus rigoureuse pour les départements d'Alsace-Lorraine : une officine pour 5 000 habitants, d'où une densité pharmaceutique beaucoup plus faible dans ces régions.

Qu'en est-il des emplois occupés par les jeunes pharmaciens ?

TABLEAU 14
Régions d'emploi selon l'académie d'études

Régions (*)		Académie d'études	Région d'emploi	
			Ensemble	Pharmacien assistant
Région à forte densité (d > 40 pour 100 000 habitants)	Aquitaine, Provence-côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Limousin, Région Parisienne	38,4	41,1	39,3
Région de densité moyenne (35 < d < 40) moyenne nationale: 37,4	Champagne, Centre, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Bretagne, Poitou-Charente, Rhône-Alpes, Auvergne	40,4	38,6	39,4
Région à faible densité (d < 35)	Alsace, Lorraine, Picardie, Haute-Normandie, Nord	21,1	20,0	20,9
France entière	Total (y compris DOM/TOM)	100	100	100

(*) Avis et rapports du conseil économique et social 1979. 27-28 mars 1979. « L'adaptation des professions médicales et para-médicales aux besoins de santé de la population française ». p. 89-110.

Qu'observe-t-on entre l'académie d'études et la région d'emploi? Pour l'ensemble des emplois, il apparaît que les régions à forte densité pharmaceutique emploient plus de pharmaciens qu'elles n'en ont formé, et cela au détriment des régions à densité moyenne et faible. Il y aurait donc semble-t-il renforcement des disparités entre régions. Il est vrai que les régions privilégiées à forte densité, attirent les pharmaciens, comme les médecins d'ailleurs, et pour des raisons identiques: il s'agit des régions du midi.

Cependant, les emplois de pharmacien-assistant, s'ils suivent également ce modèle, semblent mieux s'équilibrer sur l'ensemble de l'espace national.

Les informations recueillies par l'Observatoire sont publiées dans deux collections complémentaires éditées par la Documentation Française :

- **Les Tableaux de l'Observatoire National des Entrées dans la vie active**, où sont présentées les principales données chiffrées ;
- **Les Cahiers de l'Observatoire National des Entrées dans la vie active**, où sont analysés les résultats essentiels.

Pour tous renseignements concernant les publications du CEREQ
s'adresser au Service d'Information et de Documentation (Tél. : 575-62-63 - poste 218)
Réalisation technique des Publications : Mlle Rault (Françoise)

L'ENTREE
DANS LA VIE ACTIVE
DES ETUDIANTS
EN MEDECINE
ET EN PHARMACIE



**centre
d'études
et de recherches
sur les
qualifications**

9, RUE SEXTIUS MICHEL - 75732 PARIS CEDEX 15

TEL.: 575.62.63