TOME 2

Les internes en médecine
démographie et répartition

Le rapport ***2006-2007***

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONDPS

Tome 2

Les internes en médecine : démographie et répartition

Le rapport ***2006-2007***

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONDPS

© ONDPS, 2008
ISBN : 978-2-11-097349-8
DICOM : 08.037
Réalisation : www.lasouris.org

Table des matières

5 Introduction

7 Cadrage national : les principales données démographiques
7 Selon les sources, entre 15 576 et 17 667 internes en médecine sont en formation
9 L'état des lieux par filière
10 Une forte augmentation du nombre d'internes en prévision
13 Des besoins de financement des stages en forte augmentation

15 La situation démographique des internes selon les régions
15 Les effectifs d'internes mais aussi leur densité par rapport à la population varient fortement d'une région à l'autre
17 La situation actuelle des régions selon les effectifs inscrits en DES et les postes ouverts aux ECN
20 *La prise en compte des postes réellement pourvus en médecine générale relativise la portée des mesures correctives*
22 *La répartition des postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale*

27 Les régions disposent de ressources variables
27 Les capacités de formation
27 *Les enseignants universitaires et les personnels seniors assurant l'encadrement dans les hôpitaux*
30 *Le postinternat universitaire*

35 La gestion régionale des internes
35 Les informations relatives aux capacités actuelles de financement sont peu disponibles et harmonisées
35 *Des incertitudes sur les possibilités de financement et les marges de manœuvre*
36 *Des financements complémentaires sur des crédits ARH dans beaucoup de régions*
38 *Les postes « sacs à dos »*
40 *Les capacités futures de financement*
41 Les procédures, très codifiées, sont relativement harmonisées
43 Les perspectives d'amélioration envisagées
43 *La prise en compte de la démographie médicale locale, et notamment la prise en compte de l'âge des médecins, permet, par spécialité, d'identifier des maillons faibles*
44 *La garantie de la disponibilité et de la qualité des stages dans les services d'accueil suppose une gestion plus anticipatrice*

47 Les limites de la gestion de la démographie médicale par la régulation des effectifs étudiants

47 Toutes les spécialités ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

49 Toutes les régions ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

50 *Une simulation pour la médecine générale*

Contribution

51 Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007,
Mélanie Vanderschelden

Annexes

67 La durée des DES selon les spécialités

68 Répartition des internes par région - Sources SAE et enquête ONDPS

69 Répartition des internes dans les filières médicales et chirurgicales - Sources DEPP

70 Densité régionale de postes ouverts aux ECN 2007 en médecine du travail et en santé publique

71 Autorisations de plein exercice de la médecine en France de 1974 à novembre 2007

72 Fiches régionales : bilan des diplômés et des inscrits à l'Ordre sur la période 2001-2005

93 Les contributeurs

Introduction

La diminution prévisible à court terme des effectifs de médecins, qui résulte d'un nombre de sorties d'activité supérieur au nombre d'entrées pendant une quinzaine d'années, a conduit les pouvoirs publics à relever le *numerus clausus* des études de médecine. Le constat selon lequel le *numerus clausus* ne permet pas mécaniquement, à lui seul, ni d'assurer une régulation géographique ni d'anticiper la répartition par spécialité, se traduit depuis quelques années par un certain nombre de mesures visant à être correctives dans ce domaine. Pour ce qui concerne la spécialité, la filiarisation de certaines d'entre elles permet, chaque année, de leur réserver des postes d'internat. L'affectation d'un plus grand nombre de postes d'internes en médecine générale dans les régions présentant les densités les plus faibles de médecins généralistes est, par ailleurs, présentée comme susceptible de faire diminuer les disparités territoriales.

Les travaux engagés cette année dont ce tome présente les résultats se sont d'abord attachés à dresser un constat de la situation nationale et régionale actuelle de la population des internes en médecine ; ils ont eu aussi pour objectif de faire apparaître les effets éventuels que produit, ou que pourrait provoquer, la mise en place des dispositions à visée corrective. Deux questions principales orientent l'analyse :

- l'une concerne les conséquences que pourrait avoir l'augmentation importante de la population d'internes sur le déroulement des formations de troisième cycle ;
- l'autre concerne les modalités selon lesquelles les dispositifs de régulation mis en place opèrent ou non des infléchissements des ressources médicales et de leur répartition.

L'examen des conditions de déroulement de l'internat suppose de prendre en compte la double caractéristique des internes en médecine : ils sont en formation et ils participent à l'offre de soins, contribuant, à ce titre, au fonctionnement des services hospitaliers dans lesquels la grande majorité de leurs stages s'effectue. L'augmentation prochaine de la population des internes pose donc la question des capacités d'accueil qui permettront, tant en termes de personnels universitaires enseignants que de possibilités et d'encadrement des stages d'assurer le bon déroulement de leur formation[1].

1. La question concerne aussi plus largement l'ensemble des étudiants en médecine. Hormis pendant la période 1971-1980, qui a connu des *numerus clausus* supérieurs ou proches, le nombre des étudiants en médecine a été, depuis, à peu près inférieur de moitié à celui en cours aujourd'hui. Ces importantes fluctuations confrontent les facultés de médecine à des adaptations qui ne sont pas abordées dans le cadre de ce travail. Les conditions dans lesquelles se déroulent les deux premiers cycles des études médicales constituent un contexte qu'il est toutefois nécessaire de prendre en compte, car les étudiants en médecine se forgent tôt dans leur cursus une idée de leur futur métier.

Cette augmentation conduit aussi à s'interroger sur les moyens, notamment de financement de stages et de postes, qui permettraient le déroulement des formations dans des conditions similaires à celles qui prévalent actuellement.

Pour réaliser l'état des lieux démographique des internes, le groupe de travail a appuyé sa réflexion sur un travail prospectif mené à l'horizon 2015-2016[2]. Une enquête, auprès et en collaboration avec les services régionaux en charge de la gestion des internes, a également été conduite. Les résultats qui sont présentés dans ce tome permettent de disposer d'un descriptif régional des effectifs et de la répartition des internes selon les territoires et selon les spécialités. L'exploitation des informations recueillies permet également une première approche des procédures de gestion des internes qui sont adoptées dans les différentes régions. Un prolongement de l'analyse sera réalisé, au cours de l'année 2008, avec les comités régionaux et donnera lieu à une publication.

L'examen des conséquences, en termes de démographie médicale, des choix publics qui s'opèrent dans le domaine de la gestion des étudiants en médecine s'est pour sa part appuyé sur les analyses des résultats des épreuves classantes nationales (ECN) réalisées par la DREES depuis la mise en place de ces épreuves[3]. Les commentaires rédigés par les comités régionaux à l'issue des résultats des ECN dans chacune des régions constituent un éclairage complémentaire tout à fait essentiel pour apprécier les effets localisés et singuliers que provoque forcément la mise en œuvre des décisions publiques dans ce domaine. Enfin, le recensement annuel, effectué par l'ONDPS de 2001 à 2005, des diplômés et des inscrits à l'Ordre par spécialité et par région permet un bilan sur cinq ans des écarts et donc des effets en termes de démographie médicale qu'ont produit, sur cette période, les investissements régionaux consacrés à la formation.

2. B. Ellboode, Étude Prévint ISNIH, groupe de travail ONDPS.

3. M. Vanderschelden, contribution dans ce tome, et A. Billaut, 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES. A. Billaut, 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES. M. Vanderschelden, 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571, avril, DREES. M. Vanderschelden, 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Études et Résultats*, n° 616, décembre, DREES.

Cadrage national : les principales données démographiques

La population des internes qui est analysée rassemble tous les internes, dès leur première année d'inscription dans le troisième cycle des études médicales. La durée du troisième cycle varie selon les filières. Parmi les DES existants[1], seul le DES de médecine générale se déroule en trois ans. La formation dans la majorité des filières se déroule en quatre ans ; et en cinq ans actuellement pour les spécialités chirurgicales, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la radiologie, l'oncologie, l'anatomocyto pathologique (*cf.* annexe 1 : La durée des DES selon les spécialités).

Cette partie comporte un cadrage général présentant la répartition actuelle des internes selon les années d'études, une prévision de la population des internes au niveau national, ainsi que les résultats d'une analyse prospective des financements qu'impliquera l'augmentation attendue du nombre d'internes. Le chapitre suivant s'attache à décrire la situation relative de chaque région, puis la situation relative des différentes spécialités, à partir des résultats de l'enquête réalisée auprès des comités régionaux.

Selon les sources, entre 15 576 et 17 667 internes en médecine sont en formation

Les deux sources permettant de connaître les internes sont les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) et celles provenant de l'Éducation nationale (DEPP SISE et les traitements de ces données par la DREES).

Selon la source SAE, l'effectif des internes en médecine est de 15 576 en 2006. Selon l'enquête de l'Éducation nationale qui recense les inscriptions en DES, le chiffre total est de 17 667, mais il peut comporter des doubles comptes notamment parce qu'il inclut les internes en biologie qui concerne également des pharmaciens. Les effectifs inscrits en DESC ne sont pas intégrés à ce chiffre afin de ne pas générer de doubles comptes supplémentaires.

L'enquête menée par l'ONDPS recense 15 767 internes en médecine.

Le nombre d'internes en médecine dépend du *numerus clausus* (*NC*) arrêté cinq ans plus tôt, et la répartition des postes entre les spécialités qui s'opère alors s'éta-

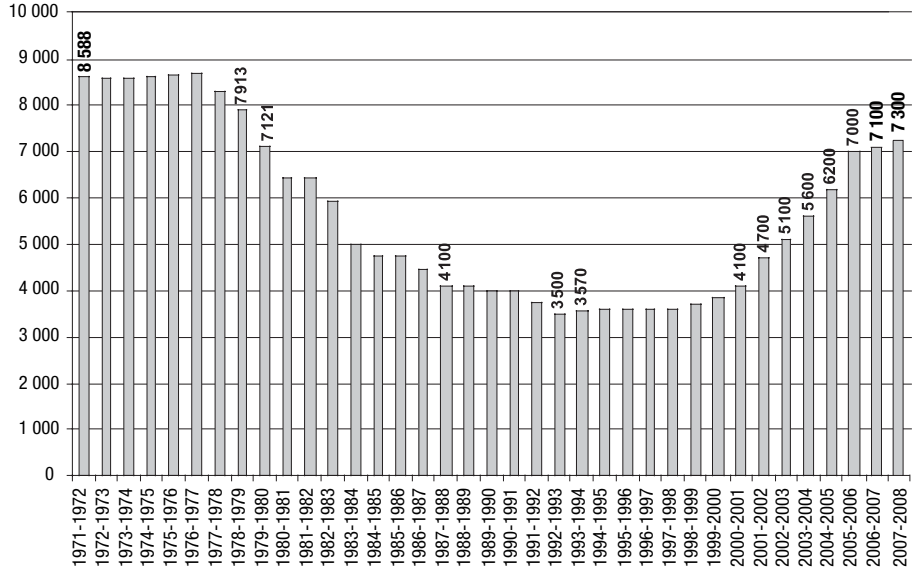
1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

blit dans le cadre de cette contrainte numérique globale. Les variations du *numerus clausus*, dont le graphe ci-dessous fait apparaître l'ampleur depuis sa création, se traduisent à horizon d'une dizaine d'années sur la démographie médicale[2].

À plus court terme (cinq ans après l'entrée dans les études de médecine, c'est-à-dire au moment de l'entrée en troisième cycle), ces variations se concrétisent par une plus ou moins importante présence des internes inscrits dans des DES. L'augmentation de la population des internes observable actuellement procède du relèvement progressif du *NC* qui intervient depuis le début des années 2000. Elle s'accentuera dans les toutes prochaines années. Rappelons qu'après une période de diminution, puis de stagnation à un niveau assez bas (3500), un relèvement progressif du *NC* est intervenu depuis 2000, pour atteindre 7300 en 2008.

Graphique 1

Évolution du *numerus clausus* des études médicales



Au 1er novembre 2006, d'après les résultats de l'enquête conduite par l'ONDPS, 78 % des 15 767 recensés sont inscrits dans les trois premières années de DES, 15 % sont inscrits en quatrième année et 5 % en cinquième année[3] (graphique 2). L'effectif d'internes en troisième année est supérieur à celui de première année. Il s'agit en

2. Les projections réalisées par la DREES sur les effectifs médicaux permettent, sous des scénarios divers, d'envisager ce que sera la démographie médicale à l'horizon 2025. *cf.* Rapport ONDPS 2004, tome 2, *Les Médecins : projections démographiques à l'horizon 2025. Par région et par spécialité, octobre 2004*.

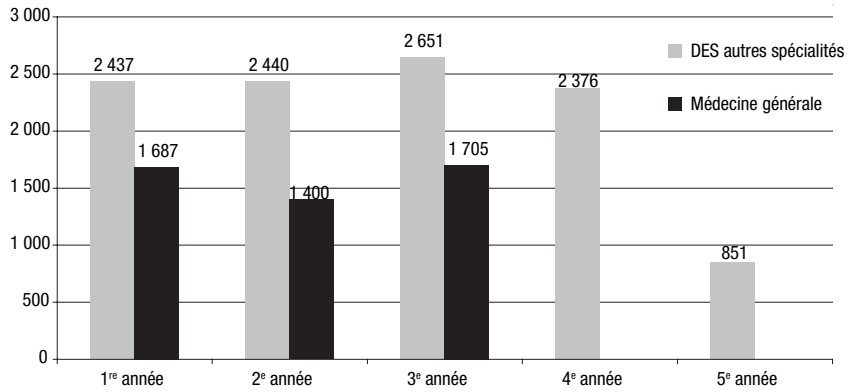
3. Cette répartition est proche de celle qui ressort des données du ministère de l'enseignement supérieur. Les effectifs dans les trois premières années regroupent, selon cette source, 81 % des effectifs totaux (*cf.* Annexe 3).

effet de la première promotion touchée par la réforme organisant les épreuves classantes nationales (ECN). Ce surplus d'internes en troisième année est probablement dû à un « effet ECN » (apport des étudiants résidents) car, si l'on se réfère au *numerus clausus* subi par ces promotions d'internes (4 100 pour les TCEM1, 3 850 pour les TCEM2 et 3 690 pour les TCEM3), l'augmentation d'effectifs devrait mécaniquement se manifester en faveur de la première année.

Le DES de médecine générale regroupe 39 % des internes des trois premières années. Cette proportion caractérise chacune des années, de façon légèrement moindre pour la population des internes de deuxième année (36 %).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES PAR NIVEAU D'ÉTUDES



Lecture : 1 687 internes sont inscrits en première année du DES de médecine générale, 2 437 internes sont inscrits en première année de DES des autres spécialités, 2 376 internes sont inscrits en quatrième année de DES.

L'état des lieux par filière

Les étudiants en troisième cycle des études médicales se répartissent au sein de onze filières. Un examen de la répartition des effectifs au sein des deux filières de spécialités médicales et spécialités chirurgicales a été plus précisément effectué. Selon l'enquête de l'ONDPS, sur les 15 767 recensés, 5 658 internes sont inscrits dans ces 2 filières, les autres se répartissant dans les 9 autres filières (anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétricale, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique). Le nombre d'inscrits dans ces deux filières est de 6 114 selon les données de l'enseignement supérieur (*cf.* Annexe 3)

Le tableau suivant détaille le nombre d'internes inscrits dans les filières spécialités médicales et chirurgicales. Les effectifs par spécialités fines ne sont détaillées qu'à partir de la troisième année de l'internat. C'est alors que les internes choisissent leur spécialisation à l'intérieur des spécialités médicales ou chirurgicales. Ils peuvent se déterminer sur la spécialité choisie jusqu'à la fin de leur quatrième semestre validé d'internat.

Tableau 1

Nombre d'internes dans les filières spécialités médicales et spécialités chirurgicales

Spécialité	Intitulé du DES	Effectifs	Répartition (5e semestre et suivants)
Spécialités médicales	*1re et 2e année*	*1 542*	
	Années suivantes	*2006*	
	dont : Anatomie et cytologie pathologique	49	2,4 %
	Cardiologie et maladies vasculaires	297	14,8 %
	Dermatologie et vénéréologie	148	7,4 %
	Endocrinologie et métabolisme	91	4,5 %
	Gastro-entérologie et hépatologie	141	7,0 %
	Génétique médicale	13	0,6 %
	Hématologie	8	0,4 %
	Médecine interne	153	7,6 %
	Médecine nucléaire	50	2,5 %
	Médecine physique et de réadaptation	35	1,7 %
	Néphrologie	105	5,2 %
	Neurologie	128	6,4 %
	Oncologie	122	6,1 %
	Pathologies cardio-vasculaires	37	1,8 %
	Pneumologie	106	5,3 %
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	435	21,7 %
	Rhumatologie	88	4,4 %
Spécialités chirurgicales	*1re et 2e année*	*1 024*	
	Années suivantes	*1086*	
	dont : Chirurgie générale	682	62,8 %
	Neurochirurgie	35	3,2 %
	Ophtalmologie	238	21,9 %
	ORL	129	11,9 %
	Stomatologie	2	0,2 %
	Total général	*3092*	

Lecture : 1 542 internes sont inscrits en première et deuxième année de spécialités médicales 1 024, en première et deuxième année de spécialités chirurgicales. Les trois années suivantes du DES d'anatomie et cytologie pathologique regroupent 49 internes.
Champ : Toutes les UFR sauf celle de Bobigny.
Sources : enquête ONDPS 2007, données 2006.

Une forte augmentation du nombre d'internes en prévision

Le relèvement du *NC*, amorcé en 2001-2002 pour atteindre, par palier régulier, un niveau situé à 7 000 en 2005-2006, puis 7 100 en 2006-2007, provoque mécaniquement une augmentation du nombre d'internes. Le nombre d'internes dépendant des décisions concernant le *NC*, les prévisions s'appliquant à cette population peuvent aisément s'effectuer à horizon de cinq ans, et des anticipations sont possibles, de façon réaliste à horizon de dix ans.

Pour réaliser cet exercice, on considère que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente,

augmenté de la différence entre les *NC* subis par les étudiants de ces deux années[4]. Le tableau suivant illustre la démarche.

Tableau 2

Évaluation du nombre d'internes, en fonction du nombre d'étudiants inscrits par année d'étude

Année d'étude	*Numerus clausus* correspondant	Passerelle DCEM 1	Nombre d'étudiants total de la promotion
TCEM 1	4 100	12	4 112
DCEM 4	4 700	20	4 720
DCEM 3	5 100	50	5 150
DCEM 2	5 550	70	5 620
DCEM 1	6 200	120	6 320
PCEM 2	7 013	*120 (prévision)*	7 133

Lecture : le nombre d'étudiants en PCEM 2 est issu du NC *fixé l'année précédente, pour 2006-2007, à 7 013, le nombre d'étudiants en DCEM 2 est issu du* NC *fixé trois ans plus tôt, pour 2003-2004, à 5 550. S'ajoute à ce nombre l'effectif correspondant aux places réservées aux paramédicaux, accès créé par l'arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales.*

L'hypothèse d'un maintien du *NC* au niveau actuel paraît, aux yeux de la plupart des observateurs, un objectif minimal pour assurer le renouvellement des effectifs médicaux compte tenu des départs importants à la retraite.

Ces prévisions ont donc été calculées sous l'hypothèse d'un *NC* stabilisé à 7 013 à partir de l'année universitaire 2005-2006. Elles portent à la fois sur les effectifs d'internes et sur les postes et leurs coûts qui devront permettre d'assurer leur accueil. Elles tiennent compte de la durée différente actuelle des études selon les spécialités.

Les trois graphes présentés font apparaître les augmentations annuelles des effectifs d'internes toutes filières confondues (graphique 3), pour la filière de médecine générale (graphique 4) et en distinguant les filières de formation à quatre ans et à cinq ans (graphique 5). L'hypothèse retenue de répartition de l'augmentation du nombre d'internes est la suivante :

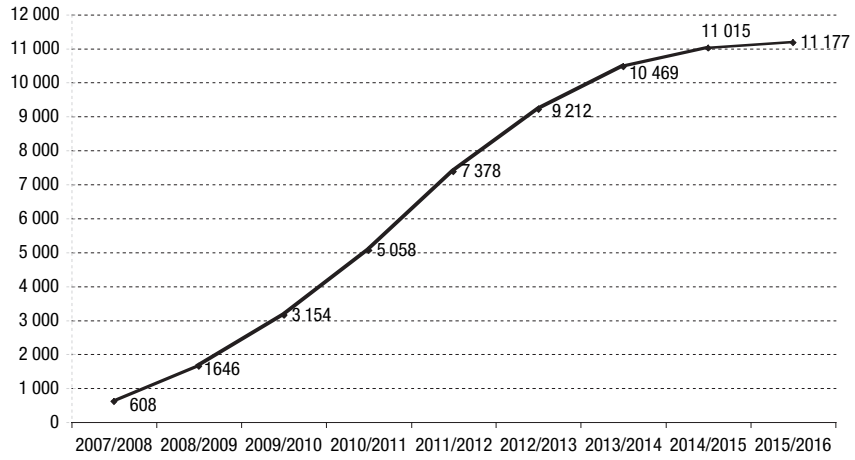
- Une répartition de 50 % dans la filière médecine générale et de 50 % dans les autres filières[5]. En 2006, sur 4 430 internes affectés, 2 023 ont été affectés dans la filière médecine générale et 2 407 dans les autres filières, soit 46 % en médecine générale et 54 % dans les autres filières.
- Les résultats de la démarche prévisionnelle montrent que l'augmentation du nombre d'internes, limitée à 608 étudiants en plus pour l'année universitaire 2007-2008, atteindrait un nombre supérieur à 7 000 en 2011-2012 et, sous l'hypothèse du maintien du *NC* au niveau actuel, elle correspondrait à une augmentation de 11 000 internes pour l'année universitaire 2015-2016 (*cf.* graphique 3).
- Parmi les 50 % répartis dans les autres filières que la médecine générale, 60 % ont été considérés dans des spécialités à quatre ans (spécialités médicales, biologie

4. On ne prend donc pas en compte les redoublements durant le cursus qui sont considérés comme négligeable car se reportant d'une année sur l'autre.
5. La répartition 50-50, préconisée par l'ONDPS, est retenue depuis l'année dernière.

médicale, gynécologie médicale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique) et 40 % dans des spécialités à cinq ans (spécialités chirurgicales, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, radiologie, oncologie, anatomie et cytologie pathologique).

Graphique 3

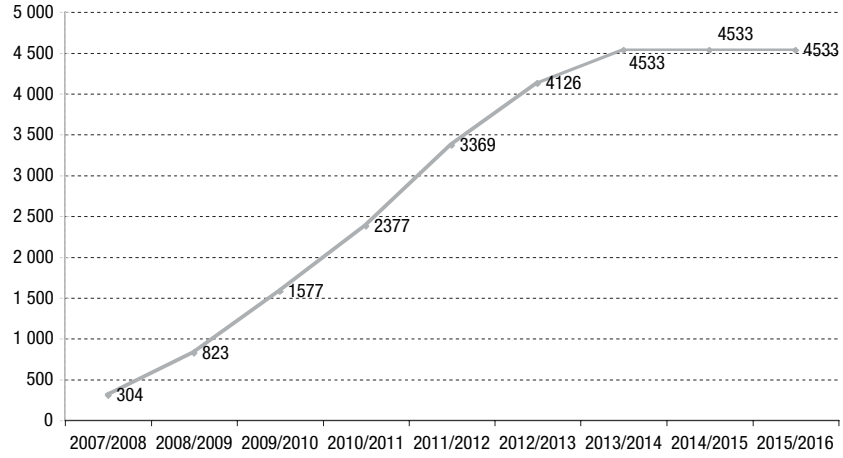
Augmentation annuelle des entrées en troisième cycle, toutes filières confondues



Lecture : la population totale des internes, située en 16 000 et 17 000 actuellement, augmente de 608 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008, de 1 646 lors de l'année universitaire 2008-2009 et de 11 177 en 2015-2016.
Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.

Graphique 4

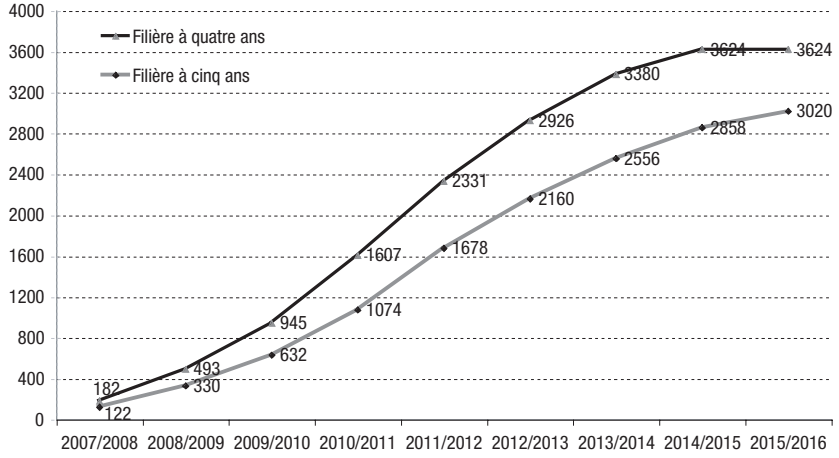
Augmentation annuelle des entrées en troisième cycle en médecine générale



Lecture : la population des internes en médecine générale augmente de 304 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008.
Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.

GRAPHIQUE 5

AUGMENTATION ANNUELLE DES ENTRÉES EN TROISIÈME CYCLE DANS LES FILIÈRES À QUATRE ANS ET À CINQ ANS



Lecture : la population des internes dans la filière à quatre ans augmente de 182 personnes et la population des internes dans la filière à cinq ans augmente de 122 personnes lors de l'année universitaire 2007-2008.
Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.

Ces prévisions se basent sur des hypothèses que l'on peut considérer comme basses. Le *NC* en 2008 a en effet été porté à 7 300, c'est-à-dire à un niveau supérieur à celui retenu dans la démarche du groupe de travail. Elles ne tiennent compte que des étudiants civils et elles n'intègrent pas les étudiants européens dont le nombre est faible, 1 16 en 2008, mais en progression régulière depuis quelques années[6].

Des besoins de financement des stages en forte augmentation

L'évolution quantitative des internes décrite précédemment succède à une période marquée, à l'inverse, par une forte diminution de cette population. Cette diminution, provoquée par un *NC* fixé à un niveau bas dans les années 1990 et au début des années 2000, s'est accompagnée, de façon assez logique, d'une adaptation à la baisse des postes destinés à les accueillir. Ces postes ont pu être supprimés ou transformés dans l'optique, notamment de compenser, par la présence d'autres ressources médicales, l'offre de soins à laquelle le nombre très diminué des internes ne leur permettait plus de contribuer. C'est pourquoi l'augmentation du nombre d'internes entraîne aujourd'hui la prévision d'une augmentation équivalente de postes budgétaires afin

6. Le nombre d'étudiants européens s'élevaient en 2005 à 37, à 64 en 2006, à 89 en 2007. Données communiquées par la DHOS.

de permettre leur accueil dans les services où ils seront formés. L'intégration des internes en médecine générale et l'augmentation de la durée de l'internat de certaines spécialités accentuent de surcroît le décalage.

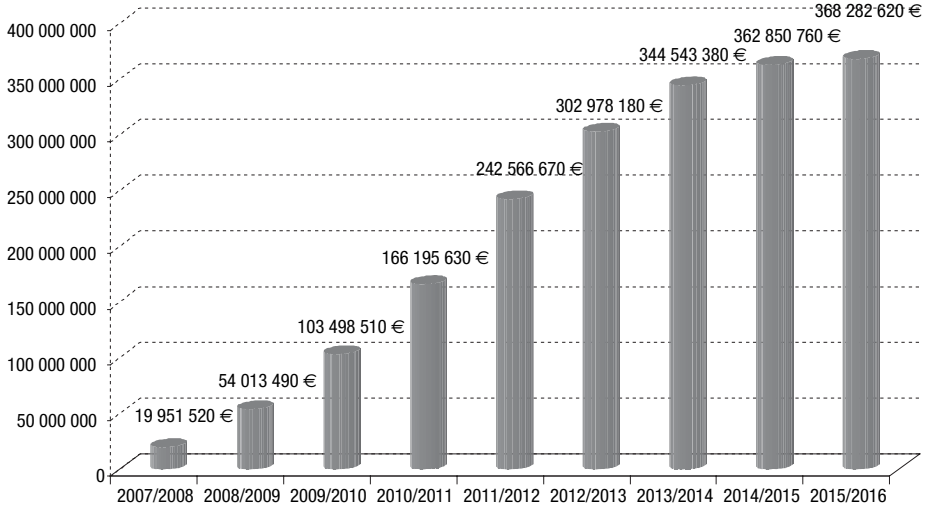
Pour apprécier les coûts financiers liés à l'augmentation du nombre d'internes, on considère, comme précédemment, que chaque année le nombre d'internes de la nouvelle promotion est égal au nombre d'internes de la promotion précédente, augmenté de la différence entre les *NC* subis par les étudiants de ces deux années. La base de calcul retient un coût moyen d'un poste médical d'interne évalué par la DHOS à 33 530 euros, par an, au 1er janvier 2006 (charges patronales comprises).

Le graphe 6 ci-dessous fait apparaître les engagements financiers annuels supplémentaires qui seront nécessaires pour accueillir les nouveaux internes.

L'augmentation des moyens qui devront être engagés sur la période de dix ans considérée (2006-2007/2015-2017) sera élevée, on peut relever que cette montée en charge ne connaît un palier de stabilité relatif qu'à partir de 2013-2014. Avant cette date, les sauts des efforts annuels seront importants, même compte tenu des flux de sortie qui ne sont pas examinés ici.

Graphique 6

Prévision de l'augmentation annuelle du coût salarial engendré par la progression du nombre d'entrée en troisième cycle



Lecture : en 2007-2008, environ 20 millions d'euros supplémentaires permettront l'accueil des 608 internes supplémentaires.
Sources : Étude Prevint, ISNH 2007.

La situation démographique des internes selon les régions

L'état des lieux tel qu'il ressort de l'enquête menée permet de comparer la situation de chaque région à partir d'un certain nombre d'indicateurs. La région Île-de-France est parfois traitée à part, car les données sont incomplètes pour cette région du fait de l'absence des données d'une UFR qui n'a pas répondu au questionnaire.

Les effectifs d'internes mais aussi leur densité par rapport à la population varient fortement d'une région à l'autre

Le nombre d'internes varie évidemment d'une région à l'autre. Les effectifs vont de 95 pour la Réunion à 2 600 pour l'Île-de-France. Les régions les plus peuplées, Île-de-France, Rhône-Alpes, Nord - Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur rassemblent le plus grand nombre d'internes, elles représentent respectivement 16,7 %, 10,1 %, 7,4 % et 6,9 % des effectifs d'étudiants inscrits en DES. Viennent ensuite les Pays de la Loire, l'Aquitaine et la Bretagne, totalisant 15,8 % des effectifs d'inscrits en DES.

Tableau 1

Répartition du nombre et du pourcentage d'internes par région

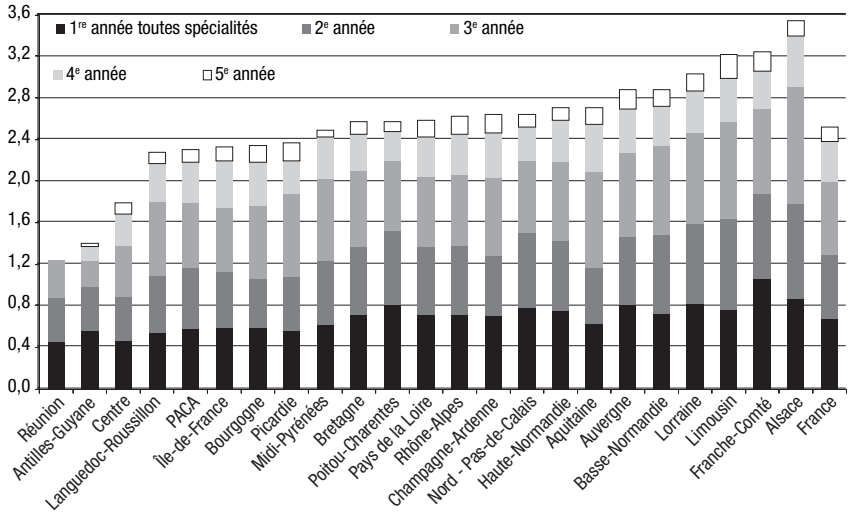
Région	Total DES	%	Région	Total DES	%
Île-de-France	2 639	16,7	Centre	452	2,9
Rhône-Alpes	1 594	10,1	Picardie	444	2,8
Nord - Pas-de-Calais	1 162	7,4	Basse-Normandie	424	2,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 086	6,9	Poitou-Charentes	408	2,6
Pays de la Loire	879	5,6	Franche-Comté	405	2,6
Aquitaine	823	5,2	Bourgogne	388	2,5
Bretagne	788	5,0	Auvergne	367	2,3
Lorraine	712	4,5	Champagne-Ardenne	355	2,3
Midi-Pyrénées	687	4,4	Limousin	232	1,5
Alsace	635	4,0	Antilles-Guyane	143	0,9
Languedoc-Roussillon	560	3,6	Réunion	95	0,6
Haute-Normandie	489	3,1	France	15 767	100,0

Sources : enquête ONDPS 2007.

La situation en termes de densité de population, c'est-à-dire si l'on rapporte les effectifs d'internes d'une région donnée à sa population, apporte un autre éclairage pour apprécier les écarts entre les régions. Sur l'ensemble du territoire français, on compte une moyenne de 2,5 internes pour 10 000 habitants. Ce ratio diffère selon les régions : le nombre d'internes pour 10 000 habitants varie de moins de deux dans les DOM et la région Centre à plus de trois en Alsace, Franche-Comté, Limousin et Lorraine (graphique 1).

Graphique 1

Nombre d'internes pour 10 000 habitants, selon le niveau d'études



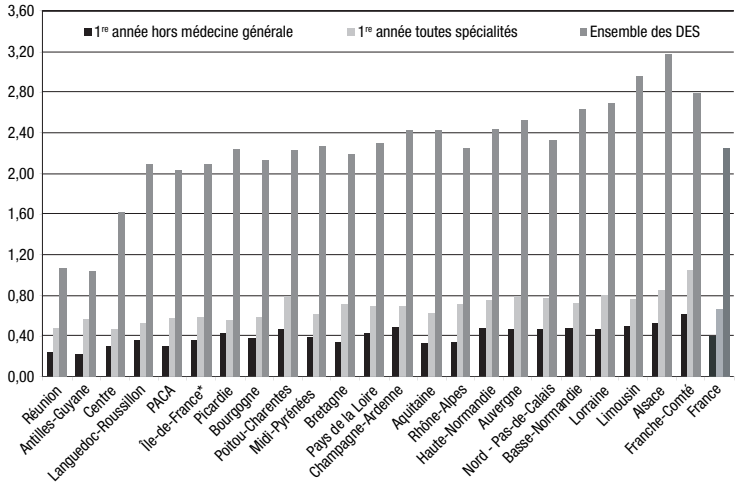
NB : la subdivision de Bobigny n'ayant pas répondu au questionnaire, toutes les données concernant l'Île-de-France (et donc la France) sont sous-évaluées et ne font pas l'objet de commentaires.
Sources : enquête ONDPS 2007, STATISS 2006.

Les écarts de densité par rapport à la moyenne nationale sont moins marqués entre les différentes régions lorsque l'on considère les seuls internes inscrits en première année de DES. Le classement des régions s'avère toutefois peu différent. En effet, le nombre d'internes de première année pour 10 000 habitants varie de 0,5 dans le Centre à 1,1 en Franche-Comté, il est de 0,7 pour la France.

Si l'on considère enfin la situation des internes inscrits en première année de DES dans des spécialités autres que la médecine générale, les écarts entre les régions apparaissent plus contrastés. Le nombre d'internes de première année hors médecine générale pour 10 000 habitants est de 0,40 pour l'ensemble du territoire, avec un minimum de 0,2 dans la subdivision Antilles-Guyane et un maximum de 0,6 en Franche-Comté (graphique 2).

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE POUR 10 000 HABITANTS



** Effectifs incomplets.*
Sources : enquête ONDPS 2007, STATISS 2006.

Quel que soit le point de vue adopté (ensemble des DES, première année et première année hors médecine générale), deux pôles s'affirment : les régions Centre, Réunion, Antilles-Guyane du côté des régions les moins dotées et les régions Franche-Comté, Alsace, Lorraine et Limousin du côté des régions les mieux dotées. Les régions dites « sous-dotées en médecins », comme le Centre, la Picardie et les DOM, se retrouvent également les moins bien dotées en internes tandis que les régions réputées mieux dotées en médecins, telles que Languedoc-Roussillon ou Provence-Alpes-Côte d'Azur sont elles aussi dans le bas du classement.

Le classement que ces graphes font apparaître doit être interprété avec prudence. En effet, quelques internes supplémentaires en Limousin auront un plus fort impact sur le classement qu'un bien plus grand nombre dans une région très peuplée.

En revanche, la distinction opérée entre les effectifs selon l'année de l'internat se révèle très éclairante pour anticiper les à-coups éventuels auxquelles sont ou seront confrontées les régions et pour apprécier la pérennité ou non de la situation actuelle. Enfin, on peut observer que le maintien des écarts tels qu'ils sont observables aujourd'hui conduirait à une accentuation à terme des disparités du fait du cumul des effectifs d'une année sur l'autre.

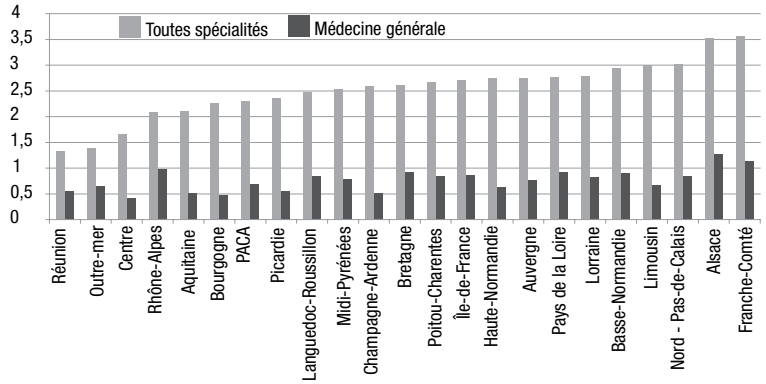
La situation actuelle des régions selon les effectifs inscrits en DES et les postes ouverts aux ECN

Pour situer relativement les situations régionales, nous avons considéré le nombre d'internes (graphique 3) et le nombre de postes ouverts à l'examen national

classant (graphique 4). En effet, sous la double condition que tous les postes soient pourvus et que l'augmentation du *numerus clausus* ne modifie pas la clé de répartition des internes entre les régions, le nombre de postes ouverts présente un intérêt pronostic plus fort que le nombre d'internes actuellement en formation, d'autant que, depuis la mise en place des ECN en 2004 la stratégie d'ouverture de postes d'internes aux ECN consiste à ouvrir plus de postes dans les régions à densité médicale faible.

Graphique 3

Nombre d'internes pour 10 000 habitants, dans l'ensemble des spécialités et en médecine générale, au 31 décembre 2006

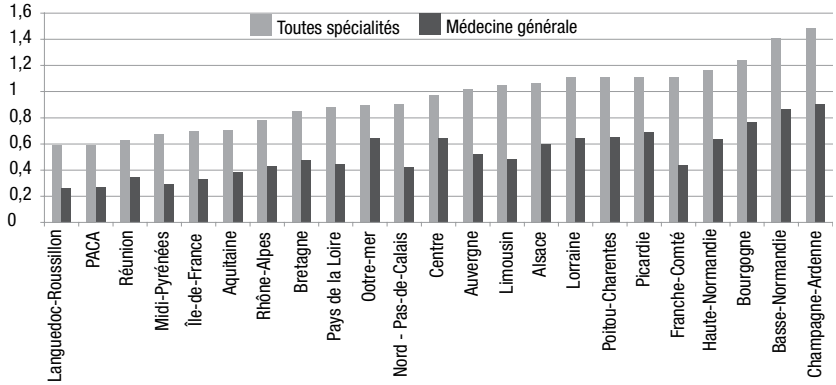


Sources : données Enseignement supérieur, STATISS 2006

L'internat de médecine générale étant plus court que pour les autres spécialités, il est logique de retrouver un nombre moins important d'internes de cette spécialité.

Graphique 4

Nombre de postes d'interne ouverts aux ECN 2007 pour 10 000 habitants



Sources : JO, *STATISS.*

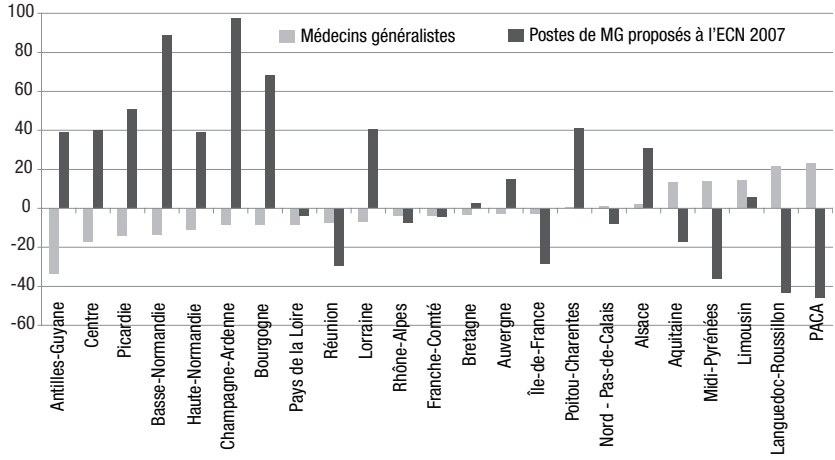
Parmi les trois régions qui présentent le nombre de postes d'internes ouverts en 2007 pour 10 000 habitants le plus élevé (graphique 4), deux d'entre elles, Champagne-Ardenne et Bourgogne, voient un renversement de leur positionnement par rapport à celui qu'elles obtiennent sur la base de leur nombre actuel d'internes (graphique 3). La Basse-Normandie se situe, dans les deux cas de figure, parmi les cinq régions les mieux situées. L'amélioration du positionnement de ces deux régions par rapport au classement national repose essentiellement sur la part importante du nombre d'internes en médecine générale qui leur a été attribué. Ce constat se vérifie plus globalement pour toutes les régions qui voient leur position s'améliorer (Centre, Picardie, par exemple). La situation examinée à partir du nombre de postes d'internes ouverts aux ECN 2007 est meilleure dans ces régions que celle qui ressort du positionnement établi à partir du nombre actuel d'internes.

La mise en regard de ces résultats avec la situation démographique actuelle de ces régions pour ce qui concerne les médecins généralistes permet de mettre en évidence quatre cas de figure (graphique 5).

- Une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN supérieur à la moyenne (exemple de la région Centre).
- Une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN inférieur à la moyenne (exemple de l'Île-de-France).
- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN inférieur à la moyenne (exemple de la région Midi-Pyrénées).
- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne et un nombre de postes de médecine générale aux ECN supérieur à la moyenne (exemple de la région Poitou-Charentes).

Graphique 5

Écart régional par rapport à la moyenne de la densité de médecins généralistes et à la moyenne des postes de médecine générale ouverts aux ECN 2007, en %



Sources : ADELI, STATISS 2006, JO.

On peut souligner que, hormis le cas de la Réunion et dans une moindre mesure le cas de l'Île-de-France, le nombre de postes d'interne en médecine générale « corrige » assez systématiquement, en positif ou en négatif, la situation de la région en densité. Par exemple, parmi les cinq régions qui présentent une densité supérieure à la moyenne nationale, quatre se voient affecter, en 2007, un nombre de postes en médecine générale inférieur à la moyenne nationale (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Midi-Pyrénées).

La prise en compte des postes réellement pourvus en médecine générale relativise la portée des mesures correctives

Tous les postes ouverts en médecine générale aux ECN ne sont pas pourvus. La prise en compte des postes non pourvus en médecine générale, permet de caractériser la situation de chacune des régions, en termes de ressources réelles d'internes dans cette spécialité.

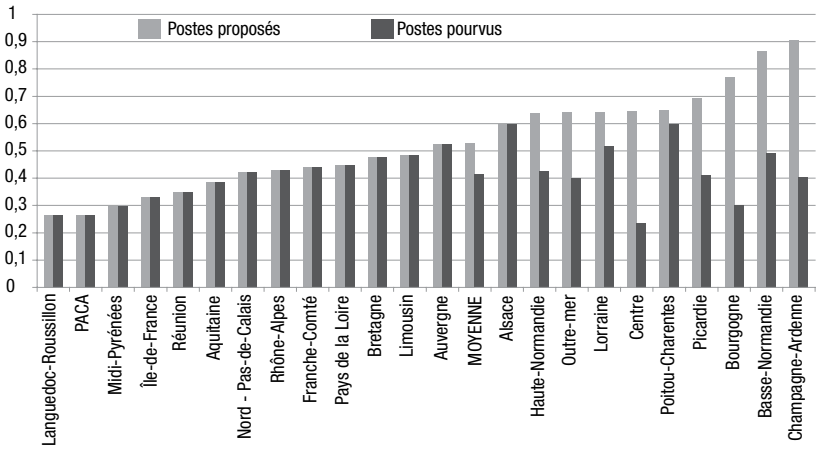
La répartition des postes pourvus en médecine générale est assez différente de la répartition des postes proposés (graphique 6). Dans seize régions, les postes offerts sont pourvus dans une proportion équivalente ou supérieure à la moyenne nationale ; en revanche, sept régions ont un nombre de postes non pourvus très supérieur à la moyenne nationale (graphique 7).

Ainsi, le nombre important de postes ouverts en MG visant une réallocation entre les régions du nombre de postes d'internes ne se traduit pas forcément par un rééquilibrage des ressources entre régions puisqu'un nombre important de ces postes reste non pourvus.

On constate que les régions Centre et Bourgogne sont largement en dessous de la moyenne nationale en part de postes pourvus, alors que leur densité médicale, plus faible, avait conduit à affecter à ces deux régions un nombre important de postes.

Graphique 6

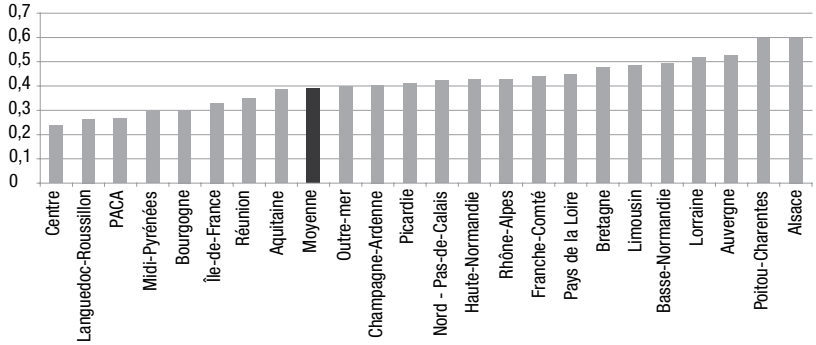
Nombre de postes d'interne de médecine générale proposés et pourvus pour 10 000 habitants aux ECN 2007



Sources : JO.

GRAPHIQUE 7

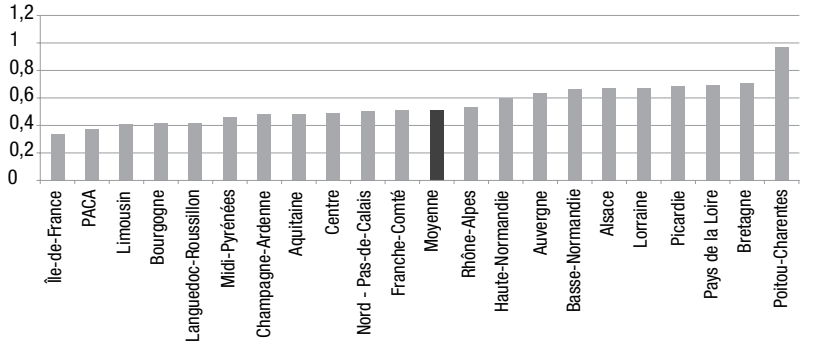
POSITIONNEMENT DES RÉGIONS PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE DES POSTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS



Le rapport entre le nombre d'étudiants choisissant un poste de médecine générale à l'issue des ECN 2007 et le *numerus clausus* subi par la même promotion d'étudiants des années 2001-2002 place encore la Bourgogne en dessous de la moyenne, alors que la région Centre en est moins éloignée. Le faible *numerus clausus* de la région Centre en 2001-2002 pourrait expliquer la faiblesse du nombre des étudiants ayant choisi cette subdivision après l'ECN 2007. Le faible nombre d'étudiants en D4, par rapport au nombre de postes offerts dans une région, peut expliquer que tous les postes ne soient pas pourvus dans cette région[1].

GRAPHIQUE 8

RAPPORT ENTRE LE NOMBRE DE POSTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE POURVUS APRÈS L'ECN 2007 ET LE *NUMERUS CLAUSUS* 2001-2002



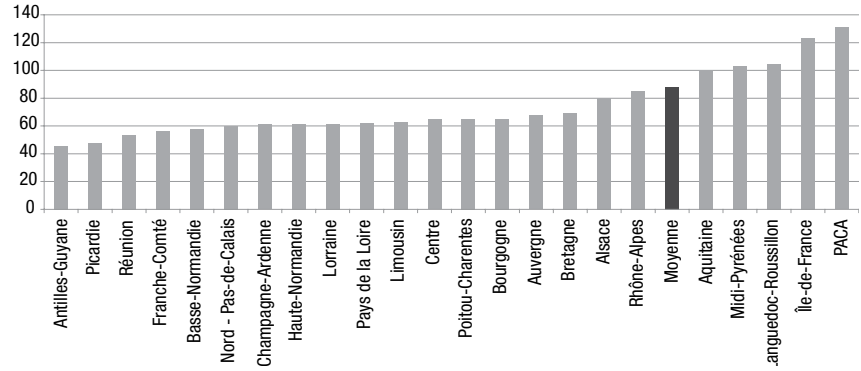
1. *Cf.* la contribution de M. Vanderschelden pour l'analyse des changements de subdivision, dans ce tome.

La répartition des postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale

Les deux graphes suivants rappellent en préalable la densité des médecins spécialistes autres que de médecine générale selon les régions (graphique 9) et situent chaque région par rapport au nombre de postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale ouverts aux ECN 2007 (graphique 10).

Graphique 9

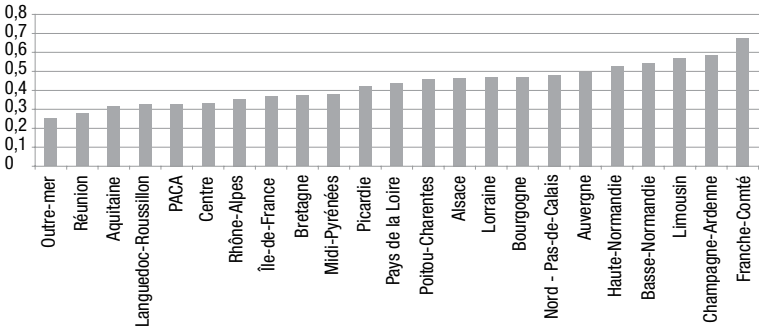
Densité régionale de médecins spécialistes pour 10 000 habitants



Sources : Adeli, Statiss.

Graphique 10

Nombre de postes ouverts d'interne de spécialité autre que médecine générale aux ECN 2007 pour 10 000 habitants

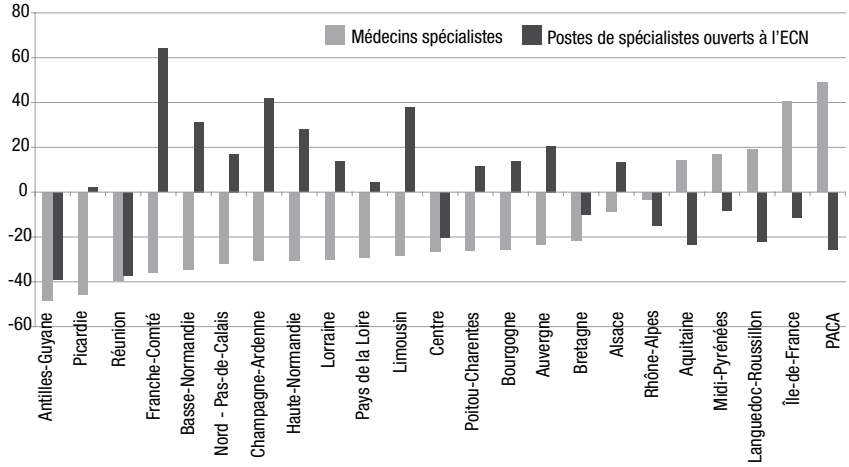


Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Plusieurs observations se dégagent de la mise en perspective des postes ouverts aux ECN 2007 avec les données démographiques. Rapporté à la population, le nombre de postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale offerts aux ECN 2007 subit d'abord des écarts moindres d'une région à l'autre que ceux qui caractérisent les postes ouverts en médecine générale (graphique 5 et graphique 11).

GRAPHIQUE 11

ÉCART RÉGIONAL PAR RAPPORT À LA MOYENNE DES DENSITÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES ET DE POSTES DE SPÉCIALITÉS AUTRES QUE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, EN %



Sources : Statiss, arrêté du 28 juin 2007.

La logique « corrective » ou de compensation mise en évidence pour la médecine générale ne se retrouve pas aussi systématiquement pour les postes d'interne de spécialité autre que la médecine générale. À côté de la logique de « compensation », équivalente à celle de la médecine générale qui caractérise un grande nombre de régions, on observe plus fréquemment une situation « perdant-perdant » qui regroupe des régions caractérisées à la fois par une densité de spécialistes inférieure à la moyenne nationale et par un pourcentage de postes ouverts inférieur à la moyenne nationale. Les régions Antilles-Guyane, Bretagne, Centre, Réunion et Rhône-Alpes illustrent ce cas de figure.

La compensation positive, dans laquelle une densité inférieure à la moyenne nationale est associée à un pourcentage de postes ouverts dans la région supérieur à la moyenne nationale, concerne les régions Alsace, Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse et Haute-Normandie, Limousin, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes. La compensation est toutefois d'une ampleur sans commune mesure entre les régions. La situation de compensation négative dans laquelle une densité de médecins spécialistes supérieure à la moyenne nationale est associée à un pourcentage de postes ouverts aux ECN 2007 inférieur à la moyenne nationale caractérise cinq régions : Aquitaine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La distinction entre les postes offerts dans les spécialités médicales et chirurgicales fait toutefois apparaître que ce constat s'applique surtout aux postes offerts en spécialités chirurgicales. Les variations entre les régions restent marquées pour les spécialités médicales.

De fortes variations selon les spécialités

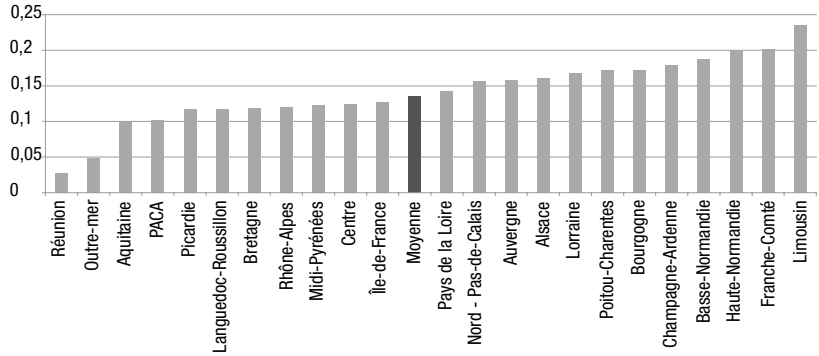
La série de graphiques présentée ci-dessous (graphiques 12 à 18) illustre comment s'opèrent les positionnements régionaux au regard des postes ouverts aux ECN 2007

selon les différentes filières autres que la médecine générale (*cf.* aussi Annexe 4 pour la médecine du travail et la santé publique).

Si l'on considère l'ensemble des postes ouverts dans les spécialités autres que la médecine générale, les variations sont de environ 0, 6 poste pour 10 000 habitants en Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Limousin, à 0, 3 et moins pour l'outre-mer, Réunion, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur (graphique 10). La Franche Comté conserve ce meilleur positionnement relatif, quelle que soit la filière considérée. Le même constat s'applique pour Champagne-Ardenne, à l'exception de la gynécologie obstétrique et pour le Limousin, à l'exception de la pédiatrie. Les régions qui se situent, à l'inverse, parmi celles qui présentent globalement la densité la plus faible de postes ouverts aux ECN 2007, confirment ce moins bon positionnement relatif, quelle que soit la filière considérée.

Graphique 12

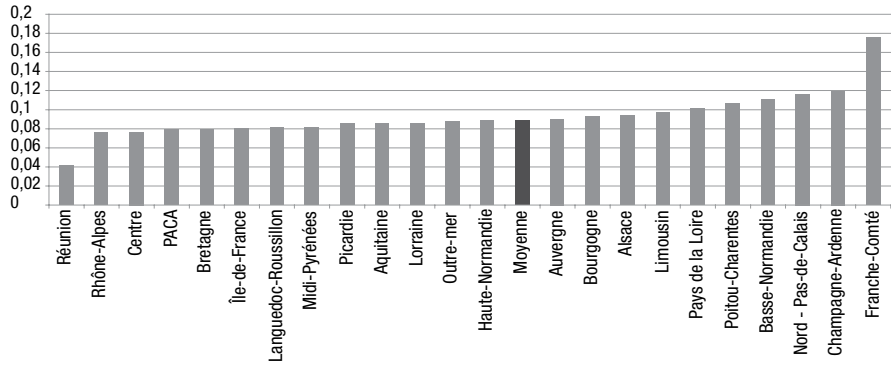
Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en spécialités médicales pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Graphique 13

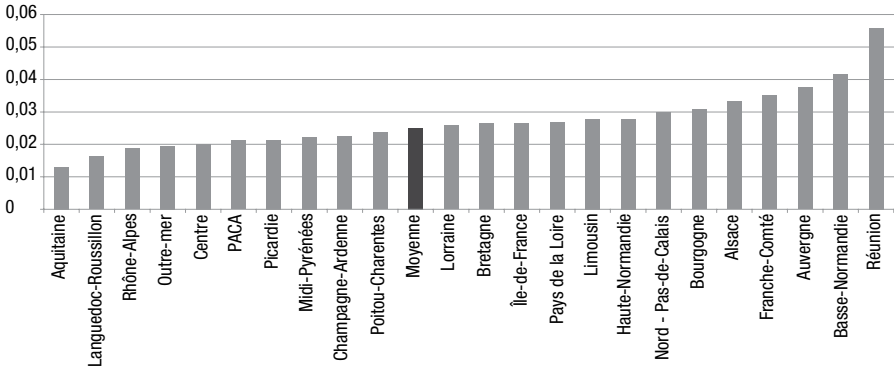
Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en spécialités chirurgicales pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 14

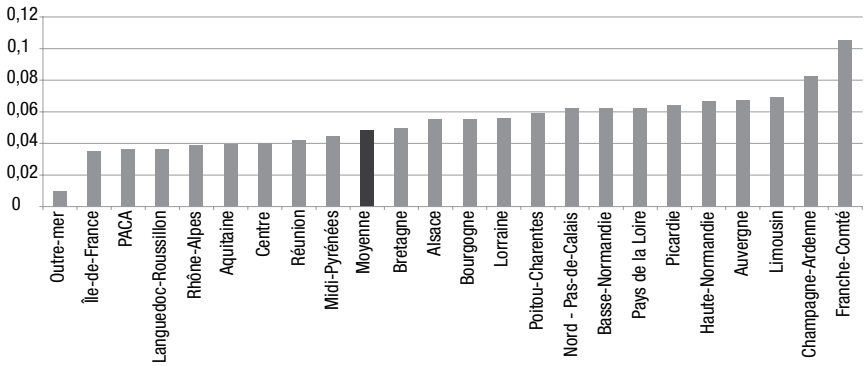
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 15

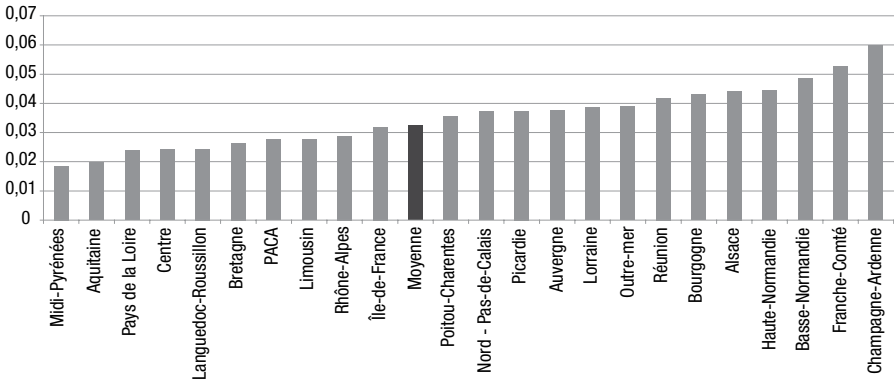
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN PSYCHIATRIE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

GRAPHIQUE 16

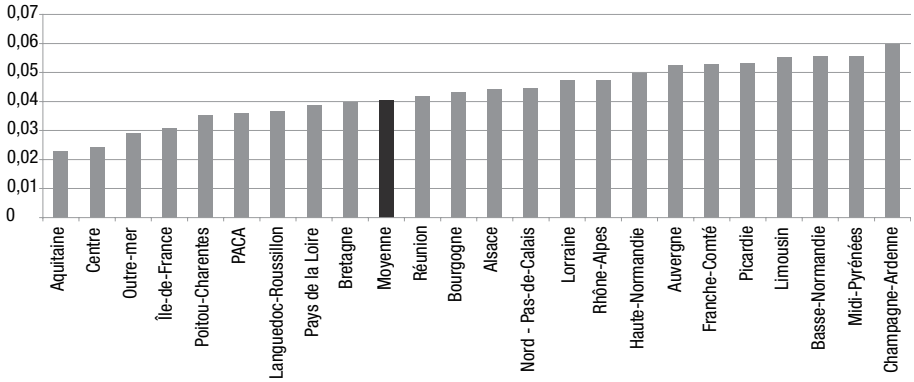
NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN 2007 EN PÉDIATRIE POUR 10 000 HABITANTS



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Graphique 17

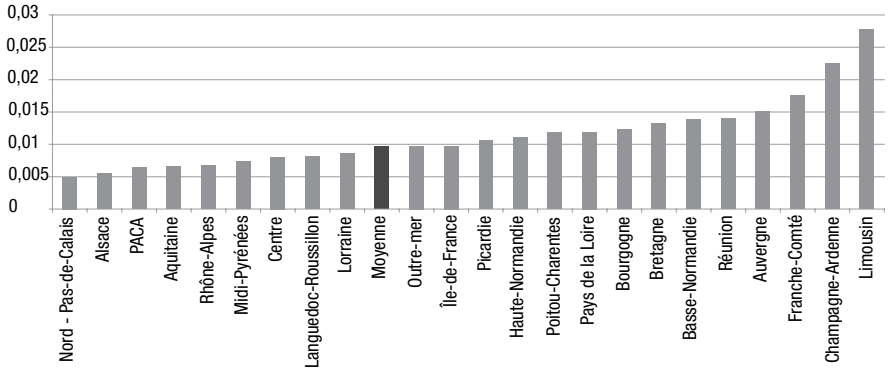
Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en anesthésie réanimation pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Graphique 18

Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en biologie médicale pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Les régions disposent de ressources variables

Les capacités de formation

Les enseignants universitaires et les personnels seniors assurant l'encadrement dans les hôpitaux

Nous caractérisons dans les graphiques suivants les ressources régionales de formation pour 10 000 habitants en prenant en compte deux critères différents :

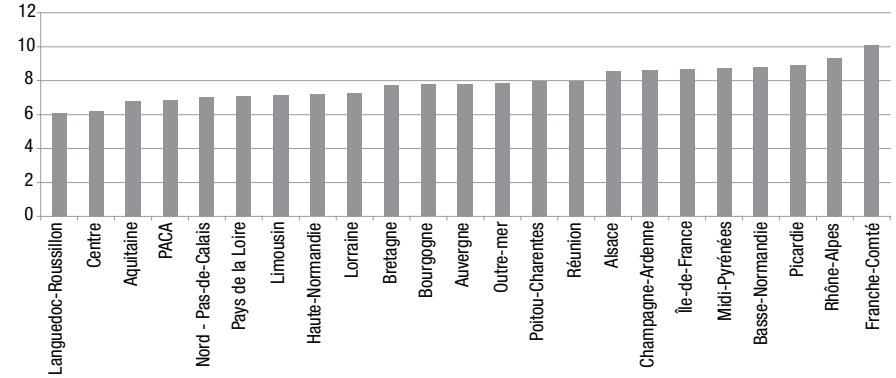
- le nombre de postes de médecins seniors hospitaliers universitaires et tous PH inclus. Ces postes constituent un indicateur de la capacité médicale d'encadrement. Les PH temps partiel ne sont pas inclus, par manque de données concernant leurs effectifs ;
- le nombre de postes d'enseignants universitaires. Ces postes reflètent strictement la capacité universitaire enseignante.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors pour 10 000 habitants peut constituer un indicateur du potentiel des capacités d'accueil en stages hospitaliers, puisque, en pratique, les PH assurent, le plus souvent, l'encadrement dans les services. Il ne reflète pas pour autant les capacités d'accueil réelles, puisque notamment un certain nombre de PH parmi la population totale se trouvent dans des services hospitaliers qui ne sont pas agréés. En outre, il conviendrait de considérer le nombre de lits pour disposer d'une appréciation plus fine.

On constate que ce nombre est relativement homogène, même si les disparités qui existent ne sont pas sans conséquence dans les établissements (*cf.* graphique 1).

Graphique 1

Nombre de seniors (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) pour 10 000 habitants

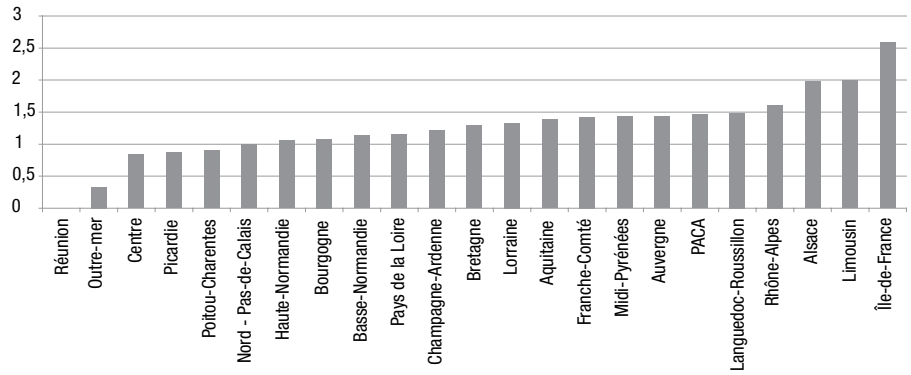


Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

À l'inverse, on constate une forte hétérogénéité entre les régions en ce qui concerne la densité d'enseignants par rapport à la population (graphique 2).

Graphique 2

Nombre d'enseignants (PU/MCU PH + CCA/AHU) pour 10 000 habitants

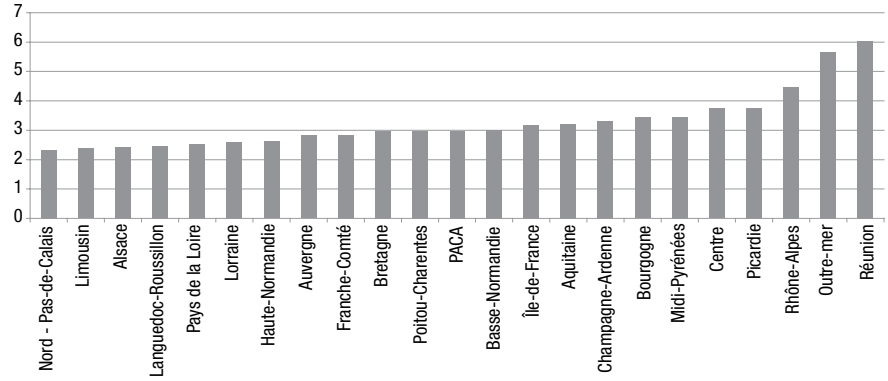


Sources : JO du 7 décembre 2006, STATISS.

Le nombre de médecins hospitaliers seniors par interne permet d'évaluer les différences d'utilisation des capacités de formation universitaire et du potentiel d'encadrement hospitalier, selon les régions (graphique 3).

Graphique 3

Nombre de seniors (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) par interne



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

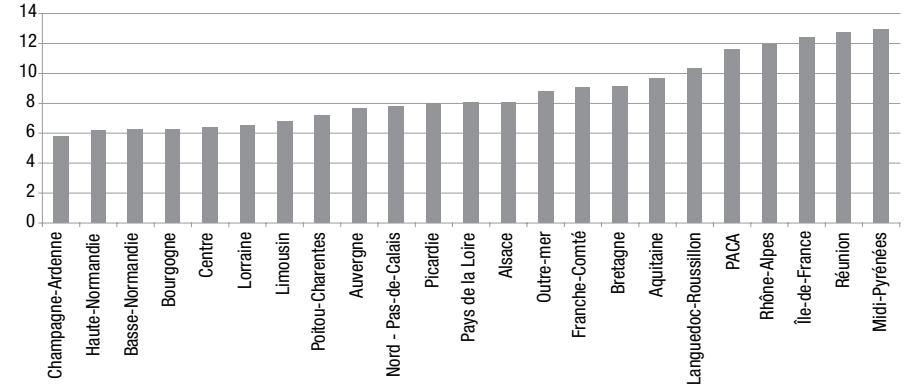
Comme dans le raisonnement adopté précédemment, on considère que le nombre de postes ouverts aux ECN 2007 présente une meilleure capacité prévisionnelle que l'utilisation du nombre actuel d'internes en formation (graphique 4).

On constate une grande hétérogénéité en termes de capacité d'encadrement universitaire des internes. Cette hétérogénéité apparaît également si l'on rapporte les données d'encadrement au nombre de postes d'interne ouverts aux ECN. Cette

hétérogénéité des capacités d'encadrement universitaire, qui ne pourrait s'infléchir que lentement, soulève des interrogations quant à la capacité de toutes les régions à absorber les augmentations de l'effectif des internes qui se profilent, sans une évolution de leur corps enseignant.

GRAPHIQUE 4

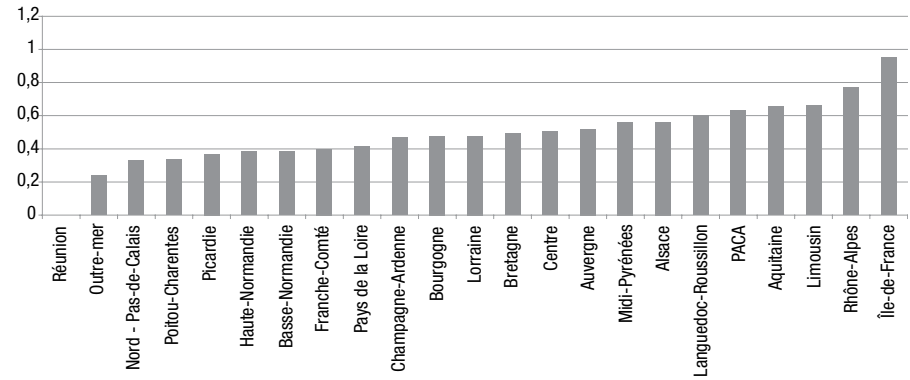
NOMBRE DE SENIORS (PU/MCU PH + PHTP + CCA/AHU) PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN 2007



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 5

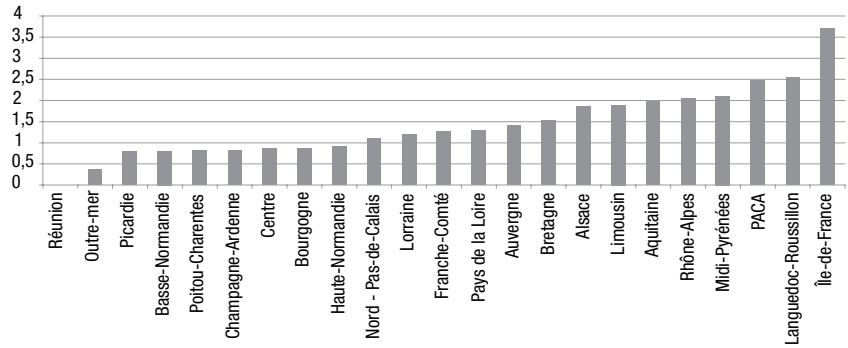
NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) PAR INTERNE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

Graphique 6

Nombre d'enseignants (PU/MCU PH + CCA/AHU) par poste d'interne aux ECN 2007



Sources : JO *du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.*

■■ Le postinternat universitaire

Il existe aujourd'hui 3 584 postes de chef de clinique-assistant des hôpitaux et d'assistant hospitalo-universitaire. Ce nombre coïncide avec celui des internes, puisque les promotions d'internes accédant actuellement à ces postes ont subi un *numerus clausus*, après leur première année, fixé il y a onze ans à 3 583 (*NC* de 1997). L'augmentation du nombre d'internes pose donc avec acuité la question du postinternat. Il n'est pas acquis que la disponibilité future des postes de chefs de clinique permette d'offrir des conditions de seniorisation équivalentes à celles qui prévalaient jusqu'alors.

Or le postinternat, comme le souligne un rapport récent[1], constitue une étape importante. Il permet :

« • de renforcer la professionnalisation du jeune médecin ;
• au jeune médecin de commencer à se créer un réseau professionnel et un réseau patients ;
• d'assurer dans une large mesure le fonctionnement quotidien du service hospitalier d'affectation ;
• de bénéficier de la possibilité de pouvoir prétendre, une fois installé en secteur libéral ou pour la partie libérale de son activité hospitalière, au bénéfice du secteur 2 (honoraires libres).»

Le postinternat assure donc une triple fonction : une fonction de formation, une fonction de préparation à l'exercice, une fonction d'offre de soins. La formation des plus jeunes repose en outre sur ces praticiens, qui constituent aussi le potentiel de la relève universitaire. La disponibilité de ces postes constitue un facteur impor-

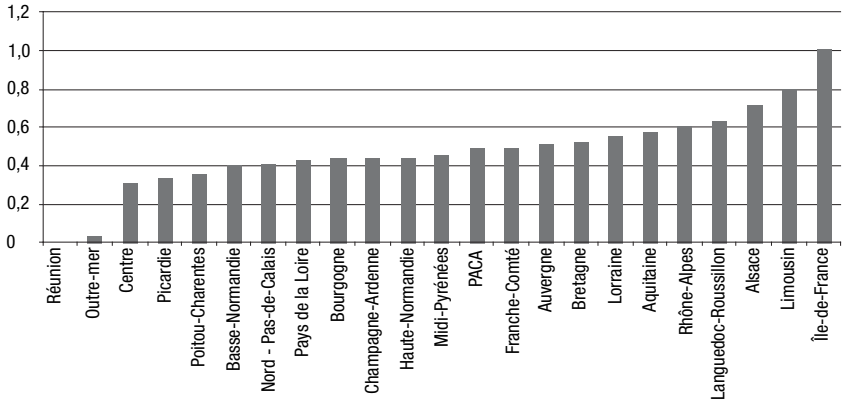
1. S. Briançon, B. Toussaint, *Démographie des spécialistes formés par l'internat. Le regard des coordonnateurs de filières,* rapport au comité régional de l'ONDPS, université Henri-Poincaré, faculté de médecine, École de santé publique, Nancy, octobre 2007.

tant d'attractivité, qui influence tant le choix d'une discipline que celui du territoire d'exercice. C'est pourquoi le nombre global de ces postes, leur répartition selon les filières et selon les régions sont des éléments particulièrement importants à examiner.

La situation actuelle est marquée par un nombre de postes pour 10 000 habitants qui varie fortement d'une région à l'autre (graphique 7). L'inégale répartition des postes de CCA/AHU reflète, logiquement, l'inégale répartition des capacités enseignantes universitaires (graphique 8).

GRAPHIQUE 7

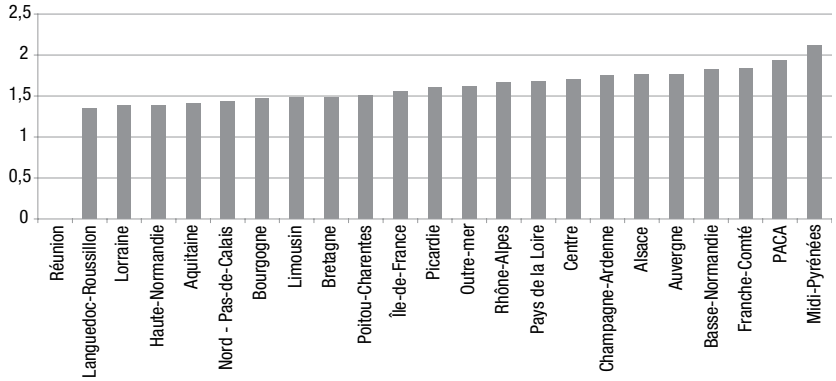
NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU POUR 10 000 HABITANTS



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 8

NOMBRE DE PU/MCU PH PAR POSTE DE CCA/AHU



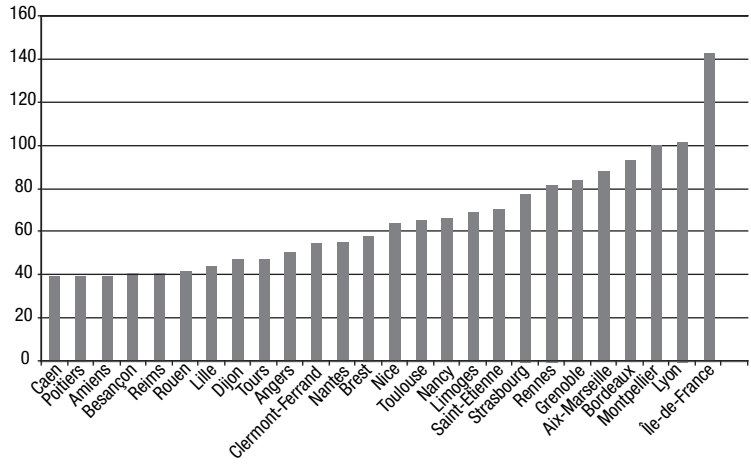
Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

La probabilité d'avoir un poste de chef de clinique diffère largement d'une région à l'autre, et d'une subdivision à l'autre et l'examen par subdivision et par interrégion

fait apparaître le meilleur positionnement de l'Île-de-France ainsi que des régions méridionales (graphiques 9 et 10).

Graphique 9

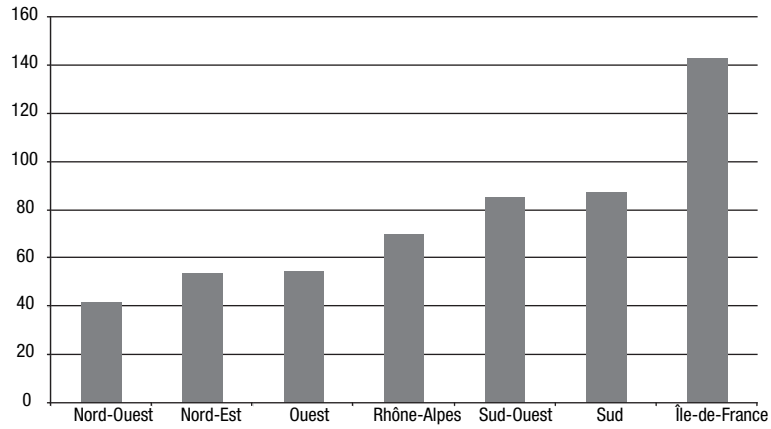
Nombre de postes de chef de clinique par interne, par subdivision



Lecture : Montpellier dispose aujourd'hui d'un poste de chef de clinique par interne, l'Île-de-France a un nombre de postes de chef de clinique supérieur de 40 % à sa population d'internes, Caen, Poitiers, Amiens, Besançon et Reims ont un nombre de postes de chef de clinique inférieur de 60 % à celui de leur population d'internes.
Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

Graphique 10

Nombre de postes de chef de clinique par interne, par interrégion



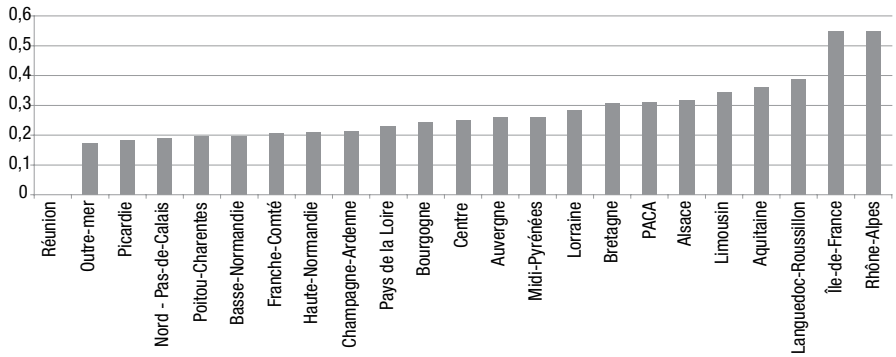
Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

La médecine générale ne dispose que depuis peu de postes universitaires. Afin de neutraliser cet effet, nous rapportons le nombre de postes de CCA et d'AHU, d'une part, à celui du nombre d'internes autres que ceux de médecine générale et, d'autre part,

au nombre de postes d'interne autres que médecine générale ouverts aux ECN. Il ressort de cet examen que l'inégalité de répartition identifiée précédemment se retrouve aussi si on compare le nombre de postes de CCA/AHU au nombre d'internes en formation, dans une autre spécialité que la médecine générale (graphiques 11 et 12).

GRAPHIQUE 11

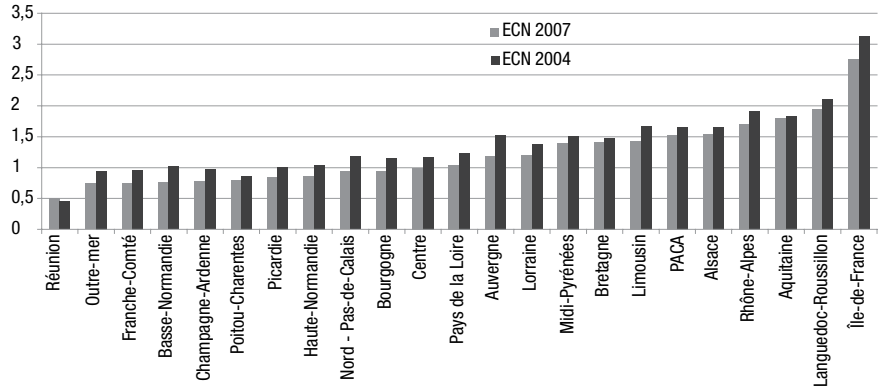
NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU PAR INTERNE D'UNE AUTRE SPÉCIALITÉ QUE MÉDECINE GÉNÉRALE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 12

NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN D'UNE AUTRE SPÉCIALITÉ QUE MÉDECINE GÉNÉRALE



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

Hormis pour l'Aquitaine, le ratio postes de chef de clinique sur le nombre d'internes diminue entre les ECN 2004 et les ECN 2007. Ce constat fait écho aux remarques formulées par de nombreuses régions dans le cadre de l'enquête de l'ONDPS. Elles soulignent que la progression du nombre d'internes devrait être accompagnée d'une augmentation du nombre de postes de chefs de clinique. Les régions moins bien dotées en capacités de formation, qui ont vu leur nombre d'internes progresser, s'interrogent sur l'adaptation du dispositif d'accueil, notamment en chirurgie.

L'exemple de la chirurgie

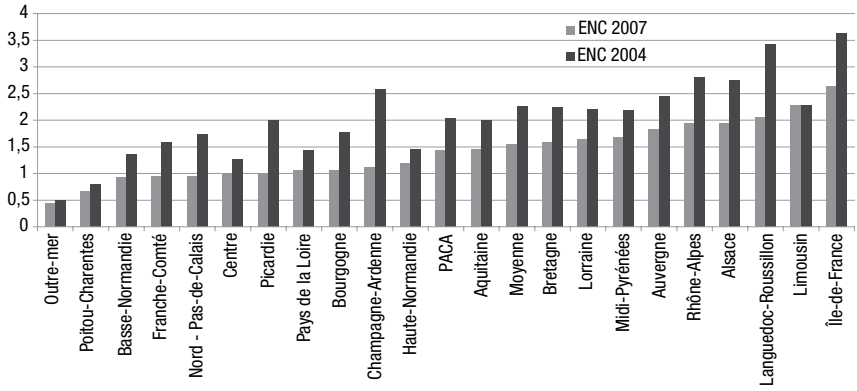
La situation de la chirurgie est particulière, puisque l'ensemble des formations aux spécialités chirurgicales nécessite un postinternat universitaire.

L'augmentation importante du nombre de postes d'interne de chirurgie ouvert à l'examen classant national (380 en 2004 et 550 en 2005, 2006 et 2007) ouvre la question de la disponibilité des postes de CCA/AHU de chirurgie correspondants et donc de la possibilité de valider une maquette intégrant le DESC.

Le postinternat ayant une durée de deux ans, deux fois plus de postes de CCA/AHU que de postes d'interne en chirurgie sont nécessaires pour que tous puissent profiter d'une formation équivalente. Sur la base des postes ouverts aux ECN 2007, seulement trois régions atteignent ou dépassent ce ratio (Île-de-France, Limousin, Languedoc-Roussillon).

Graphique 13

Nombre de postes de CCA/AHU de chirurgie et d'anatomie par poste d'interne de chirurgie aux ECN



Sources : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

La gestion régionale des internes

Les informations relatives aux capacités actuelles de financement sont peu disponibles et harmonisées

Les différents acteurs régionaux qui ont informé le questionnaire de l'ONDPS ont rencontré de grandes difficultés pour rassembler les informations relatives au financement des postes (*cf.* encadré 1).

ENCADRÉ

Faute, pour un certain nombre de régions, de pouvoir reconstituer l'historique et les évolutions des attributions de postes, la base retenue dans le cadre de cette enquête comme source d'informations sur les postes budgétaires attribués à la région pour le secteur hospitalier, et donc le potentiel de postes utilisables, est la base SAE. Il s'avère qu'elle n'est pas adaptée pour cet usage. En effet, le questionnaire SAE ne dénombre pas des postes budgétaires (et ce d'autant qu'il n'existe plus de tableau d'effectifs médicaux « consacrant » ces postes) mais des internes effectivement rémunérés au 31 décembre. Ceux-ci sont recrutés sur des crédits disponibles, et pas seulement à partir de « postes » d'interne vacants… En outre, il existe de nombreux FFI dans des services (voire des hôpitaux entiers) qui ne sont pas agréés et qui ne peuvent donc, de toutes façons, pas accueillir des internes.
Toutes ces raisons expliquent que, par exemple en Alsace, si 861 internes étaient rémunérés dans SAE, la DRASS ne comptabilise que 587,5 postes « utilisables ».
Du coup, le raisonnement consistant à totaliser le chiffre SAE (y compris les FFI, et ce quel que soit l'établissement) et les postes « sacs-à-dos » pour aboutir au nombre de postes rémunérés utilisables pour la région paraît discutable. D'autres régions l'ont récusé (le Centre notamment) et ont signalé se référer à une enquête semestrielle auprès des établissements pour connaître ces postes théoriquement utilisables.

Une autre observation renforce le constat d'une inadaptation de la source SAE. La question de la place accordée dans l'analyse aux internes en pharmacie est posée par plusieurs régions. Le questionnaire SAE permet de dénombrer plusieurs catégories d'internes (les internes en spécialités, ventilés en médecine, pharmacie, odontologie, les IMG, les FFI et DIS) et il n'était pas précisé celui qu'il fallait retenir (total ou…). Plusieurs régions en ont été gênées et ont éprouvé le besoin d'isoler, dans leurs commentaires, les pharmaciens.

Des incertitudes sur les possibilités de financement et les marges de manœuvre

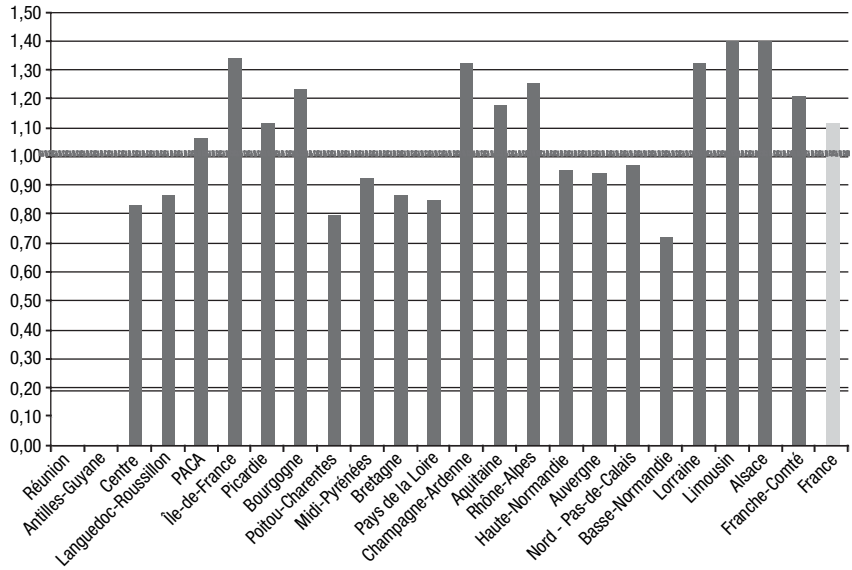
Des résultats de l'enquête sont présentés, en dépit de la non-exhaustivité des réponses et de la nécessité de consolider les données qui ont été transmises. L'intérêt

de ces informations est, d'une part, de faire apparaître, dans ce domaine également, la grande hétérogénéité des situations. Les constats relatifs à l'absence de références communes en matière gestionnaire et prévisionnelle nous paraissent, d'autre part, tout à fait importants à souligner.

Il existerait, selon les données recueillies dans l'enquête, une marge de +12 % entre le nombre de « postes budgétaires attribués à la région pour le secteur hospitalier » et le « nombre total d'internes à rémunérer ». Cette marge varie de -27 % en Basse-Normandie à +40 % dans le Limousin et en Alsace. Douze régions auraient une marge négative.

Graphique 1

Nombre de postes budgétés/nombre d'internes à rémunérer



Lecture : Les régions situées au-dessus de 1, disposeraient d'un nombre de postes budgétés supérieur à leur nombre d'internes (c'est le cas par exemple pour la Franche-Comté et l'Alsace).
Sources : Enquête ONDPS.

■ ■ Des financements complémentaires sur des crédits ARH dans beaucoup de régions

Un certain nombre de postes budgétaires d'interne ont été financés pour le semestre de façon complémentaire dans quelques régions : douze régions (sur 22) ont dû assurer ce type de financement pour un total de 539 postes ; la majorité (10) l'a fait grâce à des crédits ARH. Dans deux régions (Pays de la Loire et Poitou-Charentes), le financement a été assuré par les hôpitaux eux-mêmes.

Seize régions ont essayé de faire des prévisions au moins pour une année, certaines ont engagé cette prévision pour les deux prochaines années. On peut souli-

gner que deux régions ne prévoient pas d'évolution du nombre d'internes alors que la plupart des autres prévoient une augmentation significative (tableau 1).

TABLEAU 1

SITUATION DES RÉGIONS PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS DE FINANCEMENT

Région	Nombre de postes complémentaires	Financeurs	Prévisions	Sur N année	Notes
Alsace	22	ARH	Oui	2	
Aquitaine	0		Non		
Auvergne	71	ARH (14)	Oui	2	
Basse-Normandie	88	ARH	Oui	2	
Bourgogne	0		Oui	2	
Bretagne	34	ARH	Non		
Centre	0		Oui	2	
Champagne-Ardenne	4	ARH	Oui	1	
Franche-Comté	33	ARH	Oui	1	
Haute-Normandie	0		Oui	2	
Île-de-France	0		Oui	1	
Languedoc-Roussillon	0		Oui	2	Pas de variation prévue
Limousin	5	ARH	Oui	2	Pas de variation prévue
Lorraine	3	ARH	Oui	2	
Midi-Pyrénées	10	ARH	Non		
Nord - Pas-de-Calais	0		Oui	1	
Pays de la Loire	132	ARH (33) Hôpitaux (89)	Oui	2	
Picardie	0		Non		
Poitou-Charentes	95	Hôpitaux	Oui	1	
PACA	0		Oui	1	
Rhône-Alpes	42	ARH	Non		

Sources : DHOS M3.

■■ Les postes « sacs à dos »

Initialement, les budgets correspondant à ces postes devaient faciliter la mobilité inter ou intrarégionale ou internationale des internes. Ce dispositif de financement peut notamment permettre l'ouverture de postes d'internes dans des services formateurs qui n'en disposaient pas, faute de financement, notamment les CHG, les PSPH ou en secteur libéral pour certaines spécialités. Les ARH ont en charge leur mise en œuvre, après avis des commissions de subdivision.

La mise en place de cette souplesse s'opère progressivement. Selon les données recueillies dans l'enquête de l'ONDPS, le nombre d'internes « sacs à dos » mis effectivement en place est de 483 sur la France. Il varie de 0 à la Réunion, en Rhône-Alpes, Basse-Normandie et Limousin à 71 dans le Nord - Pas-de-Calais et 140 en Île-de-France (tableau 2).

Tableau 2

Nombre d'internes « sac à dos » par région

Région	Nombre d'internes « sacs à dos »
Alsace	9
Antilles-Guyane	0
Aquitaine	10
Auvergne	8
Basse-Normandie	0
Bourgogne	8
Bretagne	10
Centre	9
Champagne-Ardenne	8
Franche-Comté	1
Haute-Normandie	7
Île-de-France	140
Languedoc-Roussillon	8
Limousin	0
Lorraine	43
Midi-Pyrénées	42
Nord - Pas-de-Calais	71
Pays de la Loire	48
Picardie	9
Poitou-Charentes	16
PACA	36
Réunion	0
Rhône-Alpes	0
France	483

Sources : Enquête ONDPS.

Si l'on rapporte le nombre de postes « sacs à dos » effectivement mis en place au nombre d'internes de fortes variations régionales apparaissent. On compte ainsi 25 budgets « sacs à dos » pour 10 000 internes en Franche-Comté, et 611 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Selon les données fournies par la DHOS, le financement de 250 postes était prévu en 2006, et de 600 postes en 2007 (tableau 3).

TABLEAU 3

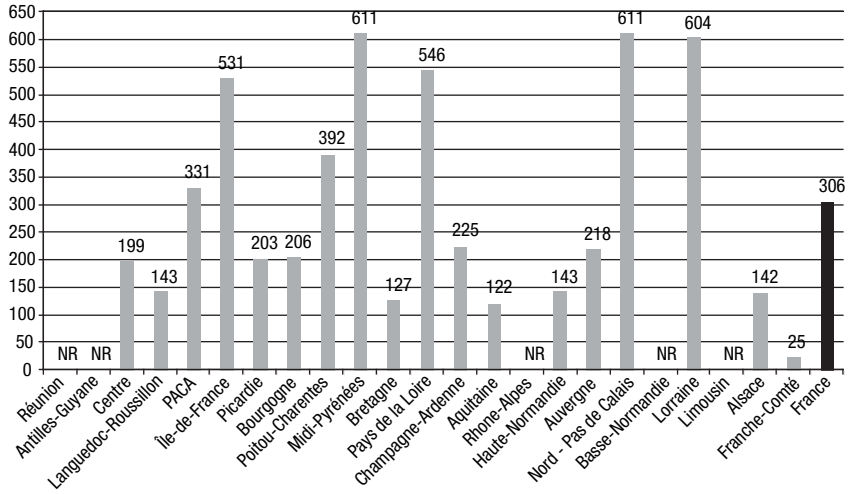
POSTES « SACS À DOS » FINANCÉS PAR RÉGION

Région	Postes 2006*	Année 2007
Alsace	9	20
Antilles-Guyane	0	10
Aquitaine	10	24
Auvergne	8	14
Basse-Normandie	8	14
Bourgogne	8	15
Bretagne	10	26
Centre	9	15
Champagne-Ardenne	8	14
Franche-Comté	7	12
Haute-Normandie	7	16
Île-de-France	50	148
Languedoc-Roussillon	10	20
Limousin	6	11
Lorraine	10	23
Midi-Pyrénées	10	22
Nord - Pas-de-Calais	13	43
Pays de la Loire	10	28
Picardie	9	14
Poitou-Charentes	8	13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	42
Réunion	6	1
Rhône-Alpes	17	55
France	250	600

** Postes budgétés 2006, reporté en 2007.*
Sources : DHOS M3.

Graphique 2

Nombre d'internes « sacs à dos » pour 10 000 internes, par région



Sources : Enquête ONDPS 2007.

■■ Les capacités futures de financement

Le questionnaire prévoyait un certain nombre de questions relatives aux capacités futures de financement dont disposait chaque région. Les consignes de remplissage précises n'ont cependant pas permis d'obtenir des informations permettant de dégager des tendances chiffrées ou d'effectuer des comparaisons, car il apparaît que les références budgétaires ont des contenus très différents d'une région à l'autre.

En effet, la lecture des réponses de chaque région et des commentaires montre à la fois :

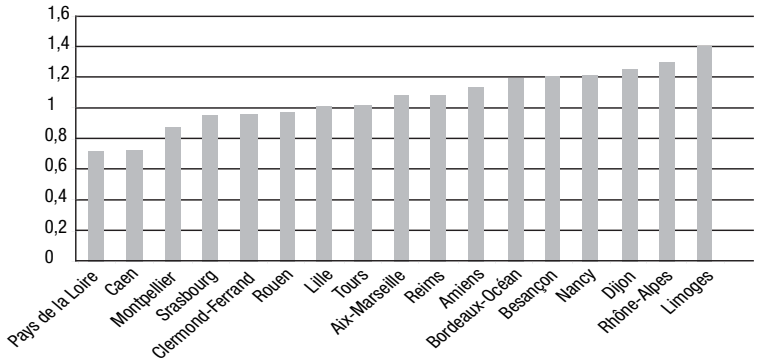
- la difficulté rencontrée par les responsables pour rassembler les informations demandées : les non-réponses sont très fréquentes et ne concernent pas les mêmes items suivant les régions ;
- mais, surtout, l'hétérogénéité de compréhension des notions utilisées, notamment celle de « postes budgétaires ». En effet, celle-ci n'est plus pertinente depuis que les hôpitaux ont acquis la possibilité d'utiliser des crédits non utilisés (du fait de postes médicaux vacants par exemple) pour recruter des FFI. De plus, les nouvelles règles de gestion financière des hôpitaux instaurées en 2005 ont augmenté encore l'autonomie de gestion des postes en supprimant la référence à un tableau d'emplois médicaux stable figurant dans un document à disposition des DRASS. Il suffit d'une délibération pour modifier la répartition des crédits et donc les postes offerts.

Le seul élément quasi constant qui ressort des réponses transmises concerne les capacités de récupérer des financements. En dehors de l'Aquitaine, de la Lorraine et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, aucune possibilité de « récupérer » des finance-

ments n'existe, même dans les régions qui déclarent disposer de plus de postes budgétaires utilisables que d'internes à rémunérer, c'est-à-dire un ratio supérieur à 1 (graphique 3). L'interprétation de ces résultats devra être développée ultérieurement avec les gestionnaires régionaux.

GRAPHIQUE 3

NOMBRE DE POSTES RÉMUNÉRÉS UTILISABLES SUR LE NOMBRE D'INTERNES À RÉMUNÉRER



Sources : Enquête ONDPS 2007.

Les internes qui commencent un troisième cycle dans une région resteront dans cette région au minimum trois ans et, dans la moitié des cas, de quatre à cinq ans. Les évolutions annuelles d'effectifs d'internes se faisant plus ou moins *au prorata* des effectifs de l'année précédente, les données quantitatives sont au niveau des régions relativement prévisibles dans cette temporalité. Pourtant il ressort de l'enquête que moins de la moitié des régions ont engagé cet examen prévisionnel à deux ans et que très peu sont en capacité d'adopter un raisonnement prospectif au-delà.

Les procédures, très codifiées, sont relativement harmonisées

L'enquête a permis d'obtenir des informations sur les modalités de gestion des stages et des internes mises en place dans chaque région

L'agrément des stages

Il existe partout une commission par subdivision. Elle se réunit une fois par an, excepté en Bretagne où elle se réunit deux fois. Elle ne s'est pas réunie en 2006 dans le Limousin. Une organisation particulière est mise en place en Île-de-France compte tenu de la taille de la région : il existe une commission par spécialité et par groupe de disciplines.

De façon générale, l'ARH n'est pas invitée à participer à ces commissions. Dans la majorité des subdivisions, les internes participent aux réunions.

Dans 21 subdivisions, soit dans une grande majorité d'entre elles, la commission suit l'avis du coordonnateur interrégional. La commission de subdivision pour

les agréments dispose de l'avis des coordonnateurs interrégionaux des DES et de celui des coordonnateurs locaux (qui n'ont cependant aucune existence « légale »). L'avis prépondérant est celui des coordonnateurs interrégionaux en cas de divergence mais bien souvent les avis convergent, en sorte que l'avis du coordonnateur local se trouve aussi suivi dans 12 subdivisions.

La nouvelle procédure d'agrément des services a été mise en place dans 22 subdivisions sur 28. Les agréments sont toujours accordés par service. L'agrément est donné à un service, le pôle étant une entité beaucoup trop large et qui recouvre des services et donc des spécialités diverses d'un lieu à l'autre.

Vingt et une subdivisions demandent l'imprimé d'agrément et 18 subdivisions demandent aussi un projet pédagogique par type d'agrément. La durée de l'agrément des stages diffère assez fortement d'une région à l'autre. Ainsi, le pourcentage de stages agréés pour cinq ans varie entre 0 % (Rhône-Alpes, Auvergne, Poitou, Centre, Limousin, Antilles) et 98 % (Pays de la Loire). Dans 22 subdivisions sur 26 répondantes, certains services ont été agréés pour un an.

Quelques subdivisions signalent la difficulté de faire des contrôles sur place dans les services, les visites n'ont pas lieu faute de financement dans certains cas ; il est aussi fait état d'une position de principe des commissions de revoir les agréments chaque année. Des remarques sont également formulées sur le décalage entre la législation qui prévoit des agréments quinquennaux et l'application informatique SIRIUS (Système d'information régional de l'internat) qui ne permet de saisir que les agréments de l'année et les refus d'agrément.

L'affectation des postes

La commission de subdivision se réunit en général deux fois par an : une fois pour le semestre d'été (mai-octobre) et une fois pour le semestre d'hiver (novembre-avril). En Alsace, dans le Languedoc-Roussillon et en Aquitaine, elle se réunit quatre fois par an. Dans ces régions, chaque localisation est précédée d'une pré-localisation. Les travaux préparatoires à la localisation existent dans toutes les subdivisions mais sans formalisation. Dans certaines subdivisions, la commission de subdivision se réunit pour les spécialistes puis pour les généralistes, dans d'autres encore elle se réunit pour les « anciens », puis pour les « nouveaux internes ».

L'ARH n'est généralement pas invitée à participer à ces commissions.

La localisation se prépare toujours avec les associations d'internes, très souvent avec les internes de chaque filière (dans 20 subdivisions), également souvent avec les structures d'accueil des internes et surtout avec les doyens, plus rarement avec les coordonnateurs des spécialités.

Le choix des postes

Dans la majorité des subdivisions, le choix se fait par groupe de disciplines puisque les listes SIRIUS, listes opposables en cas de contestation, classent les internes par groupe de disciplines.

Dans une petite majorité de subdivisons (15 sur 28) les postes sont fléchés pour certaines filières, et dans la moitié des subdivisions les postes sont fléchés pour les DESC.

La majorité des subdivisions ayant renseigné l'item (12 sur 22) répondent qu'il n'y a pas de postes réservés à des médecins étrangers.

Dans 24 subdivisions sur 25 répondantes, tous les internes de médecine générale peuvent effectuer un stage dans un service d'urgences (excepté à Montpellier), mais dans seulement 17 sur 25, ils ont la possibilité de faire un stage en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie.

Dans la quasi-totalité des subdivisions les conditions qui encadrent les stages SUMGA (Services universitaires de médecine générale ambulatoire) ne sont pas précisées. Comme ils sont contingentés, ce sont les facultés qui arbitrent les demandes. Ces stages se situent en fin de formation.

Il n'existe pas de rotation prédéfinie pour les spécialistes dans 16 régions sur 23 répondantes. Dans les faits, les internes s'arrangent entre eux pour tourner dans les services nécessaires à leur formation.

L'offre des postes varie en fonction des contingences saisonnières dans seulement 6 subdivisions. D'une façon générale, la variation des postes d'un semestre sur l'autre dépend davantage des impératifs des maquettes et des souhaits des internes.

Il existe des listes communes DES-DESC dans la quasi-totalité des subdivisions (sauf en Languedoc-Roussillon et à Lyon). Les DESC choisissent avec les DES dans la majorité des subdivisions, excepté à Nantes et aux Antilles.

Un même service peut accueillir des internes en DES et en DESC dans la grande majorité des subdivisions, excepté en Lorraine et en Languedoc-Roussillon.

Le postinternat découle d'une recherche personnelle de poste dans la majorité des subdivisions.

Les postes de chef de clinique ou d'assistant ne sont pas prélevés sur le quota des postes d'interne. En général, il existe des postes spécifiques qui peuvent également être financés sur des vacations d'attaché.

Dix subdivisons sur 28 font état de l'existence d'un tableau de bord. De nombreuses régions déplorent l'absence d'une fonction « statistiques » sur SIRIUS. L'appréciation générale est que l'organisation des données enregistrées dans cet outil pourrait facilement permettre de parvenir à une connaissance synthétique et statistique des internes d'une région.

Les perspectives d'amélioration envisagées

La prise en compte de la démographie médicale locale, et notamment la prise en compte de l'âge des médecins, permet, par spécialité, d'identifier des maillons faibles

La notion globale de besoins de soins ne permet pas d'identifier un besoin d'effectifs médicaux. Mais, il paraît assez indéniable que la prévision de départs à la retraite, dans tel ou tel service, devrait être de nature à déclencher une réflexion prévisionnelle. Or la configuration actuelle des instances, ainsi que leur périmètre et leurs modalités de fonctionnement instaurent une coupure entre la gestion des internes et la gestion des services, c'est-à-dire entre la problématique de la formation et celle de la participation à l'offre de soins. L'absence assez générale des ARH dans les instances dédiées à la formation en est une manifestation. Cela ne signifie pas que

les besoins des services ne sont pas intégrés dans la réflexion, mais ils ne font pas l'objet d'une objectivation gestionnaire, et/ou d'une prise en compte équivalente dans chacune des régions, pour chaque spécialité. La durée variable des agréments dont font l'objet les services, la non-généralisation des projets pédagogiques et la relative absence des possibilités régionales d'évaluation des stages constituent autant d'éléments qui affaiblissent les capacités de gestion de l'internat.

■■ La garantie de la disponibilité et de la qualité des stages dans les services d'accueil suppose une gestion plus anticipatrice

Des ajustements de la répartition des postes d'interne entre spécialités ou entre régions peuvent en principe être opérés. Mais ce levier d'adaptation présente des limites car son usage implique d'abord la prise en compte des capacités de formation qui, elles, ne sont pas ajustables dans des délais rapprochés. Les limites proviennent aussi de la nécessaire prise en compte des contraintes des professionnels, qui, dans les services ou en cabinet libéral, assurent, en même temps que la formation des futurs médecins, le fonctionnement des services et l'accueil des patients.

Dans cette optique, trois grands types de difficultés paraissent devoir être surmontés pour garantir l'accueil des internes dont nous avons précédemment présenté l'ampleur numérique et budgétaire.

• **Une première série** de difficultés se rapporte à un possible affaiblissement des compétences d'encadrement des internes. Un nombre important de postes sont à créer, à recréer, faut-il préciser, car ces postes, qui ont existé par le passé, ont été supprimés, transformés, faute de personnes pour les occuper. L'effort financier, qui est important, ne représente qu'un aspect du problème. La période de pénurie d'internes a en effet conduit les établissements, notamment les plus grands, à s'organiser en sorte que les services puissent continuer à fonctionner, c'est-à-dire à assurer la demande de soins. Le recrutement de personnels médicaux, sous divers statuts (FFI, AFS, AFSA...), a pu permettre de répondre à cette demande, mais il n'est pas certain que, dans tous les services, une culture et une capacité d'encadrement et de formation aient pu se maintenir. Les effets cumulés des restructurations hospitalières et de l'augmentation du nombre d'internes en stage aboutissent parfois à ce que l'activité proposée à ces derniers soit trop réduite pour être véritablement formatrice. La question se pose en particulier dans nombre de petits établissements qui ont été délaissés par les internes, davantage attirés par les conditions de travail et d'encadrement qu'offrent les CHU.

Cet impératif de créer de la capacité d'encadrement, qui se déduit de l'arrivée massive des internes, est de surcroît formulé au moment où un grand nombre de seniors partiront à la retraite. Une perte de la fonction de supervision clinique de la part des enseignants, faute de pratique, de moyens ou de temps, pourrait être observée. En tout cas, cette capacité est un préalable qui limite certainement les possibilités d'agréments de nouveaux services ou l'extension de l'ouverture de postes au sein des services agréés.

• **Une deuxième série de problèmes** provient de l'urgence dans laquelle des capacités supérieures de stages doivent être définies. Ces difficultés sont mises en évidence dans les résultats de l'enquête effectuée auprès des comités régionaux de l'ONDPS. L'examen de la situation de chaque région a été effectué sur la base des résultats aux ECN 2005, puis des ECN 2006 et 2007 de chaque subdivision. Il permet d'identifier les principales difficultés qui se présentent d'ores et déjà en matière de disponibilité et de gestion des cursus de stages.

Un premier constat, partagé par beaucoup de régions, porte sur la saturation des terrains de stage pour certaines disciplines filiarisées (notamment gynécologie-obstétrique et parfois pédiatrie). Le nombre de services d'accueil s'avère insuffisant pour permettre, d'une part, la formation des internes de ces spécialités et pour permettre, d'autre part, la formation des internes en médecine générale, dont la maquette prévoit un stage dans ces services. La psychiatrie est concernée, à ce dernier titre, dans quelques régions.

L'augmentation du nombre d'internes en chirurgie donne lieu localement à des tensions. Ces tensions proviennent notamment de l'occupation des terrains de stage en chirurgie par des internes de la filière de gynécologie-obstétrique, qui a fait l'objet d'un effort particulier en nombre de postes ouverts aux ECN. Les services de chirurgie sont de plus en plus sollicités puisque des stages sont prévus par la maquette de gynécologie-obstétrique, et qu'il existe un nombre limité de possibilités d'accueil dans les services de cette spécialité par rapport au nombre d'internes à former dans cette spécialité.

Les politiques de « stop and go » perturbent à l'évidence la gestion des stages. Ces difficultés s'accentuent encore dès lors que les responsables régionaux des stages doivent préserver des marges de choix significatives tout en restant sélectifs en termes de formation. Cette situation s'est produite en 2005, par exemple, en Île-de-France du fait de l'augmentation du nombre d'internes en chirurgie, et de façon plus spécifique en gynécologie-obstétrique. Dans cette région, le nombre de maternités est relativement faible du fait de la concentration des sites. En outre, la spécialisation de beaucoup de services sur l'obstétrique et la PMA notamment se traduit par une faible activité polyvalente d'obstétrique et de chirurgie gynécologique.

Du fait de l'importance que revêt l'expérience du stage, la disponibilité des terrains de stage apparaît un élément essentiel qui est fréquemment évoqué par les représentants des spécialités médicales et chirurgicales. Le nombre et les caractéristiques de ces stages ne sont pas toujours jugés à la hauteur des impératifs de qualité nécessaires à la formation des internes. Des concurrences peuvent de ce fait apparaître entre les stages validants. Cela pénalise particulièrement les spécialités qui peuvent offrir des stages formateurs et qui accueillent des internes se destinant à d'autres disciplines, alors qu'elles sont elles-mêmes confrontées à une diminution de l'attractivité de leur exercice.

Enfin, un ensemble de questions se posent de façon spécifique pour la médecine générale. L'accès de la médecine générale au rang de spécialité se traduit par l'ouverture d'un nombre important de postes d'interne pour cette spécialité. Trois phénomènes caractérisent depuis quatre ans la situation :

• En premier lieu, il existe un écart entre le nombre de postes offerts et le nombre de postes effectivement occupés : des postes restent non pourvus car non choisis

par les étudiants et un certain nombre d'étudiants passent les ECN, mais n'occupent pas de postes d'internes par la suite. Par exemple, en Alsace, 63 internes en médecine générale ont pris un poste sur les 84 affectés en 2006 ; en Bourgogne, 33 internes de médecine générale ont été affectés sur les 95 postes ouverts.

• Les incertitudes sur le nombre d'internes en médecine générale qui prendra effectivement un poste ont des conséquences sur le fonctionnement des services et sur l'appareil de formation. En effet, les services hospitaliers non universitaires qui accueillent habituellement des internes de médecine générale peuvent se trouver confrontés à une variation d'effectifs d'un semestre à l'autre. Il existe un risque que ces services demandent la transformation des postes d'interne en postes d'assistant hospitalier, ou qu'il soit fait appel à des FFI, afin de permettre une prise en charge correcte des patients, à l'instar des pratiques qui se sont développées pendant la période de diminution des internes et qui ont conduit à la transformation des postes d'interne pour les autres spécialités. En outre, la diminution locale des effectifs d'internes en médecine générale a des conséquences négatives sur les charges de travail, et plus généralement sur la dynamique de ces services. Leur attractivité pourrait en pâtir, en particulier dans les services assurant les urgences.

Les correspondants régionaux évoquent, outre une démobilisation des enseignants et des maîtres de stage qui s'étaient investis dans le projet de formation, un possible délitement des dispositifs de formation mis en place avec les centres hospitaliers généraux périphériques. Cette situation pourrait remettre en cause la présence d'internes de médecine générale dans des structures moyennes, alors qu'elle peut permettre de fixer les médecins dans des zones rurales.

• Il faut noter aussi de possibles désordres pour les stages en ambulatoire puisque les maîtres de stage organisent et adaptent leur emploi du temps en fonction de la présence d'internes et ils ne pourront pas durablement accepter d'exercer en situation dégradée ou instable selon les semestres du fait de ces incertitudes.

• Enfin, l'orientation d'internes du DES de médecine générale vers des DESC d'exercice majoritairement hospitalier constitue une ressource médicale appréciée de ces structures. Leur nombre, selon l'enquête réalisée dans le cadre du groupe de travail sur la médecine générale, ne semble, pour l'instant, pas très important[1]. À terme, toutefois, l'augmentation de cette population pourrait alimenter une désaffection de l'exercice de médecine générale de premier recours.

1. *Cf.* tome 1, *La Médecine générale*.

Les limites de la gestion de la démographie médicale par la régulation des effectifs étudiants

Les constats évoqués dans cette partie ne relèvent pas d'une même problématique, mais ils sont, les uns et les autres, porteurs d'interrogations sur les modalités actuelles qui encadrent la gestion du troisième cycle des études médicales.

Les premiers constats renvoient à des considérations plutôt gestionnaires, telles qu'elles se dégagent des résultats de l'enquête et des échanges qu'ont pu susciter les travaux menés dans le cadre du groupe de travail de l'ONDPS.

Les constats suivants montrent que les ressources régionales en termes de diplômés ne se traduisent pas systématiquement en termes de ressources médicales pour la région. Loin de conduire à la conclusion que les relations entre les deux phénomènes sont aléatoires, ces constats incitent à l'inverse à prolonger les investigations qui permettraient de mieux comprendre les processus qui alimentent cette distorsion.

Toutes les spécialités ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

Le recensement effectué sur la période 2001-2005, à la fois des diplômés par spécialités et des inscrits à l'Ordre dans ces même spécialités, permet de tirer quelques enseignements généraux.

Sur la période, le cumul du nombre de diplômés d'un DES (2001-2005) est de 8 868, hors médecine du travail exclue de cette présentation, car ils ne sont pas inscrits à l'Ordre des médecins. Sur la même période, le cumul des inscriptions à l'Ordre est de 10 162 (soit +14,59 % au regard des sorties de DES).

On observe une tendance croissante de 2001 à 2005 du volume des inscriptions à l'Ordre au regard des sorties de DES, avec une moindre ampleur en 2005.

2001	+11,61 % (1 877 DES – 2 095 inscrits à l'Ordre)
2002	+16,20 % (1 857 DES – 2 158 inscrits à l'Ordre)
2003	+15,99 % (1 838 DES – 2 132 inscrits à l'Ordre)
2004	+20,55 % (1 484 DES – 1 789 inscrits à l'Ordre)
2005	+9,71 % (1 812 DES – 1 988 inscrits à l'Ordre)

L'examen discipline par discipline montre que cette tendance est inverse pour deux d'entre elles : l'oncologie médicale et la gynécologie médicale. Dans ces deux cas, les inscriptions enregistrés à l'Ordre sont inférieures aux diplômés du DES de ces spécialités.

À l'inverse, avec une ampleur variable, dont le tableau ci-dessous permet de prendre la mesure, certaines disciplines enregistrent plus d'inscrits à l'Ordre que de diplômés sur la période (les inscriptions à l'Ordre sont supérieures aux DES).

Parmi les éléments qui peuvent expliquer cet écart, il convient certainement de retenir les autorisations de plein exercice qui ont été accordées à des diplômés hors de France (*cf.* Annexe 5).

Tableau 1

Écart entre les inscrits à l'Ordre et les diplômés, par spécialité, période 2001-2005

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	546	632
Dermatologie et vénéréologie	280	297
Endocrinologie et métabolismes	205	218
Gastro-entérologie et hépatologie	298	342
Génétique médicale (clinique, chromosomique et moléculaire)	25	27
Gynécologie médicale	6	0
Hématologie	76	84
Médecine interne	236	303
Médecine nucléaire	71	91
Médecine physique et réadaptation	91	115
Néphrologie	148	164
Neurologie	240	297
Oncologie médicale	95	84
Oncologie, option : radiothérapie	75	92
Pneumologie	229	262
Radiodiagnostic et imagerie médicale	696	854
Rhumatologie	179	205
Chirurgie générale	1075	1118
Neurochirurgie	50	58
Ophtalmologie	282	437
ORL	217	272
Stomatologie	8	22
Santé publique	204	205
Biologie médicale	382	402
Psychiatrie	906	994
Gynécologie-obstétrique	431	489
Pédiatrie	676	773
Anesthésie-réanimation chir.	1003	1187

Sources : Recensement des DES par les comités régionaux, Conseil national de l'Ordre des médecins.

Toutes les régions ne bénéficient pas de la même façon des investissements qu'elles réalisent en matière de formation

La même démarche appliquée cette fois à chaque région permet d'observer des écarts importants entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits dans la même région.

Sur la période, le solde régional des effectifs inscrits à l'Ordre par rapport aux effectifs diplômés est positif dans neuf régions. Les effectifs d'inscrits sont supérieurs de plus de 20 % en Île-de-France (+48 %)[1]; PACA (+25 %), Languedoc-Roussillon (+23 %)

À l'inverse, onze régions enregistrent des effectifs d'inscrits inférieurs à leurs effectifs diplômés. Les effectifs d'inscrits sont inférieurs dans une proportion supérieure à 20 % en Auvergne (-25 %), Haute-Normandie (-24 %), Franche-Comté (-23 %), Bourgogne (-22 %).

Ces évolutions globales coexistent avec des phénomènes localisés selon les spécialités qu'il conviendra d'analyser régionalement. Par exemple :

- parmi les régions « gagnantes en effectifs inscrits », l'Île-de-France « perd » des gynécologues médicaux, PACA « perd » des radiothérapeutes... ;
- parmi les régions « perdantes en effectifs inscrits », la Haute-Normandie « gagne » des spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques, la Franche-Comté des médecins internistes... (*cf.* Annexe 6).

Le phénomène le plus significatif qui se dégage de ce recensement est que les régions qui « perdent » des effectifs d'inscrits par rapport aux effectifs diplômés sont toutes, hormis le Limousin, des régions où la densité de spécialistes est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat doit inciter à examiner avec attention les résultats des décisions qui, en matière d'affectation des postes ouverts à l'internat, affichent l'objectif d'un redressement de la démographie médicale là où elle apparaît la plus faible, par le biais d'une ouverture supérieure de postes, soit dans certaines régions, soit dans certaines spécialités. Il est toutefois nécessaire de disposer d'une période d'observation plus longue pour conforter les résultats qui se dégagent aujourd'hui et pour en permettre l'interprétation.

On sait en effet qu'une diversité de phénomènes alimente l'attractivité de certaines régions ou de certaines spécialités. Il existe un point de vue largement convergent sur le fait que l'attractivité d'une spécialité et/ou d'une région dépend des possibilités de carrière qui sont offertes à l'issue du troisième cycle. L'existence de postinternat constitue sur ce point un atout essentiel. Or, comme on l'a vu précédemment, la répartition des postes d'encadrement universitaire est très inégale

1. Ces données, notamment pour l'Île-de-France, devront faire l'objet d'un examen attentif. Une étude conjointe de la DRASS et de l'AP-HP (Assistance publique des hôpitaux de Paris) a mis en évidence, en 2005, des imperfections du dénombrement dans cette région, notamment du fait de la multiplicité des facultés dont les services sont mal coordonnés et du fait de la complexité des règles d'inscription en DES.

entre les régions. L'examen des caractéristiques particulières des disciplines montre dans ce domaine le poids que revêt l'histoire et notamment celle des filières[2].

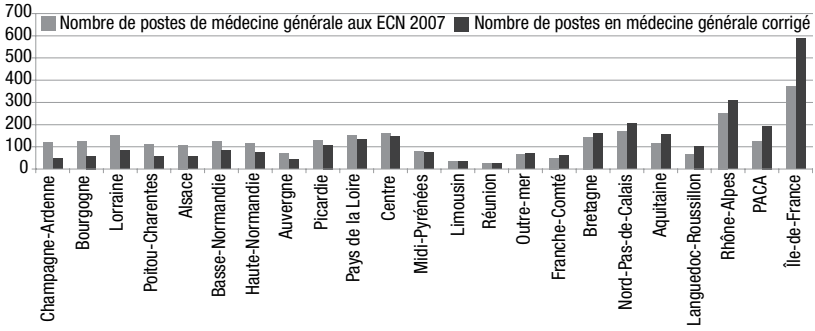
Une simulation de la répartition des postes qui permettrait d'atteindre une convergence des densités entre les régions a été initiée par le groupe de travail de l'ONDPS. La démarche vise à faire apparaître les modalités qui permettraient de poursuivre un objectif de lissage de la densité des médecins entre les régions. Elle fait abstraction d'autres considérations, telles que les capacités de formation et d'encadrement. Les résultats de cette simulation sont présentés ci-après, à titre illustratif pour la médecine générale.

■■ Une simulation pour la médecine générale

Les modalités envisagées ne concernent que le nombre et la répartition des postes à ouvrir en 2011. Les hypothèses qui sous-tendent cette simulation reposent sur un nombre de 3 500 postes d'internes en médecine générale, en référence au *numerus clausus* de 7 000 cinq ans avant ; le nombre de postes rapporté à la population régionale permet d'obtenir un nombre de postes « corrigé » en fonction des densités des médecins généralistes.

Graphique 1

Calcul du nombre de postes d'internes en médecine générale permettant de lisser les densités entre les régions

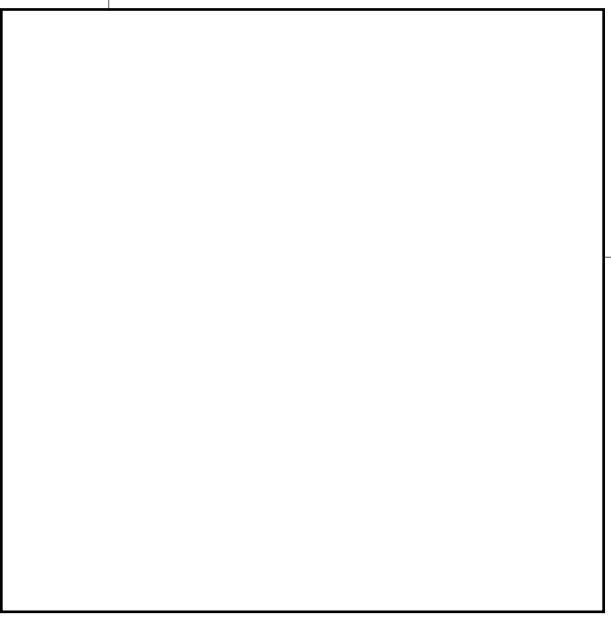


Lecture : Près de 600 postes devraient être affectés à l'Île-de-France (au lieu d'un peu moins de 400 aux ECN 2007) pour compenser la densité de médecins généralistes en Île-de-France.
Mode de calcul du facteur correcteur :
- *Calcul du nombre théorique de médecins généralistes dans la région = densité nationale x population régionale.*
- *Calcul de la différence (A) : nombre de médecins généralistes dans la région – ce nombre théorique.*
- *Facteur correcteur = A x 3 500 (nombre de postes à ouvrir en 2011 en MG)/nombre de médecins généralistes en France.*

Cet exercice sera développé ultérieurement pour les autres spécialités que la médecine générale. Il s'inscrira dans une démarche prospective plus large qui envisagera également les évolutions des capacités de formation congruentes avec ces augmentations de postes d'internes à visée corrective.

2. S. Briançon, B. Toussaint, *op. cit*.

Contribution



Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007

Mélanie Vanderschelden,
Bureau des professions de santé, DREES

En 2007, 4 905 candidats aux épreuves classantes nationales (ECN) sont affectés, et 4 775 d'entre eux entrent effectivement en troisième cycle. Les résidents en médecine générale, achevant leur cursus sous le régime antérieur, sont beaucoup moins nombreux que l'an dernier à avoir passé les ECN pour obtenir un diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Malgré ses 452 postes restés vacants, la médecine générale tire un peu mieux son épingle du jeu cette année : quasiment un entrant en troisième cycle sur deux opte pour cette discipline, contre 42 % l'année dernière. L'augmentation de la part des postes ouverts en médecine générale, la moindre proportion des résidents parmi les candidats affectés, mais aussi une légère évolution dans les arbitrages faits par les candidats, expliquent la situation un peu plus favorable de la médecine générale.

L'ordre des préférences des étudiants n'est pas pour autant bouleversé : la discipline « spécialités médicales » reste la plus plébiscitée, tandis que la médecine du travail et la santé publique arrivent toujours en fin de classement.

Près d'un étudiant sur deux quitte sa subdivision de formation. Malgré l'importance des flux migratoires, les villes en périphérie du Bassin parisien pourvoient encore difficilement les postes qu'elles proposent en médecine générale.

Enfin, la distribution des notes aux épreuves, très peu dispersée, révèle leur caractère en discriminant.

En juin 2007 a eu lieu la quatrième édition des épreuves classantes nationales (ECN), qui remplacent les concours de l'internat depuis 2004.

Les étudiants achevant leur deuxième cycle d'études médicales (DCEM) ont passé ces épreuves afin d'accéder au troisième cycle d'études médicales (TCEM), c'est-à-dire à l'internat (encadré 1). Une bonne centaine d'étudiants affectés en première année de TCEM à l'issue des épreuves de l'année précédente, déçus de leur affectation, ont repassé les épreuves afin d'obtenir un autre poste. Enfin, 90 étudiants terminant leur cursus de médecine générale sous le régime du résidanat (antérieur aux ECN) ont, cette année encore, passé les épreuves[1], majoritairement dans le but d'obtenir un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

1. Cette possibilité leur est offerte à titre transitoire. Ces étudiants, puisqu'ils sont arrivés en fin de cursus, sont dans les faits dispensés des trois années d'internat s'ils optent pour la médecine générale et n'occupent pas les postes d'interne en médecine générale sur lesquels ils sont affectés, qui restent finalement vacants.

Sous réserve d'avoir validé leur DCEM, les étudiants s'étant présentés aux épreuves choisissent, en fonction de leur rang de classement, un poste, c'est-à-dire une discipline et un lieu de formation (une subdivision), dans une liste de postes établie par les pouvoirs publics.

Seront présentés, outre le bilan de la procédure d'affectation, les caractéristiques des inscrits ainsi que les notes obtenues par les candidats présents aux épreuves, les choix réalisés par les étudiants en matière de discipline et de subdivision, leurs préférences et leur mobilité géographique.

Près de 4 800 étudiants sont entrés en troisième cycle

Pour la deuxième fois consécutive, le nombre de postes ouverts (5 366), fixé après les ECN, était inférieur au nombre de candidats inscrits (5 631) et au nombre de candidats s'étant effectivement présentés aux épreuves (5 448 [schéma 1]). Cependant, le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats ayant passé les épreuves était un peu plus élevé que l'année dernière : 98,5 postes étaient ouverts pour 100 candidats présents, contre 97,1 en 2006. C'est principalement pour cette raison que la proportion de postes restés vacants (8,6 %, soit 461 postes) est un peu plus élevée qu'en 2006 (6,9 %, soit 330 postes). En effet, la légère hausse de la proportion d'étudiants présents aux ECN n'ayant pas validé leur DCEM (tableau 1) n'a que très peu contribué à l'augmentation de la proportion de postes restés vacants, puisqu'elle a été plus que compensée par la baisse de la proportion d'étudiants ayant démissionné ou n'ayant pas choisi de poste et par la baisse de la proportion des étudiants inscrits aux épreuves mais ne s'y étant pas présentés, qui est passée de 5,3 % à 3,2 %.

En 2007, 31 démissions ont été enregistrées, contre 95 en 2006, et 27 étudiants n'ont pas choisi de poste, ce qui n'était le cas d'aucun étudiant en 2006. La majorité des 58 étudiants démissionnaires ou n'ayant pas choisi de poste sont, comme l'année dernière, des internes ou des résidents pour lesquels les conséquences d'une démission ne sont pas les mêmes que pour un étudiant de DCEM. En effet, les internes qui démissionnent gardent le poste qui leur a été attribué l'année précédente. Quant aux résidents, ils n'obtiennent pas le DES, mais la qualification de médecine générale, c'est-à-dire le diplôme d'État (DE) de docteur en médecine qui leur permet d'exercer en tant que tel, mais pas d'accéder à un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Parmi les 58 étudiants démissionnaires, la proportion de candidats de DCEM qui, en démissionnant, renoncent définitivement aux études médicales est plus élevée en 2007 (28 %) qu'en 2006 (13 %).

Au terme de la procédure d'affectation, 4 905 étudiants ont été affectés, soit 11 % de plus qu'en 2006. Seulement 4 775 d'entre eux sont effectivement entrés en troisième cycle. Ce chiffre est en hausse de 19 % par rapport à l'an dernier (contre +8 % entre 2005 et 2006 et +12 % entre 2004 et 2005). Cette évolution est notamment due au relèvement assez net du *numerus clausus* en 2001 (+15 %) et en 2002 (+9 %). En 2007, 117 internes se sont réinscrits aux ECN, contre 94 l'année dernière, et

SCHÉMA 1

BILAN DES ECN EN 2007

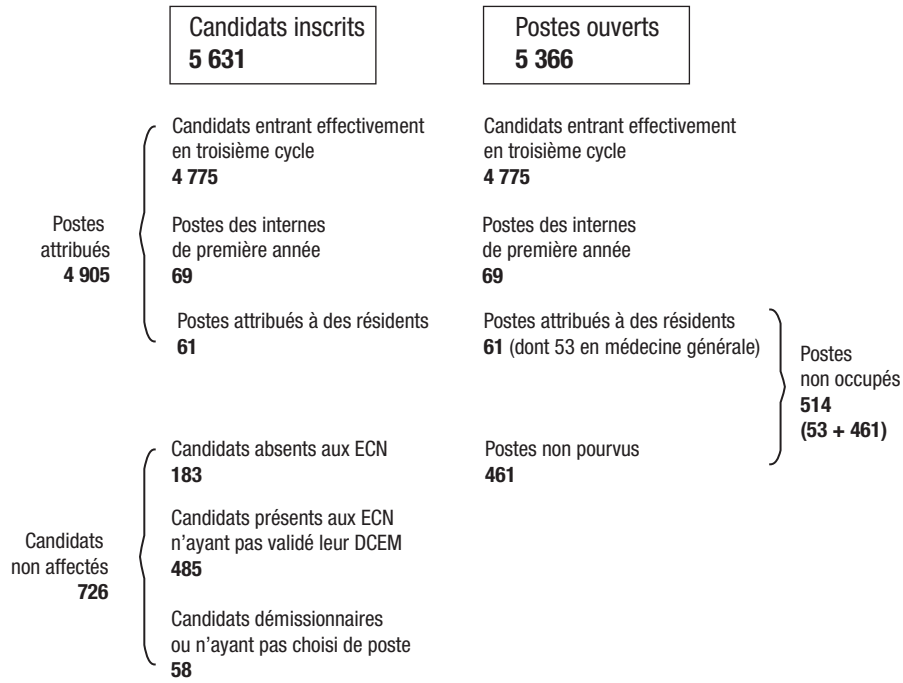


TABLEAU 1

BILANS DES ECN DE 2004 À 2007

		Effectifs				% dans les inscrits (hors inscriptions à tort)			
		2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
(a)	Postes ouverts aux ECN	3 988	4 803	4 760	5 366	102,8	107,4	92,0	95,3
(b)	Candidats inscrits	3 986	4 472	5 176	5 631	102,8	100,0	100,0	100,0
(c)	Candidats de TCEM inscrits à tort par des UFR	107	0	0	0	2,8	0,0	0,0	0,0
(d) = b-c	Candidats inscrits hors inscriptions à tort	3 879	4 472	5 176	5 631	100,0	100,0	100,0	100,0
(e)	Candidats inscrits (hors inscriptions à tort) et absents aux ECN	216	240	276	183	5,6	5,4	5,3	3,2
(f) = d-e	Candidats inscrits (hors inscriptions à tort) et présents aux ECN	3 663	4 232	4 900	5 448	94,4	94,6	94,7	96,8
(g)	Candidats présents aux ECN, n'ayant pas validé leur DCEM	286	382	375	485	7,4	8,5	7,2	8,6
(h) = f-g	Étudiants autorisés à choisir un poste (ayant passé les ECN et ayant validé leur DCEM)	3 377	3 850	4 525	4 963	87,1	86,1	87,4	88,1
(i)	Dont étudiants démissionnaires déclarés	0	6	95	31	0,0	0,1	1,8	0,6
(j)	Dont étudiants n'ayant pas choisi de poste	9	21	0	27	0,2	0,5	0,0	0,5
(k) = h-i-j	Étudiants affectés = postes pourvus	3 368	3 823	4 430	4 905	86,8	85,5	85,6	87,1

Champ : Étudiants de médecine hors étudiants du service de santé des armées.
Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

69 d'entre eux ont choisi une nouvelle affectation, contre 63 en 2006. En revanche, les candidats résidents en médecine générale étaient cinq fois moins nombreux que l'année dernière. Les résidents encore en formation sont, quatre ans après la mise en place de l'internat de médecine générale, plus rares. Seulement 61 ont été affectés en 2007, dont 53 sur un poste en médecine générale, contre 346 en 2006 (dont 320 sur un poste en médecine générale).

Un étudiant sur huit avait déjà passé les ECN en 2006

La proportion des candidats ayant déjà passé les ECN l'année précédente est assez stable : 11,9 % des candidats aux ECN 2007 sont des réinscrits, contre 12,5 % en 2006 et 11,2 % en 2005. Plus de trois de ces étudiants sur quatre n'avaient pas validé leur DCEM en 2006, mais dans la plupart des cas ils s'étaient cependant soumis aux épreuves. Les autres réinscrits sont principalement des internes de première année (s'étant présentés aux ECN et ayant validé leur DCEM en 2006), les étudiants ayant validé leur DCEM sans s'être présentés aux ECN[2] l'année dernière étant toujours très peu nombreux. Plus des trois quarts des internes repassant les ECN en 2007 avaient été affectés en 2006 en médecine générale. Les autres occupaient pour la plupart des postes en santé publique, en médecine du travail ou en psychiatrie.

Les candidats présents aux épreuves en 2006 et en 2007 ont, dans l'ensemble, mieux réussi la deuxième fois : plus de trois sur quatre sont mieux classés en 2007 qu'en 2006 et plus d'un sur quatre est deux fois mieux classé. Cependant, parmi eux, les étudiants n'ayant pas validé leur DCEM en 2006, parfois volontairement, dans l'espoir d'être mieux classés, gagnent davantage que les internes à repasser les épreuves. Ces derniers, en poste, disposent de peu de temps pour se préparer aux épreuves. Pour tous, le gain en termes de rang de classement entre le premier et le deuxième passage des épreuves est un peu plus faible cette année que l'année dernière.

Petite embellie pour la médecine générale...

En 2007, pour toutes les disciplines autres que la médecine générale, le nombre de postes ouverts est resté égal ou quasiment égal à celui de 2006, sauf pour la discipline « spécialités médicales », pour laquelle il a été augmenté de près de 10 % (tableau 2). Environ 53 % des postes ouverts cette année étaient des postes en médecine générale (soit près de 2 900 postes), contre un peu moins de 50 % l'an dernier. C'est en partie pour cette raison que presque un candidat sur deux ayant participé à la procédure d'affectation et un entrant en troisième cycle sur deux ont été affectés sur un poste en médecine générale, contre respectivement 46 % et 42 % en 2006. De

2. Ces étudiants ne peuvent ni accéder au troisième cycle ni redoubler leur dernière année de deuxième cycle.

plus, cette année, seulement 53 résidents ont été affectés sur des postes qui resteront dans les faits vacants, contre 320 l'année dernière. En 2007, 82 % des postes ouverts en médecine générale seront donc effectivement occupés, contre seulement 73 % en 2006. La situation de la médecine générale s'est donc améliorée cette année, bien que la proportion de postes restés vacants parmi ceux ouverts dans cette discipline soit un peu plus élevée qu'en 2006 (16 % contre 14 %). Au total, 461 postes n'ont pas été pourvus, dont 452 en médecine générale, 6 en médecine du travail, 2 en santé publique et 1 en anesthésie-réanimation.

Tableau 2

Répartition des postes ouverts et pourvus par discipline de 2004 à 2007

Nombre de postes ouverts	2004			2005			2006			2007		
Libellé discipline	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart
Anesthésie-réanimation médicale	243	243	0	243	243	0	243	243	0	250	249	1
Biologie médicale	58	58	0	58	58	0	58	58	0	60	60	0
Gynécologie médicale	16	16	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0
Gynécologie-obstétrique	158	158	0	150	150	0	150	150	0	155	155	0
Médecine générale	1 841	1 232	609	2 400	1 419	981	2 353	2 030	323	2 866	2 414	452
Médecine du travail	61	56	5	56	56	0	60	53	7	60	54	6
Pédiatrie	196	196	0	196	196	0	196	196	0	200	200	0
Psychiatrie	200	199	1	300	300	0	300	300	0	300	300	0
Santé publique	75	70	5	70	70	0	70	70	0	70	68	2
Spécialités chirurgicales	380	380	0	550	550	0	550	550	0	550	550	0
Spécialités médicales	760	760	0	760	760	0	760	760	0	835	835	0
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2 147	2 136	11	2 403	2 403	0	2 407	2 400	7	2 500	2 491	9
Ensemble des disciplines	3 988	3 368	620	4 803	3 822	981	4 760	4 430	330	5 366	4 905	461

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG. Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine.

Mais l'évolution de la situation de la médecine générale est aussi en partie imputable à une légère évolution des préférences des étudiants (encadré 2). Parmi les étudiants (hormis les résidents) qui avaient le choix, dans la subdivision pour laquelle ils ont finalement opté, entre la médecine générale et au moins une autre discipline, 47,6 % ont choisi la médecine générale. L'année dernière, cette proportion était de 39,2 %. Cependant, le renforcement de la préférence pour la médecine générale s'est fait « au détriment » de la santé publique, de la médecine du travail, de la biologie

médicale et, dans une moindre mesure, de la psychiatrie, des spécialités chirurgicales et de l'anesthésie-réanimation[3].

… mais l'ordre des préférences des étudiants change peu

L'ordre des préférences des étudiants n'est toutefois pas bouleversé. Les étudiants qui avaient le choix, au sein de la subdivision qu'ils ont finalement retenue, entre les spécialités médicales et une autre discipline (au moins), quelle qu'elle soit, ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités médicales. La discipline « spécialités médicales » reste donc la plus plébiscitée, par les hommes comme par les femmes (tableau 3), et la préférence des étudiants pour cette discipline est même légèrement plus marquée cette année. Les femmes placent toujours la médecine générale en troisième position, juste après la pédiatrie. Ensuite, elles se tournent prioritairement vers la discipline « spécialités chirurgicales », l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et la biologie médicale. Elles placent encore en fin de liste la gynécologie médicale, la santé publique et la médecine du travail. Après les spécialités médicales, les hommes ont privilégié, comme l'an dernier, les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation. En revanche, ils ont cette année placé la pédiatrie avant la médecine générale, qui arrive donc en cinquième position. Ensuite, on trouve la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Enfin, aucun homme n'ayant choisi la gynécologie médicale, cette discipline arrive en dernière position, derrière la santé publique et la médecine du travail.

Tableau 3

Classement des disciplines dans l'ordre des préférences* des étudiants

	Femmes	Hommes	Ensemble des étudiants
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie-réanimation	Anesthésie-réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie-réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

** La méthode de classement est décrite dans l'encadré 3.*

Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

3. Par exemple, en 2007, parmi les étudiants qui avaient le choix entre au moins la médecine générale et la santé publique (hors résidents), 1 889 ont choisi la médecine générale et 60 ont choisi la santé publique, ce qui donne un rapport médecine générale/santé publique de 31,5. En 2006, ils étaient 1 015 à choisir la médecine générale et 58 à choisir la santé publique : ce rapport était donc de 17,5. Le rapport médecine générale/psychiatrie est quant à lui passé de 2,6 à 3,5 entre 2006 et 2007.

Les étudiants dans la première moitié du classement ont accès à de nombreuses disciplines et subdivisions

La palette des possibilités offertes aux étudiants reste assez large : toutes les subdivisions étaient accessibles à 42 % des étudiants ; tous avaient le choix entre au moins quatre disciplines et 58 % d'entre eux pouvaient même choisir toutes les disciplines. Au sein de la subdivision qu'ils ont finalement choisie, seulement 3 % des étudiants n'avaient pas le choix de la discipline et 14 % avaient tous les choix (contre respectivement 7 % et 19 % en 2006). Cependant, selon les subdivisions et les disciplines, les choix sont plus ou moins contraints, parce que certaines disciplines ne sont proposées que dans quelques subdivisions ou offrent peu de postes dans certaines subdivisions, mais aussi parce que les subdivisions comme les disciplines sont plus ou moins attractives.

Des postes en médecine générale, en médecine du travail, en santé publique et en anesthésie-réanimation sont restés disponibles jusqu'à la fin du classement. Les disciplines biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, pédiatrie et spécialités médicales avaient encore des postes à proposer aux étudiants placés tout au début de la deuxième moitié du classement. Tous les postes en spécialités chirurgicales étaient pourvus avant la fin du deuxième tiers du classement, tandis que la psychiatrie restait accessible jusqu'au rang 4 807 (86 % du classement). Les spécialités médicales, bien qu'encore plus prisées cette année que l'an dernier, sont restées accessibles un peu plus longtemps, le nombre de postes ouverts dans cette discipline ayant augmenté.

45 % des étudiants changent de subdivision

La plupart des subdivisions restent accessibles assez longtemps : à la fin du troisième quart du classement, aucune subdivision n'a encore pourvu tous les postes qu'elle propose. Parmi les 28 subdivisions, 15 ont même au moins un poste resté vacant à l'issue de la procédure d'affectation. Cependant, pour être affectés dans la subdivision de leur choix, les étudiants doivent parfois renoncer à la discipline qu'ils visaient initialement. Inversement, pour accéder à la discipline qu'ils convoitent, ils peuvent être amenés à renoncer à la subdivision dans laquelle ils auraient souhaité être affectés, voire à quitter la subdivision dans laquelle ils ont suivi leur deuxième cycle. La mobilité est aussi fréquente et aussi souvent volontaire en 2007 qu'en 2006 : 45 % des étudiants ont changé de subdivision, 26 % sont partis alors que la discipline qu'ils ont choisie était encore disponible dans leur subdivision de formation et 19 % ont quitté leur subdivision d'origine alors qu'aucun poste n'y restait à pourvoir dans la discipline qu'ils ont finalement retenue.

De nombreux postes en médecine générale restent vacants autour du Bassin parisien

En 2007, seulement neuf subdivisions ne pourvoient pas tous les postes qu'elles proposent en médecine générale (tableau 4), contre treize en 2006. Ces subdivisions correspondent toujours principalement aux villes situées à la périphérie du Bassin parisien : Amiens, Caen, Dijon, Reims, Rouen et Tours. Les autres subdivisions dans ce cas sont celles de Nancy, Poitiers et des Antilles-Guyane. Dijon, Reims et Tours pourvoient moins de la moitié de leurs postes, tandis que Nancy en pourvoit près de 80 % et Poitiers près de 90 %.

Tableau 4
Taux d'affectation (en %) des postes ouverts en médecine générale aux ECN de 2004 à 2007 par subdivision

Subdivisions	Taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale				Proportion de postes pourvus en médecine générale en 2007 hors résidents
	2004	2005	2006	2007	
Aix-Marseille	94,3	98,6	100,0	100,0	98,9
Amiens	44,0	17,2	74,0	59,2	54,6
Angers	85,2	100	63,6	100,0	100,0
Antilles-Guyane	19,7	31,8	57,6	62,1	62,1
Besançon	38,3	27,5	100,0	100,0	100,0
Bordeaux	125,5	100	100,0	100,0	99,1
Brest	152,9	100	88,0	100,0	100,0
Caen	41,9	44,6	53,7	56,8	52,8
Clermont-Ferrand	74,2	62	100,0	100,0	91,4
Dijon	21,7	16,5	64,2	39,2	35,2
Grenoble	97,1	100	100,0	100,0	100,0
Lille	100,0	89,9	100,0	100,0	98,8
Limoges	54,3	68,6	74,3	100,0	88,6
Lyon	107,6	100	100,0	100,0	97,6
Montpellier	207,9	100	100,0	100,0	100,0
Nancy	53,4	38,7	63,8	80,7	78,7
Nantes	94,2	100	100,0	100,0	100,0
Nice	100,0	100	100,0	100,0	100,0
Océan Indien	*	100	100,0	100,0	100,0
Paris-Île-de-France	46,4	61,8	100,0	100,0	99,2
Poitiers	67,7	70,8	87,5	91,8	89,1
Reims	26,7	19,8	56,0	44,6	43,8
Rennes	125,0	100	100,0	100,0	100,0
Rouen	47,6	25,2	85,3	67,0	64,3
Saint-Étienne	23,4	34,9	100,0	100,0	92,7
Strasbourg	56,8	48,3	97,7	100,0	98,1
Toulouse	136,4	100	100,0	100,0	100,0
Tours	44,1	26,7	60,8	36,9	36,3
Total	66,9	59,1	86,3	84,2	82,4

** Inclus dans les effectifs de Bordeaux pour 2004.*
Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

La plupart de ces neuf subdivisions semblaient déjà peu attractives en 2006 dans la mesure où, d'une part, de nombreux étudiants qui y avaient suivi leur deuxième

cycle en partaient et où, d'autre part, elles accueillaient essentiellement des étudiants qui avaient quitté leur subdivision d'origine alors que la discipline qu'ils avaient choisie n'y était plus disponible.

Mais la faible attractivité de ces subdivisions est conjuguée à un volume important de postes ouverts. Ces subdivisions offrent en effet toutes un nombre de postes en médecine générale supérieur aux trois quarts de l'effectif de candidats qu'elles présentent aux ECN, et trois d'entre elles offrent même un nombre de postes en médecine générale supérieur au nombre de candidats dont elles ont assuré la formation en deuxième cycle. Toutefois, le nombre de résidents affectés sur des postes de médecine générale étant assez faible cette année, la proportion de postes en médecine générale pourvus dans une subdivision est proche de la proportion de postes réellement occupés.

ENCADRÉ 1

LE FONCTIONNEMENT DES ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

Depuis 1984, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialiste passaient les concours de l'internat à l'issue du deuxième cycle. Parmi eux, ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisées en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient aux concours de l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas accédaient au troisième cycle en tant que résidents de médecine générale dans leur unité de formation et de recherche (UFR) d'origine et préparaient une qualification de médecine générale en trois ans.

Les épreuves classantes nationales (ECN), instituées par le décret du 16 janvier 2004, se sont substituées aux concours de l'internat en 2004. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent désormais se soumettre à ces épreuves pour accéder au troisième cycle. En fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, sous réserve d'avoir validé leur deuxième cycle, les étudiants ayant participé aux ECN choisissent à l'issue de celles-ci une subdivision (un lieu de formation) et une discipline. Les vingt-huit subdivisions correspondent à une unité de formation et de recherche (UFR) ou à plusieurs, mais pas forcément à une région : quatre régions comptent plusieurs subdivisions (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes). Les disciplines sont au nombre de onze : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Les étudiants affectés dans la discipline « spécialités médicales » pourront s'inscrire aux diplômes d'études spécialisées (DES) en anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénérologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic, rhumatologie. La discipline « spécialités chirurgicales » englobe les DES de chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, et stomatologie.

Les étudiants passent les ECN au cours de leur quatrième année de deuxième cycle. Ils peuvent également les repasser au cours de leur première année de troisième cycle s'ils ne sont pas satisfaits de leur affectation. Le nombre de passages des ECN n'est pas limité, mais un même étudiant ne peut participer que deux fois à la procédure d'affectation (c'est-à-dire au choix d'un poste). De manière transitoire, les étudiants achevant leur cursus de médecine générale sous l'ancien régime (résidents en dernière année) peuvent se présenter aux ECN afin d'obtenir le DES de médecine générale.

Un étudiant ne s'étant pas présenté aux ECN ou n'ayant pas validé le deuxième cycle ne peut être affecté en troisième cycle.

Une différence importante entre le fonctionnement des concours de l'internat et celui des ECN concerne la médecine générale. Dans le système précédent, les étudiants qui ne passaient pas le concours de l'internat devenaient automatiquement résidents en médecine générale dans leur UFR d'origine (et donc dans leur subdivision) dès lors qu'ils validaient leur deuxième cycle. Dans le système actuel, les étudiants qui ne se présentent pas aux ECN ne peuvent être affectés et ceux qui optent pour la médecine générale peuvent choisir de changer de subdivision, comme ceux qui optent pour chacune des autres spécialités.

Encadré 2

Les préférences des étudiants en matière de discipline

Les rangs auxquels les postes ouverts dans chacune des disciplines sont pourvus fournissent une indication de l'attrait qu'exercent les spécialités. Ceux-ci ne sauraient cependant, à eux seuls, rendre compte des préférences des étudiants. En effet, les disciplines restent accessibles jusqu'à un rang plus ou moins avancé dans le classement selon qu'elles sont plus ou moins prisées, mais aussi selon qu'elles offrent beaucoup ou peu de postes. De plus, les étudiants peuvent renoncer à une discipline afin d'être affectés dans une subdivision particulière. Mais on peut dire d'un étudiant qui avait le choix, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qui choisit la discipline A, qu'il a préféré la discipline A à la discipline B. La comparaison des choix effectués entre les disciplines prises deux à deux peut conduire à un classement des spécialités selon les préférences des étudiants.
Les préférences sont définies comme suit : si un étudiant pouvait choisir, compte tenu de son rang de classement et des postes restant disponibles, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qu'il choisit la discipline A, on dit qu'il a préféré la discipline A à la discipline B. Les étudiants qui avaient le choix, dans la subdivision choisie, entre les spécialités médicales et une autre discipline au moins ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités médicales que l'autre discipline, quelle qu'elle soit. Les spécialités médicales apparaissent donc comme la discipline la plus prisée par les étudiants. Ceux qui avaient le choix, dans leur subdivision d'affectation, entre les spécialités chirurgicales et une autre discipline (au moins) ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités chirurgicales, à l'exception de ceux qui pouvaient choisir entre les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales. Les spécialités chirurgicales sont donc la deuxième discipline la plus prisée par les étudiants après les spécialités médicales. Le critère retenu pour mesurer les préférences des étudiants en termes de discipline ne tient pas compte de tous les étudiants : les étudiants qui n'avaient pas le choix de la discipline au sein de la subdivision retenue ne sont pas pris en compte. De même, ne sont pas pris en compte les choix qui impliquaient plusieurs subdivisions. Dans le cas d'un étudiant qui aurait eu le choix entre la médecine générale dans sa subdivision d'origine et la santé publique ainsi que la médecine du travail dans une autre subdivision, l'arbitrage fait entre la santé publique et la médecine du travail est pris en compte dans la mesure des préférences s'il choisit l'une des deux, mais pas ceux faits respectivement entre la médecine générale et la santé publique et entre la médecine générale et la médecine du travail.

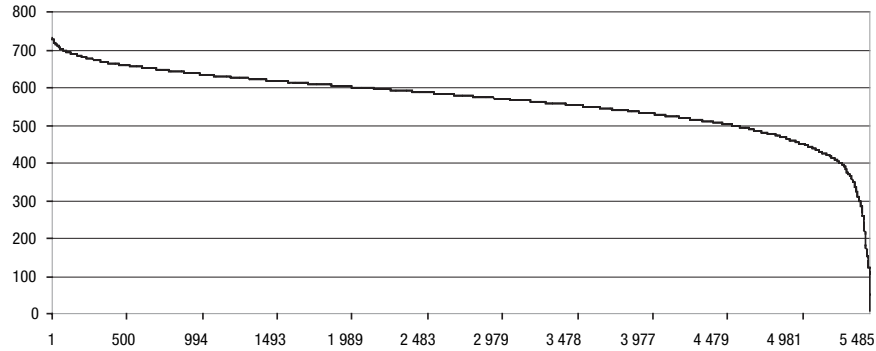
ENCADRÉ 3

LES NOTES DES ÉTUDIANTS

Les candidats aux ECN passent trois épreuves rédactionnelles d'une durée de trois heures chacune. Chaque épreuve est constituée de trois dossiers cliniques d'une durée d'une heure chacun. La correction est assurée de manière indépendante par deux correcteurs (voire trois lorsque l'écart entre les deux notes est au moins égal à 15 points). Les étudiants sont notés sur un total de 900 points (100 points pour chaque dossier). La note finale est la moyenne arithmétique des deux notes, arrondie au demi-point.

En 2007, la note obtenue par le major de promotion est de 733,5 points (soit 16,3 sur 20) et la note minimale est de 6,5 points (soit 0,1 sur 20). Malgré cette étendue importante, les notes sont assez concentrées (voir graphique) : moins de 100 points séparent l'étudiant placé exactement au premier quart du classement de celui placé exactement au troisième quart, entre lesquels sont classés la moitié des étudiants.

DISTRIBUTION DES NOTES TOTALES OBTENUES PAR LES 5 448 CANDIDATS CLASSÉS AUX ECN 2007



Sources : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation DREES.

Les *ex aequo* sont très nombreux : seulement 3,2 % des candidats classés n'ont pas d'*ex aequo*. Pour une note donnée, le nombre d'ex aequo, lorsqu'il y en a, est compris entre deux et vingt-six, et plus d'un étudiant sur deux a au moins dix *ex aequo*, y compris lui-même. Un rang est pourtant attribué à chaque *ex aequo*, qui détermine leur ordre de passage lors de l'amphi garnison[a].

La moitié des étudiants ont obtenu une note égale ou supérieure à 579,5 points (soit 12,9 sur 20), et la moyenne des notes est de 566,5 points (soit 12,6 sur 20). Cependant, 446 étudiants (soit 8,2 % des étudiants classés) ont obtenu moins de la moyenne (450 points, soit 10 sur 20). Environ un tiers de ces étudiants n'ont pas été affectés. Les autres ont été affectés en médecine générale (dans plus de neuf cas sur dix), en médecine du travail et en santé publique.

Les épreuves et la notation ont donc un faible pouvoir discriminant. Les candidats enquêtés trouvent pour cette raison les résultats des ECN aléatoires et leur principe injuste [1] et [2].

a. En cas d'*ex aequo*, les étudiants sont départagés dans un premier temps par la note obtenue au premier dossier de la première épreuve. S'il reste des *ex aequo*, la même règle est appliquée, dans l'ordre des dossiers suivants, pour les départager. Si, à l'issue de cette procédure, il reste des *ex aequo*, ils sont départagés par la meilleure moyenne obtenue à la première épreuve, puis dans l'ordre des épreuves suivantes. Enfin, les *ex aequo* restants sont départagés par l'âge, le plus âgé étant placé avant le moins âgé.

Références bibliographiques

[1] Hardy-Dubernet A.-C. et Faure Y., 2007, « Le choix d'une vie », *Document de travail,* série *Études,* n° 66, décembre, DREES.

[2] Quinton A., *2005 : odyssée des ECN*, Centre de recherches appliquées aux méthodes éducatives.

Pour en savoir plus

Billaut A., 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats,* n° 429, septembre, DREES.

Billaut A., 2005, « Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales (ECN) de 2004 », *Document de travail,* série *Études*, n° 52, octobre, DREES.

Billaut A., 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats,* n° 474, mars, DREES.

Vanderschelden M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats,* n° 571, avril, DREES.

Annexes

Annexe 1

La durée des DES selon les spécialités

Spécialité	Intitulé du DES	Durée
Spécialités médicales	Anatomie et cytologie pathologique	5 ans
	Cardiologie et maladies vasculaires	4 ans
	Dermatologie et vénéréologie	4 ans
	Endocrinologie et métabolisme	4 ans
	Gastro-entérologie et hépatologie	4 ans
	Génétique médicale	4 ans
	Hématologie	5 ans
	Médecine interne	5 ans
	Médecine nucléaire	4 ans
	Médecine physique et de réadaptation	4 ans
	Néphrologie	4 ans
	Neurologie	4 ans
	Oncologie	5 ans
	Pathologies cardio-vasculaires	4 ans
	Pneumologie	4 ans
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	5 ans
	Rhumatologie	4 ans
Spécialités chirurgicales	Chirurgie générale	5 ans
	Neurochirurgie	5 ans
	Ophtalmologie	5 ans
	ORL	5 ans
	Stomatologie	4 ans
	Anesthésie-réanimation	5 ans
	Biologie médicale	4 ans
	Gynécologie médicale	4 ans
	Gynécologie-obstétrique	5 ans
	Médecine générale	3 ans
	Médecine du travail	4 ans
	Pédiatrie	4 ans
	Psychiatrie	4 ans
	Santé publique	4 ans

Annexe 2

Répartition des internes par région

comparaison des effectifs selon les données SAE et l'enquête ONDPS

Régions	SAE 2006 internes	Enquête ONDPS, données novembre 2006	Écart ONDPS / SAE 2006
Alsace	562	635	73
Aquitaine	693	823	130
Auvergne	329	367	38
Basse-Normandie	395	424	29
Bourgogne	389	388	-1
Bretagne	814	788	-26
Centre	438	452	14
Champagne-Ardenne	347	355	8
Corse			0
Franche-Comté	396	405	9
Guadeloupe	74	143	69
Guyane	23		-23
Haute-Normandie	442	489	47
Île-de-France	2857	2639*	-218*
Languedoc-Roussillon	586	560	-26
Limousin	237	232	-5
Lorraine	606	712	106
Martinique	101		-101
Midi-Pyrénées	691	687	-4
Nord-Pas-de-Calais	1003	1162	159
Pays de la Loire	810	879	69
Picardie	469	444	-25
Poitou-Charentes	410	408	-2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1220	1086	-134
Réunion	116	95	-21
Rhône-Alpes	1568	1594	26
France entière	15576	15767	191
Hors IDF	12719	13128	409

** Effectif incomplet du fait de l'absence des données d'un UFR d'Île-de-France.*

Annexe 3

Répartition des internes dans les filières spécialités médicales et chirurgicales

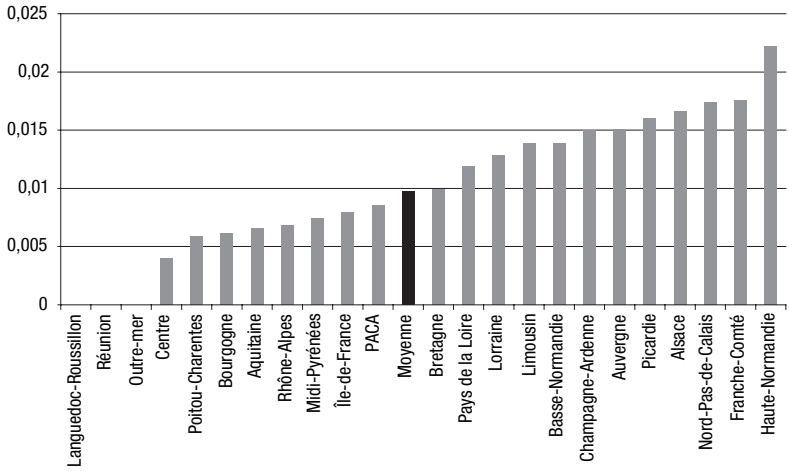
Spécialité	Intitulé du DES	Effectifs	Répartition (5e semestre et suivants)
Spécialités médicales	*1re et 2e année*	1 527	
	Années suivantes	2 248	
	dont : Anatomie et cytologie pathologique	113	5,0 %
	Cardiologie et maladies vasculaires	359	16,0 %
	Dermatologie et vénéréologie	163	7,3 %
	Endocrinologie et métabolisme	113	5,0 %
	Gastro-entérologie et hépatologie	149	6,6 %
	Génétique médicale	15	0,7 %
	Hématologie	42	1,9 %
	Médecine interne	164	7,3 %
	Médecine nucléaire	56	2,5 %
	Médecine physique et de réadaptation	47	2,1 %
	Néphrologie	108	4,8 %
	Neurologie	133	5,9 %
	Oncologie	109	4,8 %
	Pathologies cardio-vasculaires	0	
	Pneumologie	106	4,7 %
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	473	21,0 %
	Rhumatologie	98	4,4 %
Spécialités chirurgicales	*1re et 2e année*	873	
	Années suivantes	1 286	
	dont : Chirurgie générale	853	66,3 %
	Neurochirurgie	38	3,0 %
	Ophtalmologie	258	20,1 %
	ORL	136	10,6 %
	Stomatologie	1	0,1 %
	Total général	6 114	

Champ : Ensemble des UFR.
Sources : DEPP-SISE, traitement DREES-BPS, année 2006-2007.

Annexe 4

Graphique 1

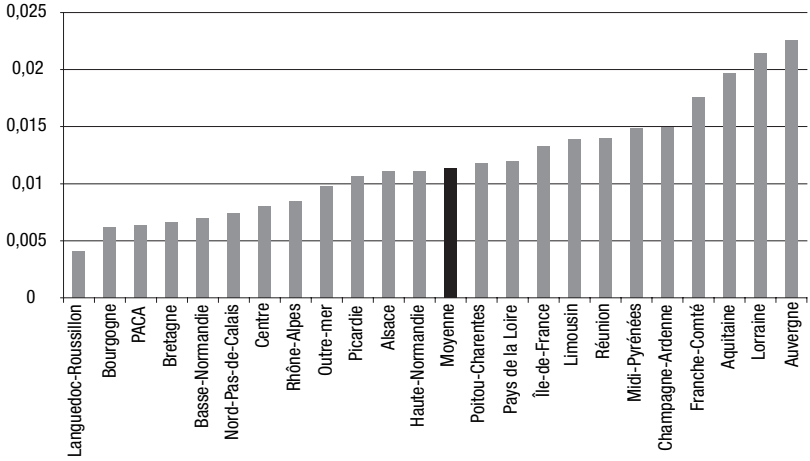
Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en médecine du travail pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Graphique 2

Nombre de postes ouverts aux ECN 2007 en santé publique pour 10 000 habitants



Sources : STATISS 2006, arrêté du 28 juin 2007.

Annexe 5

Autorisations de plein exercice de la médecine en France de 1974 à novembre 2007

Procédures	De 1974 à 1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	Textes de référence	Observations
CSCT	2187	27 77										4964	Loi n° 72-661 du 13/7/1972	Procédure achevée en 2003
PAC				26 49	820	626	125	57	34	31	11	4353	loi n° 99-641 du 27/7/1999 portant création d'une couverture maladie universelle (article 60)	Les demandes doivent être déposées avant le 31/12/2010
Commission de recours								154				154	Loi n° 99-641 du 27/07/1999 (article 60-IV)	Procédure achevée en 2004
Autorisation suite à la reconnaissance du diplômé par un État membre de l'UE						22	25	40	14	72	47	220	Article L. 4111-2 (II) du Code de la santé publique	
PAE									68	69	138	275	Article L. 4111-2 (I et I *bis*) du Code de la santé publique	Les autorisations sont accordées avec la qualification dans la spécialité
Total												9966		

Source : DHOS.

Annexe 6

■ ■ Fiches régionales : bilan des diplômés et des inscrits à l'Ordre sur la période 2001-2005

Alsace

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 309
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 318

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Néphrologie	9	7
Neurologie	13	9
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	14
Rhumatologie	8	6
Ophtalmologie	11	10
Médecine du travail	30	13
Santé publique et médecine sociale	6	4
Biologie médicale	12	10
Pédiatrie	22	17

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	19	23
Dermatologie et vénéréologie	6	9
Endocrinologie et métabolismes	3	4
Gastro-entérologie et hépatologie	7	9
Génétique médicale	2	3
Médecine interne	12	14
Médecine nucléaire	1	3
Médecine physique et réadaptation	1	2
Oncologie, option : oncologie médicale	0	2
Chirurgie générale	36	40
Neurochirurgie	1	2
ORL	8	11
Psychiatrie	26	29
Anesthésie-réanimation chirurgicale	27	50

C - Positionnement Alsace/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Alsace
DES	9 589	309 (3,22 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	318 (3,02 %)
	+9,50%	+2,91%

Aquitaine

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 523
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 507

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	9
Médecine interne	18	14
Médecine nucléaire	6	4
Néphrologie	8	5
Oncologie, option : oncologie médicale	5	2
Rhumatologie	9	4
Chirurgie générale	70	44
Médecine du travail	48	14
Biologie médicale	12	10

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	27	35
Dermatologie et vénéréologie	12	16
Endocrinologie et métabolisme	6	10
Gastro-entérologie et hépatologie	10	12
Neurologie	9	12
Radiodiagnostic et imagerie médicale	34	59
Ophtalmologie	18	22
ORL	12	13
Santé publique et médecine sociale	16	18
Psychiatrie	50	54
Gynécologie-obstétrique	20	27
Pédiatrie	26	30
Anesthésie-réanimation chirurgicale	46	50

C - Positionnement Aquitaine/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Aquitaine
DES	9 589	523 (5,45 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	507 (4,82 %)
	+9,50%	-3,05 %

Auvergne

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 283
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 211

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires	16	15
Endocrinologie et métabolisme	5	3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4
Génétique médicale	1	0
Médecine interne	6	5
Médecine nucléaire	4	2
Neurologie	8	6
Pneumologie	4	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	18
Rhumatologie	8	5
Chirurgie générale	31	27
Ophtalmologie	9	7
ORL	6	4
Stomatologie	1	0
Médecine du travail	32	5
Santé publique et médecine sociale	8	6
Biologie médicale	16	10
Psychiatrie	24	17
Pédiatrie	14	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	26	24

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Hématologie	1	2
Oncologie, option : radiothérapie	3	4
Oncologie, option : oncologie médicale	3	4
Gynécologie-obstétrique	13	15

C - Positionnement Auvergne/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Auvergne
DES	9589	283 (2,95 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	211 (2 %)
	+9,50%	-25,44 %

Basse-Normandie

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 233
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 205

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	12	11
Endocrinologie et métabolisme	6	5
Gastro-entérologie et hépatologie	10	6
Hématologie	1	0
Neurologie	7	6
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
Oncologie, option : oncologie médicale	4	0
Pneumologie	5	4
Chirurgie générale	26	25
Médecine du travail	17	9
Psychiatrie	19	17
Gynécologie-obstétrique	18	8
Pédiatrie	22	13

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	3	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	11	13
Rhumatologie	5	9
Neurochirurgie	2	3
Ophtalmologie	5	8
ORL	4	6
Biologie médicale	4	6
Anesthésie-réanimation chirurgicale	30	31

C - Positionnement Basse-Normandie/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Basse-Normandie
DES	9 589	233 (2,42 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	205 (1,95 %)
	+9,50%	+12,01%

Bourgogne

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 259
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 202

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	7	1
Cardiologie et maladies vasculaires	12	10
Dermatologie et vénéréologie	8	3
Endocrinologie et métabolisme	9	5
Gastro-entérologie et hépatologie	8	6
Génétique médicale	2	1
Hématologie	1	0
Médecine nucléaire	4	3
Médecine physique et réadaptation	2	0
Neurologie	8	7
Oncologie, option : oncologie médicale	8	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	19	10
Chirurgie générale	28	27
Neurochirurgie	1	0
Médecine du travail	17	2
Psychiatrie	38	23
Pédiatrie	19	12

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Néphrologie	1	2
Oncologie, option : radiothérapie	1	3
Pneumologie	5	7
Ophtalmologie	5	9
ORL	2	3
Biologie médicale	6	8
Gynécologie-obstétrique	10	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	27	32

C - Positionnement Bourgogne/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Bourgogne
DES	9 589	259 (2,70 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	202 (1,92 %)
	+9,50%	-22 %

Bretagne

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 437
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 478

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Gastro-entérologie et hépatologie	20	18
Hématologie	3	2
Médecine nucléaire	6	4
Médecine du travail	50	25
Santé publique et médecine sociale	10	6
Gynécologie-obstétrique	25	21
Pédiatrie	32	31

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	23	31
Endocrinologie et métabolisme	2	7
Génétique médicale	1	2
Médecine interne	8	11
Médecine physique et réadaptation	5	9
Néphrologie	2	3
Neurologie	9	13
Oncologie, option : oncologie médicale	0	1
Pneumologie	16	21
Rhumatologie	6	12
Chirurgie générale	38	44
Neurochirurgie	2	3
Ophtalmologie	10	23
ORL	10	12
Biologie médicale	20	27
Psychiatrie	43	44
Anesthésie-réanimation chirurgicale	47	59

C - Positionnement Bretagne/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Bretagne
DES	9589	437 (4,55 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	478 (4,55 %)
	+9,50%	+9,38%

Centre

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 231
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 231

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	5	4
Cardiologie et maladies vasculaires	23	16
Endocrinologie et métabolisme	4	2
Oncologie, option : radiothérapie	3	1
Radiodiagnostic et imagerie médicale	28	17
Neurochirurgie	2	1
Santé publique et médecine sociale	1	0
Biologie médicale	8	6
Psychiatrie	24	18
Gynécologie-obstétrique	17	15
Pédiatrie	21	18

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Dermatologie et vénéréologie	8	11
Gastro-entérologie et hépatologie	5	7
Médecine physique et réadaptation	0	3
Néphrologie	4	6
Neurologie	5	6
Oncologie, option : oncologie médicale	1	2
Pneumologie	1	8
Rhumatologie	4	8
Chirurgie générale	24	25
Ophtalmologie	4	9
ORL	2	5
Stomatologie	0	2
Anesthésie-réanimation chirurgicale	22	26

C - Positionnement Centre/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Centre
DES	9 589	231 (2,40 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	231 (2,20 %)
	+ 9,50 %	

Champagne-Ardenne

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 193
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 187

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Dermatologie et vénéréologie	9	6
Hématologie	1	0
Médecine nucléaire	2	1
Médecine physique et réadaptation	4	2
Neurologie	1	0
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
ORL	6	5
Médecine du travail	10	5
Biologie médicale	4	3
Psychiatrie	17	12
Pédiatrie	19	11

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	1	2
Oncologie, option : oncologie médicale	1	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale	13	21
Chirurgie générale	21	24
Ophtalmologie	5	6
Anesthésie-réanimation chirurgicale	26	35

C - Positionnement Champagne-Ardenne/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Champagne-Ardenne
DES	9589	193 (2,01 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	187 (1,78 %)
	+9,50%	-3,10 %

Franche-Comté

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 222
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 170

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	3
Cardiologie et maladies vasculaires	11	10
Dermatologie et vénéréologie	4	3
Endocrinologie et métabolisme	4	3
Gastro-entérologie et hépatologie	8	4
Hématologie	3	2
Médecine nucléaire	3	2
Pneumologie	5	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	16	11
Rhumatologie	4	3
Chirurgie générale	30	27
Neurochirurgie	3	1
Médecine du travail	11	1
Santé publique et médecine sociale	3	1
Biologie médicale	7	5
Psychiatrie	21	18
Gynécologie-obstétrique	17	7
Pédiatrie	17	13
Anesthésie-réanimation chirurgicale	22	18

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine interne	4	6
Néphrologie	3	4
Neurologie	4	5
Ophtalmologie	6	8

C - Positionnement Franche-Comté/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Franche-Comté
DES	9589	222 (2,31 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	170 (1,61 %)
	+9,50%	-23,42 %

Haute-Normandie

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 347
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 263

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	18	12
Dermatologie et vénéréologie	12	11
Endocrinologie et métabolisme	8	3
Hématologie	1	0
Médecine interne	7	6
Médecine physique et réadaptation	4	3
Neurologie	16	8
Oncologie, option : radiothérapie	2	1
Pneumologie	11	7
Radiodiagnostic et imagerie médicale	27	17
Chirurgie générale	40	25
Stomatologie	3	
Médecine du travail	22	11
Psychiatrie	33	20
Gynécologie-obstétrique	18	12
Pédiatrie	25	23
Anesthésie-réanimation chirurgicale	41	32

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	1	2
Gastro-entérologie et hépatologie	9	10
Médecine nucléaire	2	3
Ophtalmologie	7	8
ORL	10	12
Santé publique et médecine sociale	5	7
Biologie médicale	6	8

C - Positionnement Haute-Normandie/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Haute-Normandie
DES	9589	347 (3,61 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	263 (2,50 %)
	+9,50%	-24,20 %

Île-de-France

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 1978
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 2924

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine du travail	135	98
Gynécologie médicale	5	0

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	22	32
Cardiologie et maladies vasculaires	120	160
Dermatologie et vénéréologie	58	82
Endocrinologie et métabolisme	46	60
Gastro-entérologie et hépatologie	72	99
Génétique médicale	4	6
Hématologie	27	39
Médecine interne	58	109
Médecine nucléaire	3	13
Médecine physique et réadaptation	5	25
Néphrologie	37	51
Neurologie	53	90
Oncologie, option : radiothérapie	5	33
Oncologie, option : oncologie médicale	20	23
Pneumologie	58	77
Radiodiagnostic et imagerie médicale	131	211
Rhumatologie	38	54
Chirurgie générale	221	292
Neurochirurgie	14	16
Ophtalmologie	65	146
ORL	59	77
Stomatologie	0	5
Santé publique et médecine sociale	60	82
Biologie médicale	69	123
Psychiatrie	198	303
Gynécologie-obstétrique	69	136
Pédiatrie	167	267
Anesthésie-réanimation chirurgicale	159	215

C - Positionnement Île-de-France/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Île-de-France
DES	9589	1978 (20,62%)
Inscriptions à l'Ordre	10500	2924 (27,84%)
	+9,50%	+47,82%

Languedoc-Roussillon

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 344
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 422

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	8	5
Dermatologie et vénéréologie	9	8
Hématologie	1	0
Oncologie, option : oncologie médicale	3	2
Médecine du travail	24	7
Santé publique et médecine sociale	6	5

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	8	5
Endocrinologie et métabolisme	9	14
Gastro-entérologie et hépatologie	13	23
Médecine interne	12	18
Neurologie	11	14
Oncologie, option : radiothérapie	3	5
Pneumologie	6	7
Radiodiagnostic et imagerie médicale	22	40
Rhumatologie	7	14
Chirurgie générale	37	42
Neurochirurgie	1	3
Ophtalmologie	10	16
ORL	8	13
Stomatologie	0	1
Biologie médicale	16	22
Psychiatrie	25	27
Pédiatrie	22	30
Anesthésie-réanimation chirurgicale	35	52

C - Positionnement Languedoc-Roussillon/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Languedoc-Roussillon
DES	9 589	344 (3,58 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	422 (4,01 %)
	+9,50%	+22,67%

Limousin

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 166
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 136

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	9	6
Dermatologie et vénéréologie	5	2
Gastro-entérologie et hépatologie	4	2
Hématologie	2	1
Médecine physique et réadaptation	4	2
Néphrologie	6	4
Neurologie	5	3
Rhumatologie	5	3
Médecine du travail	19	3
Biologie médicale	12	7
Psychiatrie	15	11

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Médecine nucléaire	0	1
Oncologie, option : radiothérapie	2	3
Pneumologie	2	3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8	11
Neurochirurgie	1	2
Ophtalmologie	3	4
Stomatologie	0	1
Gynécologie-obstétrique	7	10

C - Positionnement Limousin/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Limousin
DES	9 589	166 (1,73 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	136 (1,29 %)
	+9,50%	-18,07 %

Lorraine

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 381
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 367

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	7
Dermatologie et vénéréologie	15	10
Endocrinologie et métabolisme	6	5
Hématologie	3	1
Médecine physique et réadaptation	9	6
Néphrologie	4	3
Oncologie, option : radiothérapie	6	2
Oncologie, option : oncologie médicale	8	6
Neurochirurgie	2	1
Médecine du travail	28	16
Santé publique et médecine sociale	10	5
Psychiatrie	35	30
Pédiatrie	24	19

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	21	23
Gastro-entérologie et hépatologie	9	10
Médecine interne	5	7
Neurologie	7	9
Pneumologie	11	13
Radiodiagnostic et imagerie médicale	27	34
Chirurgie générale	48	49
Ophtalmologie	11	12
Stomatologie	0	1
Biologie médicale	7	8
Gynécologie-obstétrique	10	11
Anesthésie-réanimation chirurgicale	45	59

C - Positionnement Lorraine/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Lorraine
DES	9 589	381 (3,97 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	367 (3,49 %)
	+9,50%	-3,67 %

Midi-Pyrénées

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 421
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 457

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Oncologie, option : oncologie médicale	7	4
Radiodiagnostic et imagerie médicale	31	30
Médecine du travail	35	12
Santé publique et médecine sociale	17	15
Biologie médicale	30	8

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	9	10
Cardiologie et maladies vasculaires	25	41
Dermatologie et vénéréologie	11	12
Gastro-entérologie et hépatologie	12	13
Hématologie	1	2
Médecine interne	8	12
Médecine nucléaire	3	7
Néphrologie	9	12
Neurologie	16	19
Oncologie, option : radiothérapie	3	6
Pneumologie	8	13
Rhumatologie	11	13
Chirurgie générale	35	40
Neurochirurgie	0	2
Ophtalmologie	8	16
ORL	5	7
Psychiatrie	29	41
Gynécologie-obstétrique	17	22
Pédiatrie	34	41
Anesthésie-réanimation chirurgicale	39	41

C - Positionnement Midi-Pyrénées/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Midi-Pyrénées
DES	9 589	421 (4,39 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	457 (4,35 %)
	+9,50%	8,55 %

Nord - Pas-de-Calais

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 797
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 824

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	20	18
Hématologie	15	8
Médecine interne	17	16
Médecine physique et réadaptation	10	9
Néphrologie	11	9
Oncologie, option : radiothérapie	7	3
Oncologie, option : oncologie médicale	9	4
Pneumologie	27	18
Chirurgie générale	93	88
Médecine du travail	48	27
Santé publique et médecine sociale	11	9
Psychiatrie	84	75
Pédiatrie	53	48

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	7	9
Cardiologie et maladies vasculaires	43	49
Dermatologie et vénéréologie	17	18
Gastro-entérologie et hépatologie	19	22
Médecine nucléaire	7	12
Neurologie	22	26
Radiodiagnostic et imagerie médicale	70	110
Rhumatologie	11	12
Neurochirurgie	4	5
Ophtalmologie	23	24
Biologie médicale	21	26
Anesthésie-réanimation chirurgicale	97	128

C - Positionnement Nord-Pas-de-Calais/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Nord-Pas-de-Calais
DES	9 589	797 (8,31 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	824 (7,84 %)
	+9,50%	+10,93%

Pays de la Loire

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 557
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 477

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	28	25
Endocrinologie et métabolisme	12	11
Médecine physique et réadaptation	8	6
Oncologie, option : radiothérapie	9	6
Rhumatologie	11	7
Chirurgie générale	67	57
ORL	12	11
Médecine du travail	36	9
Santé publique et médecine sociale	7	2
Biologie médicale	20	16
Psychiatrie	50	47
Gynécologie-obstétrique	42	26
Gynécologie médicale	1	0
Pédiatrie	48	32

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	6	7
Dermatologie et vénéréologie	15	16
Hématologie	3	5
Médecine interne	10	13
Médecine nucléaire	2	3
Neurologie	9	15
Ophtalmologie	15	18

C - Positionnement Pays de la Loire/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Pays de la Loire
DES	9589	557 (5,80 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	477 (4,54 %)
	+9,50%	-14,36 %

Picardie

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 247
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 211

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	4	2
Cardiologie et maladies vasculaires	19	17
Dermatologie et vénéréologie	8	3
Gastro-entérologie et hépatologie	9	4
Médecine interne	4	3
Néphrologie	2	1
Oncologie, option : radiothérapie	1	0
Radiodiagnostic et imagerie médicale	28	12
Rhumatologie	5	4
Médecine du travail	10	8
Biologie médicale	11	5
Gynécologie-obstétrique	11	7
Anesthésie-réanimation chirurgicale	34	25

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	4	5
Neurologie	3	6
Pneumologie	6	7
Chirurgie générale	33	35
Ophtalmologie	7	10
ORL	3	6
Psychiatrie	23	28

C - Positionnement Picardie/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Picardie
DES	9 589	247 (2,57 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	211 (2 %)
	+9,50%	-14,57 %

Poitou-Charentes

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 198
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 181

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	3	1
Médecine physique et réadaptation	3	2
Radiodiagnostic et imagerie médicale	19	15
Chirurgie générale	28	18
Neurochirurgie	3	2
ORL	6	4
Stomatologie	1	0
Santé publique et médecine sociale	3	2
Biologie médicale	13	7
Psychiatrie	24	17
Gynécologie-obstétrique	13	12
Anesthésie-réanimation chirurgicale	25	22

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	6	10
Dermatologie et vénéréologie	5	7
Hématologie	0	1
Médecine interne	2	3
Neurologie	4	5
Oncologie, option : oncologie médicale	3	4
Pneumologie	4	5
Rhumatologie	1	3
Ophtalmologie	9	10
Médecine du travail	0	4
Pédiatrie	8	12

C - Positionnement Poitou-Charentes/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Poitou-Charentes
DES	9589	198 (2,06 %)
Inscriptions à l'Ordre	10500	181 (1,72 %)
	+9,50%	-8,58 %

Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 675
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 846

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Oncologie, option : radiothérapie	9	6
Rhumatologie	15	13
Médecine du travail	63	32
Santé publique et médecine sociale	16	15

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Cardiologie et maladies vasculaires	47	49
Endocrinologie et métabolisme	17	23
Gastro-entérologie et hépatologie	18	30
Hématologie	0	3
Médecine interne	21	22
Médecine nucléaire	5	7
Médecine physique et réadaptation	6	10
Néphrologie	6	8
Neurologie	12	15
Oncologie, option : oncologie médicale	6	9
Pneumologie	11	13
Radiodiagnostic et imagerie médicale	53	78
Chirurgie générale	74	83
Neurochirurgie	3	4
Ophtalmologie	23	46
ORL	15	21
Stomatologie	0	2
Biologie médicale	36	46
Psychiatrie	49	81
Gynécologie-obstétrique	13	30
Pédiatrie	34	49
Anesthésie-réanimation chirurgicale	75	103

C - Positionnement Provence-Alpes-Côte d'Azur/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	PACA
DES	9 589	675 (7,03 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	846 (8,05 %)
	+9,50%	+25,33%

Rhône-Alpes

A- Résultats globaux 2001-2005

Cumul des DES : 788
Cumul des inscriptions à l'Ordre : 883

B - Zoom sur quelques disciplines

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont inférieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Endocrinologie et métabolisme	17	15
Oncologie, option : oncologie médicale	9	7
Ophtalmologie	28	25
Médecine du travail	83	34
Biologie médicale	29	28

Les spécialités pour lesquelles les effectifs inscrits à l'Ordre sont supérieurs aux effectifs diplômés DES

Disciplines	DES	Inscriptions Ordre
Anatomie et cytologie pathologiques	10	12
Cardiologie et maladies vasculaires	49	65
Dermatologie et vénéréologie	23	25
Gastro-entérologie et hépatologie	25	32
Hématologie	6	11
Médecine nucléaire	3	6
Médecine physique et réadaptation	4	9
Néphrologie	10	13
Neurologie	18	23
Pneumologie	14	19
Radiodiagnostic et imagerie médicale	59	77
Rhumatologie	14	18
Chirurgie générale	78	89
Neurochirurgie	3	4
ORL	17	30
Stomatologie	0	2
Santé publique et médecine sociale	9	12
Psychiatrie	79	82
Gynécologie-obstétrique	26	40
Pédiatrie	50	75
Anesthésie-réanimation chirurgicale	93	98

C - Positionnement Rhône-Alpes/Données nationales

Données cumulées sur cinq ans (2001-2005)

	France entière	Rhône-Alpes
DES	9 589	788 (8,21 %)
Inscriptions à l'Ordre	10 500	863 (8,21 %)
	+9,50%	+9,51%

Annexe 7

Les contributeurs

Les travaux du groupe de travail dont ce tome constitue la synthèse ont été présidés par le professeur **Berland**.
Rapporteur des travaux : **Martine Burdillat**, secrétaire générale de l'ONDPS.

■■ La conception et l'exploitation du questionnaire ont été réalisés par :
Dr Jean-Pierre Danin, médecin inspecteur régional, pôle Santé publique, DRASS Basse-Normandie ;
Benoît Ellboode, président de l'Inter syndicat national des hôpitaux des villes de faculté (ISNIH) ;
Pascal Forcioli, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Picardie ;
Daniel Foulon, chargé de mission au bureau « Démographie et formation médicale » (M1), sous-direction « Professions médicales et personnels hospitaliers », Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
Pr Jean-Paul Francke, doyen de la faculté de médecine de Lille ;
Noémie Oswalt, bureau « Démographie et formation médicale » (M1), sous-direction « Professions médicales et personnels hospitaliers », DHOS ;
Monique Reynot, responsable du service « Formations et professions », pôle Santé, DRASS Île-de-France ;
Marie-Thérèse Segura, inspectrice de l'Action sanitaire et sociale, pôle Santé publique, inspection régionale de santé, secteur des médecins hospitaliers, DRASS PACA.

■ Avec la collaboration de l'ensemble des responsables de la gestion des internes dans les DRASS, des services de scolarité des facultés de médecine et de :
Dr Dominique Baubeau, chef de service PMI/Actions de santé, conseil général des Yvelines ;
Valérie Evans, assistante à l'ONDPS ;
André Gay, ancien trésorier adjoint de l'ISNIH ;
Gabriel Ko, ancien chargé des « Relations européennes », ISNIH ;
Isabelle Leclerc, chargée de mission auprès du sous-directeur, sous-direction « Professions médicales et personnels médicaux hospitaliers », direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
Pierre Loulergue, président de l'Inter syndicat national des chefs de clinique assistant des hôpitaux de villes de faculté (ISNCCA), membre du conseil d'orientation de l'ONDPS ;
Olivier Mir, ancien président de l'ISNIH ;
Marc Oberlis, sous-directeur, sous-direction « Professions médicales et personnels médicaux hospitaliers », DHOS.

■■ Ont participé au groupe de travail :
Evelyne Bernard, gestion des internes en médecine, pôle santé, politique régionale de santé, DRASS Languedoc-Roussillon ;

Marie-Christine Borel, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, pôle Santé publique, professions médicales et paramédicales, DRASS Limousin ;
Valeria de Franco, présidente du Syndicat des internes de Nantes ;
Lola Fourcade, vice-présidente du Syndicats des internes des Hôpitaux de Paris (SIHP), trésorière ISNIH ;
Roselyne Gateau, médecin inspecteur de santé publique, conseils et inspections en santé, inspection régionale de santé, DRASS Auvergne ;
Céline Laurent, « bureau de l'Internat », DRASS Franche-Comté ;
Sylvia Maille, statisticienne, DRASS Languedoc-Roussillon ;
Christiane Poncet, statisticienne, DRASS Franche-Comté.

Ce troisième rapport de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé** comporte une synthèse générale assortie de préconisations et de quatre tomes thématiques.

Le tome 1, **La médecine générale**, établit un état des lieux de l'exercice de cette spécialité. La mutualisation des données relatives aux effectifs, ainsi que la prise en compte de leur activité permettent de produire un diagnostic des ressources disponibles pour la prise en charge des patients en premier recours. Les modalités de formation qui préparent au métier de médecin généraliste, ainsi que les conditions d'exercice, sont examinées dans l'optique de saisir les facteurs qui peuvent conduire à la « désaffection » dont l'exercice libéral de cette profession semble faire l'objet.

Le tome 2, **Les internes en médecine : démographie et répartition**, recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du *numerus clausus* est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales.

Le tome 3, **Éclairage sur les professions : chirurgiens dentistes, métiers de la périnatalité**, fournit une analyse particulière pour chacune d'entre elles. L'analyse des effectifs actuels et les résultats des projections à l'horizon 2025 pour les chirurgiens dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagées dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également la synthèse d'une étude sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

Le tome 4, **Les métiers de la cancérologie**, est issu d'un travail mené en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa). Une vingtaine de professions médicales et paramédicales participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont examinées. L'analyse démographique des métiers et de leur évolution est approfondie pour les six professions dont l'activité est consacrée, de façon certaine, à la prise en charge des patients atteints de cancer.

ONDPS
Ministères en charge du Travail, de la Santé et du Budget
18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75014 Paris
Téléphone : 01 40 56 89 27 et 89 36
Site www.sante.gouv.fr/ondps

ONDPS © 2008
DICOM : 08.037
ISBN : 978-2-11-097349-8
Imprimé en France