

TOME 3

LE RENOUVELLEMENT DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Le rapport 2008-2009



TABLE DES MATIÈRES

7 INTRODUCTION GÉNÉRALE

CONTRIBUTION 1

LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES INTERNES EN FORMATION

13 INTRODUCTION

14 LE NOMBRE D'INTERNES EN MÉDECINE SELON LES SOURCES

16 LA DÉMOGRAPHIE ÉTUDIANTE : DES ÉVOLUTIONS SENSIBLES D'UNE ANNÉE À L'AUTRE

16 Une augmentation rapide du nombre d'internes

17 Les évolutions par discipline

18 *L'essentiel de l'augmentation du nombre d'internes bénéficie à la médecine générale*

18 Des évolutions variables selon les spécialités

19 Pour la première fois, en 2008-2009, les internes inscrits en première année sont plus nombreux en médecine générale que dans les autres spécialités

22 RÉPARTITION RÉGIONALE. PRINCIPAUX CONSTATS

22 Une augmentation variable du nombre d'internes selon les régions

24 Des repositionnements régionaux en densité d'internes

25 Une augmentation de la densité d'internes en médecine générale dans la totalité des régions

27 ANNEXE

CONTRIBUTION 2

LES EFFECTIFS D'INTERNES DE MÉDECINE À FORMER PAR SPÉCIALITÉ ET PAR RÉGION : CONSTATS ET PROPOSITIONS

31 AVANT-PROPOS

33 LES CONSTATS PRÉALABLES

34 La démographie des médecins en activité

34 *Le vieillissement affecte les effectifs médicaux de façon contrastée*

37 *La répartition des médecins en activité selon les catégories de disciplines utilisées actuellement pour l'internat apparaît assez constante dans les régions métropolitaines*

- 40 **La démographie des médecins en formation**
- 40 *Les numerus clausus et les postes ouverts aux ECN au niveau régional ne sont pas systématiquement en rapport avec le poids démographique de chaque région*
- 41 *Il n'y a pas de correspondance étroite entre le numerus clausus, les effectifs inscrits en DCEM4 et le nombre de postes d'internes ouverts, tant au niveau national qu'au niveau des régions*
- 44 *Entre 2005 et 2008, l'augmentation des postes d'internes, de moindre ampleur que celle du numerus clausus, a été inégalement répartie et, dans certaines régions, n'épouse pas la même courbe que celui-ci*
- 45 *L'augmentation des postes ouverts aux ECN a, pour l'essentiel, bénéficié au DES de médecine générale, avec des variantes régionales marquées*
- 48 *La part des postes offerts pour la discipline « spécialités médicales » dans le total est inférieure depuis plusieurs années à celle observée parmi les effectifs en activité dans cette discipline*
- 48 *Les différences régionales des capacités d'encadrement constituent une limite à l'homogénéisation de la répartition des effectifs d'étudiants*
- 51 *Des éléments convergents illustrent la mobilité interrégionale des jeunes diplômés et le caractère non déterminant de la région d'internat pour le choix du lieu d'exercice*

53 L'OFFRE DE SOINS QUE DESSINENT LES DIAGNOSTICS RÉGIONAUX

- 53 **Les données de cadrage**
- 56 **La synthèse des propositions formulées par les comités régionaux**
- 56 *Les propositions aboutissent à un nombre total légèrement en deçà du nombre d'internes attendu sur la base du numerus clausus*
- 58 *Les propositions aboutissent à une diminution locale des écarts entre les étudiants inscrits en DCEM4 et le nombre de postes proposés aux ECN*
- 58 *Les propositions pour la médecine générale correspondent à 47,3 % du total*
- 59 *Les propositions aboutissent à une augmentation sensible de la part de la discipline « spécialités médicales »*
- 62 **Les scénarios qui se dégagent des propositions régionales**
- 62 *La forte augmentation d'internes liée au numerus clausus permet de compenser les départs des diplômés de médecine générale qui interviendraient dans les 5 prochaines années, même dans l'hypothèse d'une répartition égalitaire entre ce DES et les autres spécialités*
- 64 *L'attribution de 53 % des postes à la médecine générale pourrait majorer la diminution des effectifs des spécialités confrontées à de nombreuses cessations d'activité du fait de leur pyramide des âges*
- 65 *Quelle que soit l'option retenue pour le DES de médecine générale (50 ou 53 %), d'autres spécialités devraient voir leurs effectifs augmenter du fait d'un solde positif entre les départs prévus et les entrées*
- 65 *Les flux annuels des disciplines actuellement filiarisées seraient diversement affectés selon les DES considérés*

67 LES PROPOSITIONS DE L'ONDPS

- 67 **50 % des postes pourvus en médecine générale**
- 68 **Les préconisations**

72 ANNEXES

- 72 Annexe 1: Composition du groupe de travail
- 74 Annexe 2: Sources et méthodes
- 76 Annexe 3: Fiches par spécialité et par région

CONTRIBUTION 3**QUELLES PERSPECTIVES POUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?****107 INTRODUCTION****109 RÉSULTATS DES PROJECTIONS POUR L'ENSEMBLE DES MÉDECINS**

- 110 Les effectifs médicaux devraient baisser de près de 10 % d'ici à 2019, avant de revenir à leur niveau actuel en 2030...
- 114 ... mais cette baisse transitoire s'accompagnerait d'une hausse du nombre des internes
- 114 Le *numerus clausus* : un levier aux effets lents mais forts et durables sur l'effectif médical
- 118 **RÉSULTATS DES PROJECTIONS PAR SPÉCIALITÉ**
- 118 D'ici à 2019, la baisse des effectifs serait moins marquée pour les diplômés de médecine générale
- 120 Les évolutions des effectifs seraient très contrastées pour les spécialistes
- 124 Les médecins se concentreraient dans les pôles urbains dotés d'un CHU
- 125 La densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel

126 RÉSULTATS RÉGIONALISÉS DES PROJECTIONS

- 126 L'effectif de médecins serait en forte baisse dans certaines régions actuellement bien dotées
- 127 La plupart des régions verraient leur population augmenter
- 128 Les évolutions des densités régionales seraient très contrastées
- 131 Les mécanismes expliquant les évolutions de la démographie médicale régionale
- 135 Les inégalités régionales continueraient à se réduire avant de se creuser à nouveau et de s'inverser d'après le scénario tendanciel
- 141 Un pilotage plus prospectif de la répartition des postes aux ECN permettrait de réduire davantage les inégalités entre régions

144 CONCLUSION**146 ANNEXES**



Introduction générale

Trois facteurs sont particulièrement décisifs pour apprécier de façon prospective l'offre de soins médicale : les flux de médecins, appréhendés à partir des sorties et des entrées dans l'activité, la localisation et les caractéristiques des populations destinataires de ces soins, enfin les évolutions organisationnelles et scientifiques qui, modifiant les modalités de prise en charge des pathologies et des patients, appellent des changements dans la structuration de l'offre en professionnels de santé. Ce dernier facteur, dont l'appréciation implique une analyse par domaine de prise en charge des patients, est plus particulièrement développé dans les autres tomes de ce rapport¹.

Ce tome, consacré au renouvellement des effectifs médicaux, s'attache plus spécifiquement aux éléments relatifs au premier facteur, c'est-à-dire les flux de médecins. Il est important de les caractériser car la diminution des effectifs médicaux qui interviendra dans les prochaines années s'accompagnera en même temps d'un potentiel de renouvellement important. Sans anticipation aussi bien nationale que locale, les flux importants de sorties et d'entrées de médecins qui vont intervenir de façon concomitante pourraient provoquer des tensions. Des ruptures de l'offre de soins, d'une part, pourraient affecter certains territoires ainsi que le déroulement de certaines prises en charge spécialisées des patients. Les ressources d'accueil et d'encadrement actuelles des étudiants en médecine pourraient, d'autre part, s'avérer insuffisamment adaptées pour assurer une formation de qualité face à l'augmentation des effectifs à former.

Trois contributions sont rassemblées dans ce tome. Après un état des lieux des internes en formation, elles s'attachent à mettre en regard le diagnostic relatif à la démographie des médecins en activité avec celui des médecins en formation, dans l'optique d'appréhender les flux prévisibles à l'horizon de 5 à 10 ans, d'une part, et à l'horizon 2030, d'autre part. L'ensemble des résultats présentés confirme le caractère inéluctable de la diminution globale des effectifs médicaux, en l'absence de flux de médecins diplômés hors de France. Ils montrent aussi qu'il existe des marges de manœuvre importantes s'agissant de la répartition du corps médical, puisque les décisions d'affectation des postes aux épreuves classantes nationales infléchissent déjà et pourraient infléchir davantage certaines évolutions à partir de 2015, selon les territoires et les différentes spécialités.

1. *Rapport ONDPS 2008-2009*, tome 1 : « Les métiers du diagnostic biologique des tumeurs », et tome 2 : « Analyse des professions : insuffisance rénale chronique, masseurs-kinésithérapeutes ».

La première contribution présente l'état des lieux de la démographie des internes en formation en 2008-2009. Elle actualise la photographie de la situation qui avait fait l'objet d'un tome du précédent rapport de l'ONDPS, à partir de l'enquête réalisée par les comités régionaux². Les évolutions enregistrées entre les périodes 2006-2007 et 2008-2009 confirment d'abord l'augmentation importante du nombre global d'internes. Elles font, d'autre part, apparaître des inflexions dans la répartition des internes par spécialité. On peut en particulier observer que les priorités accordées à la médecine générale se traduisent déjà par le fait que les internes de cette spécialité constituent en 2008-2009 le contingent le plus élevé parmi les internes de première année.

La deuxième contribution présente les résultats d'une démarche prospective réalisée avec les comités régionaux de l'ONDPS. Cet exercice vise à déterminer les effectifs d'internes de médecine qui pourraient être formés par région et par spécialité pour les cinq prochaines années. Il s'inscrit dans le cadre des dispositions portées par la loi HPST qui introduisent trois modifications majeures par rapport à la situation actuelle : la pluri-annualité, la détermination des effectifs d'internes par spécialité et, enfin, la régionalisation du diagnostic.

La pluri-annualité de l'exercice constitue un premier changement. Jusqu'alors, les postes aux épreuves classantes nationales (ECN) étaient ouverts annuellement. Prévoir sur une durée plus longue devient nécessaire car le nombre d'internes va considérablement augmenter dans les prochaines années suite au relèvement du *numerus clausus* qui intervient depuis 1998. Cette augmentation implique un pilotage anticipateur afin, d'une part, de parvenir à de meilleurs équilibres dans la répartition des effectifs médicaux et, d'autre part, de définir des capacités d'accueil et de formation des étudiants en médecine et des internes adaptées. La durée de l'internat, de 3 à 5 ans selon les spécialités, favorise *a priori* ce raisonnement à moyen terme.

La détermination des postes par spécialité constitue une deuxième inflexion par rapport à la situation actuelle. Cela a été à maintes reprises souligné, le *numerus clausus* ne constitue pas un outil de régulation suffisant de l'offre médicale. Il permet, à la hausse comme à la baisse, des variations du nombre global de médecins, mais il n'encadre pas leur répartition, ni entre les territoires ni entre les spécialités. Certaines orientations sont certes affirmées au moment de l'entrée en internat, à travers l'ouverture de postes qui sont attribués par subdivision et par grandes disciplines. Nous avons observé toutefois que cette filiarisation, du fait de son caractère partiel, laissait la régulation au milieu du gué. La répartition des internes au sein de chacune des différentes spécialités regroupées dans les grandes disciplines, chirurgicales et médicales, dépend en effet d'une multiplicité de facteurs qui sont, pour l'essentiel, déconnectés des besoins de santé publique et des situations démographiques. En outre, la filiarisation de certaines spécialités, qui a permis leur trai-

2. Tome 2, *Rapport ONDPS 2006-2007*.

tement privilégié³, trouve des limites aujourd'hui car la diminution démographique qui s'amorce les concerne toutes avec ampleur. Il convient alors de redéfinir des priorités et de construire des dispositifs d'orientation des flux de spécialisation qui répondent mieux à la réalité des besoins et de la démographie.

Enfin, une plus grande régionalisation encadrée des diagnostics et des procédures est attendue de façon congruente avec la régionalisation des politiques de santé et la mise en place des ARS.

Les résultats des projections des effectifs de médecins réalisées par la DREES, qui sont présentés dans la troisième contribution, apportent un éclairage complémentaire sur un plus long terme. Ces projections, à l'instar de celles qui avaient été réalisées en 2004⁴, permettent d'apprécier l'effet potentiel d'un changement de comportement ou les conséquences de l'introduction d'une mesure d'ajustement et soulignent la portée temporelle des décisions publiques. En effet, du fait de la durée des études, le nombre de médecins que produit, très en amont, le *numerus clausus* constitue la base de l'évolution des effectifs globaux. D'où l'importance de les mettre en perspective, de façon anticipée, avec les changements prévisibles de la répartition des populations. L'exercice présenté dans cette contribution permet de souligner l'importance des critères retenus pour rééquilibrer la démographie médicale. La répartition de la population nationale qui pourrait accompagner son augmentation constitue en particulier une donnée susceptible de transformer le diagnostic des densités régionales de médecins que l'on formule aujourd'hui. Les différentes variantes de rééquilibrage régional qui sont examinées en constituent l'illustration.

Contribution 1 : « Les données démographiques sur les internes en formation », N. Oswald (DHOS).

Contribution 2 : « Les effectifs d'internes de médecine à former par spécialité et par région : constats et propositions », D. Baubeau, M. Burdillat (ONDPS).

Contribution 3 : « Quelles perspectives pour la démographie médicale ? », M. Barlet, L. Fauvet, F. Guillaumat-Tailliet, L. Olier (DREES).

3. Huit, au total : anesthésie-réanimation chirurgicale, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique.

4. « Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025, par région et spécialité », tome 2, *Rapport ONDPS 2004*.

CONTRIBUTION 1

**LES DONNÉES
DÉMOGRAPHIQUES SUR LES
INTERNES EN FORMATION**



Introduction

Cette contribution est consacrée à la présentation des données issues des enquêtes effectuées par les comités régionaux de l'Observatoire auprès des facultés de médecine.

Initiées en 2006-2007, ces enquêtes ont pour objectif de suivre de façon régulière l'évolution des effectifs d'internes et de leur répartition par région et par spécialité. Les recueils réalisés en novembre 2007 et novembre 2008 ont fait l'objet d'une simplification par rapport à la première formule et aussi d'une harmonisation dans le cadre d'un groupe de travail auquel ont été associés les services de scolarité des facultés.

Ces données font déjà l'objet d'un recueil par le ministère de l'Enseignement supérieur (SISE) et d'une exploitation par la DREES¹. L'augmentation sensible de la population des internes depuis 2005 et la mise en place de la filiarisation prévue dans la loi HPST² du 21 juillet 2009 justifient toutefois la mise en place de cet outil de suivi³. Cette réforme prévoit notamment une détermination pluriannuelle des postes d'internes par subdivision et par spécialité, au nombre de 30, et non plus par discipline, au nombre de 11.

La première enquête a fait l'objet d'une analyse approfondie, publiée dans le tome 2 du rapport 2006-2007. Les résultats présentés actualisent la photographie de la situation. La confrontation des données recueillies sur les trois dernières années permet aussi de relever quelques inflexions consécutives aux décisions prises. Sont privilégiées celles relatives aux priorités accordées à la médecine générale et à la redistribution des postes d'internes entre les régions.

1. Cf. contribution 3 dans ce tome.

2. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

3. Il permet en particulier une disponibilité des résultats dans les délais compatibles avec ceux de la décision relative à l'affectation des postes.



e nombre d'internes en médecine selon les sources

Le nombre d'internes en médecine en formation durant l'année universitaire 2008-2009 varie entre 19 113 et 19 470, selon les sources.

Les données démographiques disponibles sur les internes en médecine sont issues de trois sources : la statistique annuelle des établissements (SAE), le système informatique sur le suivi des étudiants du ministère de l'Enseignement supérieur (SISE) et les enquêtes de l'ONDPS réalisées depuis l'année universitaire 2006-2007.

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM). Cette base de données renseigne, notamment, sur les internes en fonction au sein des structures hospitalières au mois de décembre. Elle permet d'étudier la répartition des internes selon le type d'établissements (universitaire ou non) mais ne peut rendre compte de ceux qui suivent des stages extra-hospitaliers, ce qui explique que les effectifs 2008 apparaissent « sous-évalués », par rapport aux deux autres sources. Par ailleurs, jusqu'en 2009, elle ne distingue pas les résidents (statut en voie d'extinction) des internes de médecine générale¹. Pour ces raisons, elle ne sera pas utilisée dans ce travail d'analyse.

La source SISE recense, quant à elle, les inscriptions aux diplômes de troisième cycle (DES). À la fin de l'année universitaire, les établissements d'enseignement supérieur et les universités transmettent à la division des études statistiques du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ces informations tirées d'APOGEE, l'application utilisée pour la gestion des étudiants et des enseignements. Pour le DES de biologie médicale, ouvert à la fois aux internes en médecine et en pharmacie, cette source ne distingue pas les internes de médecine des autres. Or les internes de pharmacie sont majoritaires, puisqu'ils représentent en moyenne trois quarts des postes en biologie médicale ouverts. De ce fait, les effectifs recensés dans SISE sont supérieurs à ceux de l'enquête ONDPS.

L'enquête ONDPS recense auprès des facultés de médecine par l'intermédiaire des DRASS, au début de l'année universitaire, les inscriptions aux DES des seuls internes issus de la discipline médecine. Les données recueillies font l'objet d'un rapprochement avec les éléments relatifs à la gestion des internes par les DRASS.

À champ comparable, si l'on exclut les internes en biologie médicale, sur la France entière, les chiffres 2008-2009 sont proches entre l'ONDPS (18 845) et SISE (18 418) (tableaux 1 et 2).

1. Une adaptation du questionnaire est prévue en 2009.

TABLEAU 1

**NOMBRE D'INTERNES PAR DISCIPLINE OU SPÉCIALITÉ, EN 2006-2007, 2007-2008
ET 2008-2009, SELON LA SOURCE ONDPS**

Libellé discipline	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Évolution relative 2007-2009
Anesthésie-réanimation	1 318	1 354	1 363	1 %
Biologie médicale	327	292	268	-8 %
Gynécologie médicale	61	70	78	11 %
Gynécologie obstétrique	904	855	856	0 %
Médecine du travail	239	243	234	-4 %
Médecine générale	4 795	5 945	7 279	22 %
Pédiatrie	921	904	905	0 %
Psychiatrie	1 166	1 249	1 295	4 %
Santé publique	253	259	240	-7 %
Spécialités chirurgicales	2 110	2 497	2 660	7 %
Spécialités médicales	3 585	3 820	3 935	3 %
Ensemble des disciplines hors médecine générale	10 884	11 543	11 834	3 %
Ensemble des disciplines hors biologie médicale	15 352	17 196	18 845	10 %
Ensemble des disciplines	15 679	17 488	19 113	9 %

Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

TABLEAU 2

**NOMBRE D'INTERNES PAR DISCIPLINE OU SPÉCIALITÉ, EN 2006-2007, 2007-2008
ET 2008-2009, SELON LA SOURCE SISE**

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Évolution relative 2007-2009
Anesthésie-réanimation	1 217	1 278	1 321	+3 %
Biologie médicale	993	1 038	1 052	1 %
Gynécologie médicale	55	56	58	4 %
Gynécologie-obstétrique	886	866	843	-3 %
Médecine du travail	238	238	232	-3 %
Médecine générale	4 251	5 752	6 973	21 %
Pédiatrie	876	888	874	-2 %
Psychiatrie	1 132	1 232	1 275	3 %
Santé publique	239	250	243	-3 %
Spécialités chirurgicales	2 159	2 379	2 577	8 %
Spécialités médicales	3 775	3 967	4 022	1 %
Ensemble des disciplines hors médecine générale	11 570	12 192	12 497	3 %
Ensemble des disciplines hors biologie médicale	14 828	16 906	18 418	9 %
Total	15 821	17 944	19 470	9 %

Source : DEPP/SISE, traitement DREES/BPS.



a démographie étudiante : des évolutions sensibles d'une année à l'autre

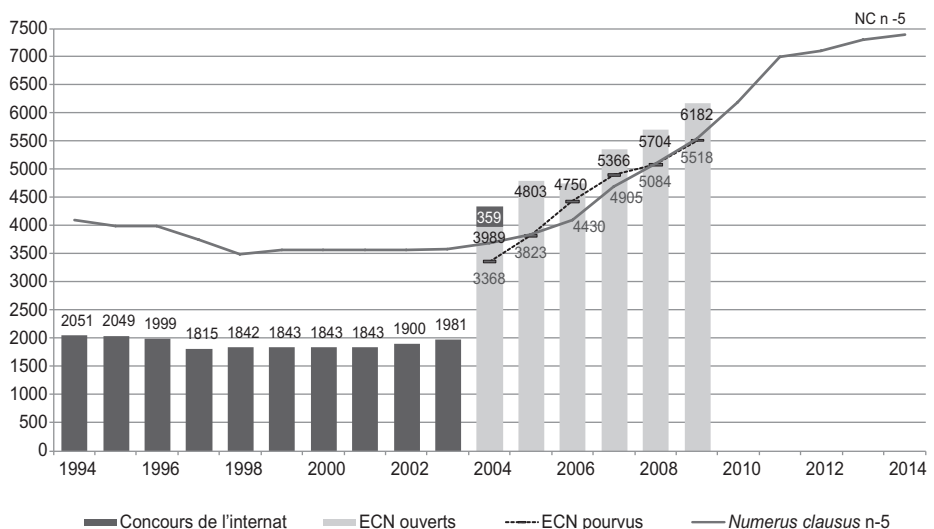
Une augmentation rapide du nombre d'internes

Le nombre d'étudiants admis à poursuivre en deuxième année des études médicales a été multiplié par deux entre 1999 et 2009, passant de 3 690 à 7 400. Les promotions d'internes poursuivant actuellement le troisième cycle des études médicales correspondent à des promotions ayant bénéficié d'un relèvement du *numerus clausus*. En effet, entre 2000-2001 et 2002-2003, années correspondant aux épreuves classantes nationales (ECN) 2006-2007 à 2008-2009, le *numerus clausus* a été relevé de 1 000 places, soit 24 %.

À titre de comparaison, entre 1996-1997 et 1998-1999, années correspondant aux internes inscrits en 5^e année de 2006-2007 à 2008-2009, le *numerus clausus* avait été relevé de 114 places, soit 3 %.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS ET POSTES D'INTERNES DEPUIS 1994



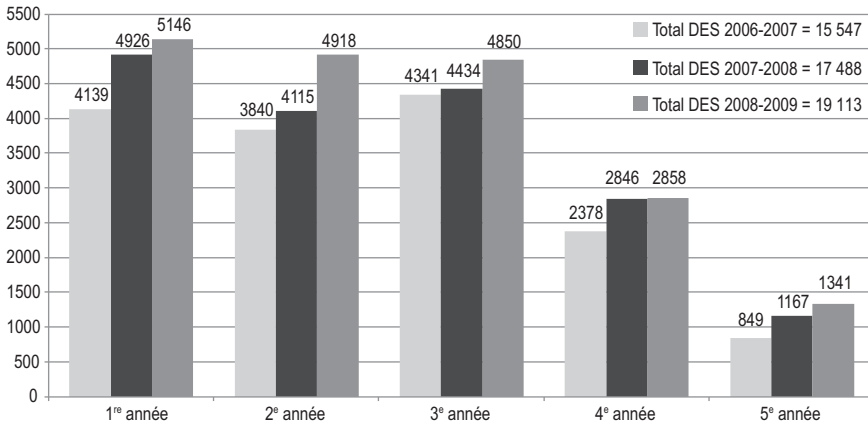
Source : JO, CNG, exploitation DHOS..

Ainsi, le nombre de postes pourvus à l'issue des ECN a augmenté de 51 % entre 2004 et 2008.

Comme le montrent les graphiques 1 et 2, une telle augmentation sur une période courte a une traduction rapide sur les effectifs. Selon les données recueillies par l'ONDPS, entre novembre 2006 et novembre 2008, la croissance du nombre d'internes en médecine est de 22 %, soit 3 300 internes en plus. Cet accroissement, déjà relevé mais de moindre ampleur dans le rapport précédent, est détaillé selon les années d'études dans le graphique 2.

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES PAR ANNÉE D'ÉTUDES DE 2006-2007 À 2008-2009



Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

La comparaison des effectifs par année universitaire et par niveau d'études indique une augmentation pour chaque niveau d'études. L'augmentation du *numerus clausus* intervenue jusqu'en 2008 entraînera une hausse des effectifs d'internes en première année au moins jusqu'en novembre 2014¹.

Les évolutions par discipline

La manière dont chacune des grandes disciplines est impactée par cette évolution constitue un élément important à analyser. Du fait de la non-exhaustivité des données recueillies en 2006 par l'ONDPS, l'examen portera principalement sur les évolutions enregistrées entre 2007-2008 et 2008-2009. Selon les deux sources ONDPS et SISE, l'augmentation du nombre total d'internes est sur cette période de 9 %. Cette convergence globale recouvre des différences importantes si l'on compare les données discipline par discipline (tableaux 1 et 2) ou région par région (tableaux 5 et 6 en annexes), même si le sens des évolutions observées est le même quelle que soit la source.

1. Cela correspond au *numerus clausus* 2008-2009, fixé à 7 400.

■ ■ L'essentiel de l'augmentation du nombre d'internes bénéficie à la médecine générale

Entre 2007-2008 et 2008-2009, le DES de médecine générale voit ses effectifs augmenter de 21 % ou de 22 % selon les sources alors que le nombre des internes des autres spécialités n'augmente que de 3 %. Au sein de ce dernier ensemble cette légère progression concerne toutes les disciplines, à l'exception des DES de santé publique et de médecine du travail dont les effectifs diminuent.

De ce fait, la part relative de la médecine générale au sein de l'ensemble des internes en formation s'accroît de 34 % à 38 % au détriment des autres spécialités, à l'exception de la gynécologie médicale qui conserve la même place, avec un très faible effectif d'internes.

Ainsi, en 2007-2008, les 5 945 internes de médecine générale, dont le DES dure 3 ans, représentent 44 % des trois premières années, ou 34 % de l'ensemble des inscrits. Les autres disciplines les plus nombreuses sont les spécialités médicales (22 %) et les spécialités chirurgicales (14 %).

En 2008-2009, le DES de médecine générale, avec 7 279 inscrits, représente 50 % des inscrits dans les 3 premières années et 38 % des internes de tous niveaux. Les autres disciplines les plus représentées sont à nouveau les spécialités médicales et chirurgicales, mais leur part relative s'est légèrement réduit, respectivement à 21 % et 13 %.

Des évolutions variables selon les spécialités

Entre 2007-2008 et 2008-2009, les effectifs d'internes ont crû de 3 % pour les spécialités médicales et de 7 % pour les spécialités chirurgicales. Au sein de ces grandes disciplines, les évolutions sont toutefois contrastées selon les spécialités. Ce constat fait écho à celui développé dans la contribution 2 de ce tome.

Le tableau 3 détaille les inscriptions selon le DES. Parmi les spécialités médicales, les DES numériquement les plus importants sont la radiologie et la cardiologie et, parmi les spécialités chirurgicales, la chirurgie générale² et l'ophtalmologie.

Les évolutions observées entre 2007 et 2008 indiquent que, parmi les DES de spécialités médicales, la cardiologie, la dermatologie, la gastro-entérologie et la neurologie voient leurs effectifs décroître. En revanche, l'oncologie, la médecine interne, l'anatomie et cytologie pathologiques et l'hématologie enregistrent une croissance.

Parmi les spécialités chirurgicales, seuls les effectifs de l'ophtalmologie n'ont pas été relevés entre 2007 et 2008. En valeur relative, c'est la neurochirurgie qui connaît la croissance d'effectif la plus forte, avant l'ORL et la chirurgie générale.

2. Ce DES conditionne en effet l'accès aux neuf DES d'exercice que sont la chirurgie infantile, la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, la chirurgie de la face et du cou, la chirurgie orthopédique et traumatologie, la chirurgie plastique reconstructive et esthétique, la chirurgie thoracique et cardiovasculaire, la chirurgie urologique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie viscérale et digestive.

TABLEAU 3

**NOMBRE D'INTERNES DES DISCIPLINES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES
DE 2006-2007 À 2008-2009**

Spécialité	Intitulé du DES	2006-2007		2007-2008		2008-2009	
		N =	%	N =	%	N =	%
Spécialités médicales	1 ^{re} et 2 ^e années de spécialités médicales	1 542		1 647		1 806	
	Inscrits en DES (5 ^e semestre et suivants)	2 018		2 173		2 129	
	Anatomie et cytologie pathologiques	54	2%	66	3%	76	3%
	Cardiologie et maladies vasculaires	297	16%	330	17%	305	16%
	Dermatologie et vénéréologie	148	8%	142	7%	131	7%
	Endocrinologie et métabolismes	91	5%	110	6%	105	5%
	Gastro-entérologie et hépatologie	141	8%	149	7%	131	7%
	Génétique médicale	13	1%	19	1%	10	1%
	Hématologie	52	2%	59	2%	71	3%
	Médecine interne	153	7%	163	7%	173	7%
	Médecine nucléaire	50	3%	47	2%	51	3%
	Médecine physique et de réadaptation	35	2%	44	2%	45	2%
	Néphrologie	105	6%	105	5%	100	5%
	Neurologie	128	7%	142	7%	125	6%
	Oncologie	122	5%	148	6%	173	7%
	Pneumologie	106	6%	112	6%	115	6%
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	435	19%	436	17%	432	18%
Rhumatologie	88	5%	101	5%	86	4%	
Spécialités chirurgicales	1 ^{re} et 2 ^e années de spécialités chirurgicales	1 024		1 080		1 083	
	Inscrits en DES (5 ^e semestre et suivants)	1 062		1 396		1 557	
	Chirurgie générale	672	63%	913	65%	1 030	66%
	Neurochirurgie	35	3%	45	3%	57	4%
	Ophthalmologie	230	22%	279	20%	276	18%
	ORL	123	12%	157	11%	192	12%
	Stomatologie	2	0%	2	0%	2	0%

Source : Enquête interne ONDPS 2008.

NB : La part de chaque discipline est pondérée par la durée d'études.

Pour la première fois, en 2008-2009, les internes inscrits en première année sont plus nombreux en médecine générale que dans les autres spécialités

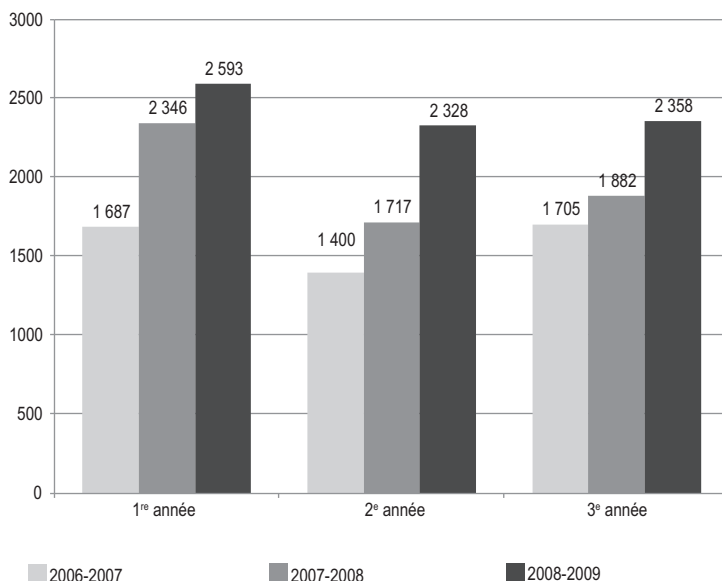
L'analyse des inscrits selon l'année d'études illustre le relèvement passé du *numerus clausus*. Comme le montrent le graphique 3 – pour la médecine générale –, et le graphique 4 – pour les autres spécialités – chaque promotion d'internes est plus importante que la précédente. Par ailleurs, ces comparaisons indiquent le dimensionnement respectif des effectifs pour la médecine générale par rapport à l'ensemble des autres disciplines.

En 2007-2008, 77 % des internes recensés étaient inscrits dans les trois premières années du DES, 16 % sont inscrits en quatrième année et 7 % en cinquième année. Ces derniers correspondent encore à une promotion³ issue du concours d'internat, alors que les autres contingents ont connu les épreuves classantes nationales, ou ECN.

En 2008-2009, 39 % des internes recensés sont inscrits en médecine générale, 39 % dans les trois premières années des autres DES et 22 % en quatrième année et cinquième année. À durée de cursus égal, les internes de médecine générale sont aussi nombreux que les internes dits de spécialité. Mais, pour la première fois, parmi les internes de première année, ceux du DES de médecine générale sont plus nombreux que l'ensemble des autres spécialités. Aussi, à l'avenir, les effectifs de 4^e et 5^e années devraient se réduire.

GRAPHIQUE 3

NOMBRE D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE PAR ANNÉE D'ÉTUDES DE 2006-2007 À 2008-2009

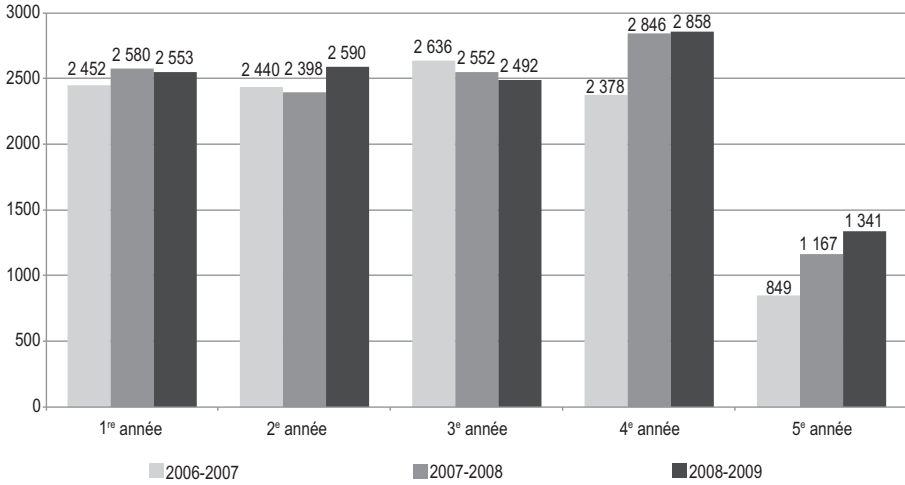


Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

3. On raisonne ici en termes de promotions, sans tenir compte des redoublements et autres pauses durant le cursus du 3^e cycle.

GRAPHIQUE 4

**NOMBRE D'INTERNES DE SPÉCIALITÉS AUTRES QUE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
PAR ANNÉE D'ÉTUDES DE 2006-2007 À 2008-2009**



Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

R

épartition régionale. Principaux constats

Les décisions en matière d'ouverture des postes aux ECN visent depuis plusieurs années à rééquilibrer les postes d'internes entre les régions, dans l'optique de parvenir à une meilleure répartition des médecins. La répartition territoriale des internes est en effet considérée par les pouvoirs publics comme un outil de régulation démographique.

Cette partie est consacrée à la présentation de la photographie régionale actuelle et à son évolution depuis 3 ans (comparaisons des données recueillies en 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009). Il s'agit donc de rendre compte du « stock », et non des « flux », étudiés dans la contribution 2 de ce rapport.

■ Une augmentation variable du nombre d'internes selon les régions

Selon les données recueillies par l'ONDPS, la croissance du nombre d'internes entre 2007-2008 et 2008-2009 est variable entre les régions. Dans certaines régions, l'augmentation est inférieure à celle enregistrée au niveau national, dans d'autres elle est très supérieure (tableau 4).

Elle est nulle en Provence-Alpes-Côte Azur et inférieure à 9 % dans les régions suivantes : Midi-Pyrénées, Île-de-France, Limousin, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Bourgogne, Centre, Lorraine, Aquitaine, Poitou-Charentes, Pays de la Loire.

Elle est comprise entre 9 % et 13 % dans les régions suivantes : Alsace, Basse-Normandie, Franche-Comté, Bretagne, Haute-Normandie.

Elle est supérieure et égale à 15 % en Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Antilles-Guyane.

TABLEAU 4

NOMBRE D'INTERNES PAR RÉGION ET ANNÉE UNIVERSITAIRE

Région	Nombre d'internes 2006-2007*	Nombre d'internes 2007-2008**	Nombre d'internes 2008-2009	Évolution relative 2007-2008 2008-2009
Alsace	635	661	723	9%
Antilles-Guyane	143	178	243	37%
Aquitaine	823	722	779	8%
Auvergne	382	437	463	6%
Basse-Normandie	424	470	512	9%
Bourgogne	380	427	455	7%
Bretagne	788	876	968	11%
Centre	444	497	532	7%
Champagne-Ardenne	355	410	468	14%
Franche-Comté	369	454	501	10%
Haute-Normandie	489	546	615	13%
Île-de-France	2 639	3 143	3 251	3%
Languedoc-Roussillon	560	634	673	6%
Limousin	232	275	288	5%
Lorraine	712	729	784	8%
Midi-Pyrénées	687	709	720	2%
Nord-Pas-de-Calais	1 118	1 274	1 465	15%
Pays de la Loire	879	1 005	1 090	8%
Picardie	444	510	587	15%
Poitou-Charentes	434	547	592	8%
PACA	1 086	1 228	1 227	0%
Réunion	95	NR	161	
Rhône-Alpes	1 563	1 756	2 016	15%
France entière	15 681	17 488	19 113	9%

NR : non renseigné.

* En 2006-2007 : sans Bobigny en Île-de-France.

** En 2007-2008 : sans La Réunion.

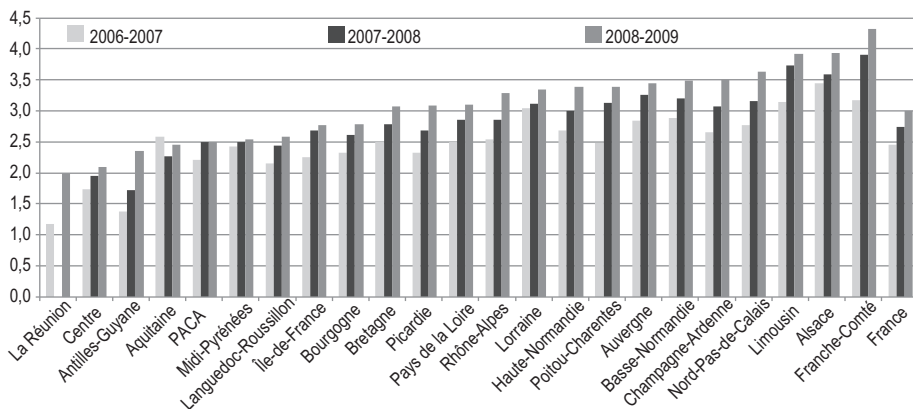
Sources : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

Des repositionnements régionaux en densité d'internes

Afin de comparer les situations régionales et leur évolution, les effectifs d'internes en formation sont rapportés à la population.

GRAPHIQUE 5

NOMBRE D'INTERNES POUR 10 000 HABITANTS DE 2006-2007 À 2008-2009



Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008, estimations INSEE au 1^{er} janvier 2009.

Le nombre d'internes est passé de 2,5 en 2006-2007 à 3 pour 10 000 habitants en 2008-2009. Cette augmentation est très marquée en Poitou-Charentes et dans les Antilles-Guyane, elle est en revanche peu perceptible en Midi-Pyrénées et dans la région Centre.

En 2007-2008, selon les données rassemblées par les comités régionaux de l'ONDPS, la France compte en moyenne 2,7 internes pour 10 000 habitants. Cette densité varie de 1,7 dans les Antilles-Guyane à 3,9 en Franche-Comté.

En 2008-2009, la France compte en moyenne 3 internes pour 10 000 habitants et varie de 1,9 dans le Centre à 4,3 en Franche-Comté.

La densité d'internes s'accroît donc légèrement sur la période, en même temps que les écarts entre les densités semblent augmenter.

Les régions qui présentaient une densité d'internes supérieure à la moyenne en 2006-2007 conservent leur position relative et la confirment même.

Parmi les régions qui présentaient en 2006 une densité inférieure à la moyenne : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne et Picardie, seule la Picardie rejoint les régions ayant une densité se situant au-dessus de la moyenne en 2008. On peut souligner que l'amélioration de la position de la Picardie repose à la fois sur la densité d'internes en médecine générale et sur l'ensemble des DES.

Enfin, certaines régions qui présentaient des densités d'internes supérieures à la moyenne rejoignent en 2008-2009 la catégorie des régions situées au-dessous

de la moyenne. C'est le cas pour l'Aquitaine et Midi-Pyrénées. La logique de compensation négative identifiée dans le rapport précédent, qui se traduit par un pourcentage de postes offerts aux ECN inférieur à la moyenne nationale dans les régions ayant une plus forte densité de médecins, explique ce repositionnement pour ces deux régions qui ont des densités médicales plus favorables.

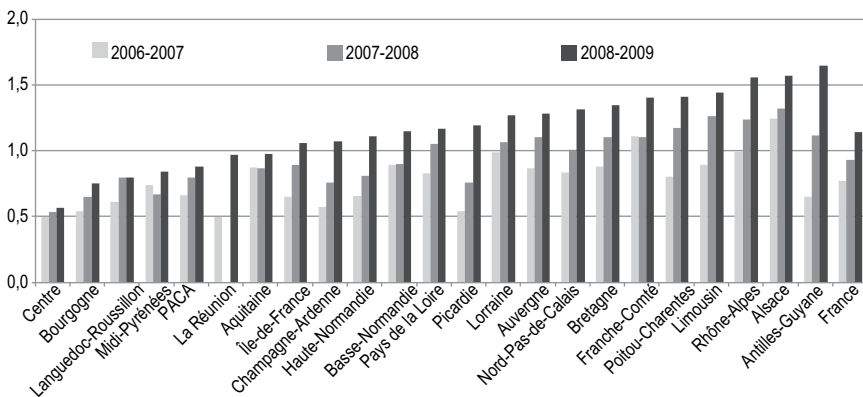
On peut souligner que la logique corrective, qui vise à compenser en nombre de postes offerts les moins bonnes densités médicales, produit des effets moins évidents sur les densités régionales d'internes sur la période considérée. Les mesures correctives, quand elles s'appuient sur l'ouverture d'un nombre important de postes offerts en médecine générale, présentent une efficacité toute relative dans la mesure où un grand nombre de postes restent non pourvus. Leur effet va notamment dépendre de plusieurs facteurs : l'écart entre les postes offerts et le nombre de candidats aux épreuves classantes nationales, la part de la médecine générale dans les postes offerts et les capacités de formation de la région concernée. Au final, la densité d'internes dans ces régions peut augmenter, comme en Picardie, ou bien apparaître peu sensible aux mesures correctives dans certaines régions, comme le Centre.

La période considérée est courte. Elle permet de voir apparaître des inflexions qui doivent être interprétées avec prudence. Quand elles sont manifestes, cela montre toutefois que des inversions de tendance peuvent s'opérer rapidement. Le fait qu'elles ne soient pas encore notables peut relever d'autres facteurs que les postes de médecine générale non pourvus, qu'il conviendrait d'appréhender.

■ Une augmentation de la densité d'internes en médecine générale dans la totalité des régions

GRAPHIQUE 6

NOMBRE D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE POUR 10 000 HABITANTS DE 2006-2007 À 2008-2009



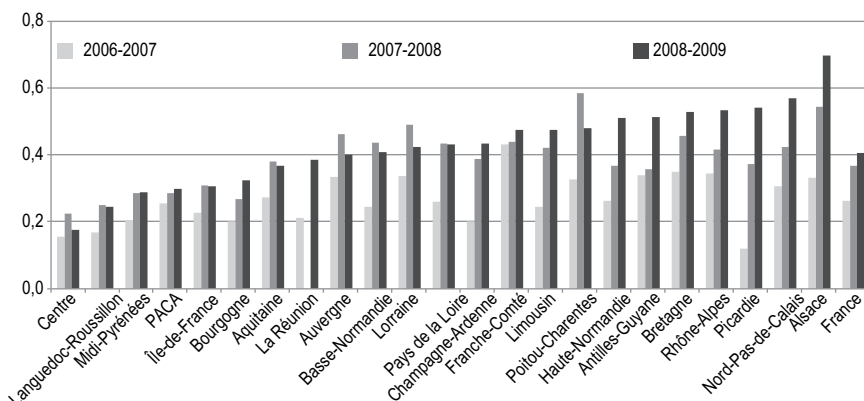
Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008, estimations INSEE au 1^{er} janvier 2009.

Le nombre d'internes de médecine générale en France est passé de 0,9 pour 10 000 habitants en 2007 à 1,1 en 2009. Les écarts entre régions se sont accrus. La densité régionale minimale observée est passée de 0,5 à 0,6 dans le Centre et la maximale de 1,3 en Alsace à 1,7 dans les Antilles-Guyane. Bien que chaque année beaucoup de postes restent non pourvus en médecine générale à l'issue des ECN (19 % en 2008), les effectifs d'internes augmentent dans cette discipline.

Parmi les régions réputées sous-denses en médecins généralistes, les Antilles-Guyane, la Picardie et la Champagne-Ardenne ont vu leur nombre d'internes de médecine générale doubler en deux ans. À l'inverse, il a peu évolué dans la région Centre, sous l'effet cumulatif des postes pourvus ou non pourvus sur les 3 années précédentes.

GRAPHIQUE 7

NOMBRE D'INTERNES DE 1^{RE} ANNÉE DE MÉDECINE GÉNÉRALE POUR 10 000 HABITANTS EN 2006-2007 À 2008-2009



Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008, estimations INSEE au 1^{er} janvier 2009.

Pour la seule première année de médecine générale, entre 2006-2007 et 2008-2009, le nombre d'internes pour 10 000 habitants est passé de 0,3 à 0,4. En Picardie, ce chiffre a été relevé de 0,1 à 0,5 ; et en Champagne-Ardenne, de 0,2 à 0,4.

En revanche, la région Centre, réputée sous-dense en médecins généralistes, se démarque de cette analyse. Le Centre n'enregistre pas de progression de la densité en internes de médecine générale en particulier au regard de sa population. Il s'agit de l'une des régions qui, depuis la mise en place des ECN en 2004, ne pouvoient pas la totalité des postes ouverts en médecine générale¹.

Parmi les régions réputées sur-denses en médecins généralistes, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île de France connaissent une évolution plus modérée sur la période étudiée.

1. M. Vanderschelden, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 676, janvier 2009.

A

nnexe

TABEAU 5

NOMBRE D'INTERNES HORS MÉDECINE GÉNÉRALE, SELON LES SOURCES SAE, SISE ET ENQUÊTE ONDPS, 2006 À 2008

Région	SAE		SISE		ONDPS*	
	Effectifs 2008	Évolution 2006-2008	Effectifs 2008-2009	Évolution 2006-2008	Effectifs 2008-2009	Évolution 2006-2008
Alsace	412	-6 %	394	5 %	434	7 %
Antilles-Guyane	142	30 %	74	-1 %	73	-4 %
Aquitaine	630	18 %	629	3 %	552	-8 %
Auvergne	284	12 %	305	11 %	291	10 %
Basse-Normandie	449	26 %	329	9 %	344	17 %
Bourgogne	372	18 %	344	13 %	332	14 %
Bretagne	585	8 %	574	7 %	544	7 %
Centre	375	20 %	376	10 %	387	19 %
Champagne-Ardenne	326	15 %	250	-12 %	325	17 %
Franche-Comté	347	13 %	356	23 %	338	22 %
Haute-Normandie	408	10 %	427	12 %	413	12 %
Île-de-France	2 638	13 %	2 218	5 %	2 006	7 %
Languedoc-Roussillon	544	19 %	445	6 %	466	17 %
Limousin	237	20 %	198	12 %	182	10 %
Lorraine	571	24 %	537	9 %	487	1 %
Midi-Pyrénées	533	10 %	550	8 %	481	1 %
Nord-Pas-de-Calais	1 063	32 %	1 025	15 %	935	13 %
Pays de la Loire	673	14 %	705	10 %	680	16 %
Picardie	399	-4 %	364	6 %	360	6 %
Poitou-Charentes	365	19 %	359	13 %	346	15 %
PACA	978	9 %	871	6 %	795	5 %
Rhône-Alpes	1 259	16 %	1 167	9 %	1 063	8 %
TOTAL	13 590	15 %	12 497	8 %	11 834	9 %

* La Réunion est incluse dans les données de la région Aquitaine, sauf en 2007-2008.

Sources : SAE 2004-2008, DEPP/SISE et enquêtes ONDPS, traitement DHOS/CS.

TABLEAU 6

NOMBRE D'INTERNES PAR RÉGION ET ANNÉE UNIVERSITAIRE, SELON SISE

Région	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Évolution relative 2007-2008
Alsace	536	605	668	10%
Antilles-Guyane	75	165	213	29%
Aquitaine	857	995	1 062	7%
Auvergne	376	439	477	9%
Basse-Normandie	413	496	490	-1%
Bourgogne	400	423	467	10%
Bretagne	816	921	1 029	12%
Centre	460	413	527	28%
Champagne-Ardenne	359	405	357	-12%
Franche-Comté	382	454	518	14%
Haute-Normandie	497	551	629	14%
Île-de-France	2 897	3 213	3 402	6%
Languedoc-Roussillon	581	660	661	0%
Limousin	244	290	306	6%
Lorraine	683	795	861	8%
Midi-Pyrénées	668	755	820	9%
Nord-Pas-de-Calais	1 157	1 339	1 504	12%
Pays de la Loire	908	1 042	1 115	7%
Picardie	449	535	613	15%
Poitou-Charentes	440	555	606	9%
PACA	1 063	1 143	1 184	4%
Rhône-Alpes	1 560	1 750	1 961	12%
France entière	15 821	17 944	19 470	9%

Source : DEPP/SISE, traitement DREES/BPS.

CONTRIBUTION 2

**LES EFFECTIFS D'INTERNES
DE MÉDECINE À FORMER
PAR SPÉCIALITÉ
ET PAR RÉGION : CONSTATS
ET PROPOSITIONS**

A

avant-propos

Le travail dont il est rendu compte dans ce chapitre s'inscrit dans le cadre des missions relatives aux propositions d'effectifs d'internes de médecine à former, qui vont être attribuées à l'ONDPS dès 2010. Dans l'esprit des procédures pluriannuelles portées par la loi HPST, l'ONDPS a établi de façon exploratoire en 2009 une prévision sur 5 ans des effectifs d'internes en médecine qu'il serait nécessaire de former, par région et par spécialité. Ces propositions s'appuient sur un diagnostic démographique régionalisé qui a permis de caractériser de façon fine des disparités entre les régions et entre les différentes spécialités.

Les résultats présentés proviennent de l'analyse harmonisée des situations régionales conduite d'un triple point de vue : celui des effectifs médicaux en activité, celui des effectifs d'internes en formation et celui des capacités d'encadrement et de stages.

L'objectif du diagnostic ainsi conduit est d'identifier les modalités qui permettraient d'aboutir à une répartition des postes d'internes plus efficace pour la démographie médicale. Cette efficacité se rapporte à un meilleur équilibre de l'offre de soins, entre territoires et entre spécialités, en tenant compte des capacités de formation et d'encadrement et des possibilités raisonnables d'évolution dans ce domaine.

Pour ce faire, la démographie médicale de chaque région a été positionnée de façon comparative, par rapport aux autres régions et à la situation nationale. Chaque spécialité a fait l'objet d'un état des lieux démographique afin de disposer d'éléments de cadrage permettant d'éclairer les dynamiques globales de l'offre de soins et la situation de chaque région par rapport à celles-ci.

Une série de constats préalables sont tout d'abord énoncés. S'inscrivant dans le prolongement des travaux précédemment publiés par l'ONDPS, ils ont permis d'établir les priorités du diagnostic et de définir le recueil des données et des indicateurs à collecter pour permettre une analyse harmonisée des situations démographiques régionales. L'âge des médecins, leur répartition selon les territoires et selon les spécialités ainsi que les perspectives de renouvellement qui se dessinent du fait des décisions d'affectations des *numerus clausus* et des postes d'internes prises dans la période récente sont les principaux facteurs mobilisés pour cette première étape.

Les propositions formulées par les comités régionaux et l'architecture de l'offre de soins qu'elles dessinent sont présentées dans un second chapitre.

Les propositions et les préconisations de l'ONDPS constituent la conclusion de cette contribution.

Un groupe de travail associant la DHOS, des représentants des comités régionaux, des doyens, des ARH, des internes et des étudiants (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNIH) a élaboré la démarche et en a suivi et discuté les résultats¹.

1. Cf. « Composition du groupe de travail » en annexe 1.



es constats préalables

Les faits marquants qui caractérisent le contexte et les problèmes actuels en matière de démographie et de formation développés dans ce chapitre sont les suivants :

Pour les médecins actuellement en activité :

- Le vieillissement global des effectifs médicaux affecte différemment les régions, les spécialités et les secteurs d'exercice.
- La répartition des médecins en exercice selon les catégories de disciplines utilisées pour les épreuves classantes nationales (médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales et spécialités « filiarisées ») apparaît assez constante dans les régions métropolitaines.

Pour les internes en formation :

- Il existe aujourd'hui une grande disparité en matière de répartition du nombre d'internes par rapport au poids de la population et une grande diversité en matière des capacités d'encadrement (rapport 2006-2007).
- La plupart des régions enregistrent entre 2005 et 2008, sous l'effet du relèvement du *numerus clausus*, une augmentation de leur nombre de postes d'internes. Toutefois, celle-ci connaît une ampleur différente selon les régions (avec des variations allant de -13 % à +63 %).
- Dans une région donnée et pour une même génération d'étudiants, il n'y a pas de correspondance entre le niveau du *numerus clausus* (NC) et le nombre de postes d'internes ouverts 5 ans plus tard.
- Le nombre de postes ouverts ne tient pas compte du nombre de candidats ayant suivi leurs études de 2^e cycle dans la région. Cette situation aboutit le plus souvent à une vacance de postes en médecine générale à l'issue des choix, quand le nombre de postes d'internes dépasse de façon trop importante les étudiants inscrits.
- La part des postes d'internes offerts en médecine générale dans le total des postes est passée de près de 50 % à 56,1 % entre 2005 et 2008. Cette tendance ne revêt pas la même ampleur dans toutes les régions. Cette évolution ne

produit pas non plus des effets similaires dans les différentes régions car le pourcentage de postes réellement pourvus à l'issue des choix a connu, lui aussi, de fortes variations. La portée de ces ouvertures a pu de ce fait être limitée, notamment dans les régions les plus bénéficiaires en postes d'Internes en médecine générale¹.

■ La démographie des médecins en activité

■ ■ Le vieillissement affecte les effectifs médicaux de façon contrastée

En complément des données et analyses disponibles sur la démographie médicale au travers des publications annuelles de la DREES et du CNOM, la question du vieillissement a été plus particulièrement creusée par l'ONDPS. Cette attention se justifie du fait notamment de la nature prospective de l'exercice qui a été conduit.

Ainsi, la part des médecins âgés de moins de 55 ans dans chacune des régions et pour chaque spécialité a été étudiée. Ils constituent en effet, parmi les médecins en activité, l'effectif le plus susceptible de concourir à l'offre de soins à l'horizon de 10 ans. Cette photographie permet de compléter et de corriger, le cas échéant, l'image obtenue à partir du seul critère de la densité, tous âges confondus.

Enfin, du fait de l'attention particulière que portent les pouvoirs publics à la médecine de premier recours, nous distinguons, au sein des effectifs diplômés de médecine générale, la part de ceux qui l'exercent en cabinet, dans un cadre libéral. Ils constituent le plus sûrement le potentiel de médecins de premier recours².

LA DENSITÉ DES MÉDECINS ÂGÉS DE MOINS DE 55 ANS VARIE SELON LES RÉGIONS

La densité des médecins âgés de moins de 55 ans est, pour la France entière, de 71 pour les généralistes libéraux exerçant en cabinet et de 108 pour les spécialistes hors médecine générale.

On peut distinguer quatre groupes de régions (hors DOM) :

- Dix présentent des densités inférieures à la moyenne nationale, à la fois pour les spécialistes hors médecine générale et pour les généralistes exerçant en cabinet : Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Picardie.

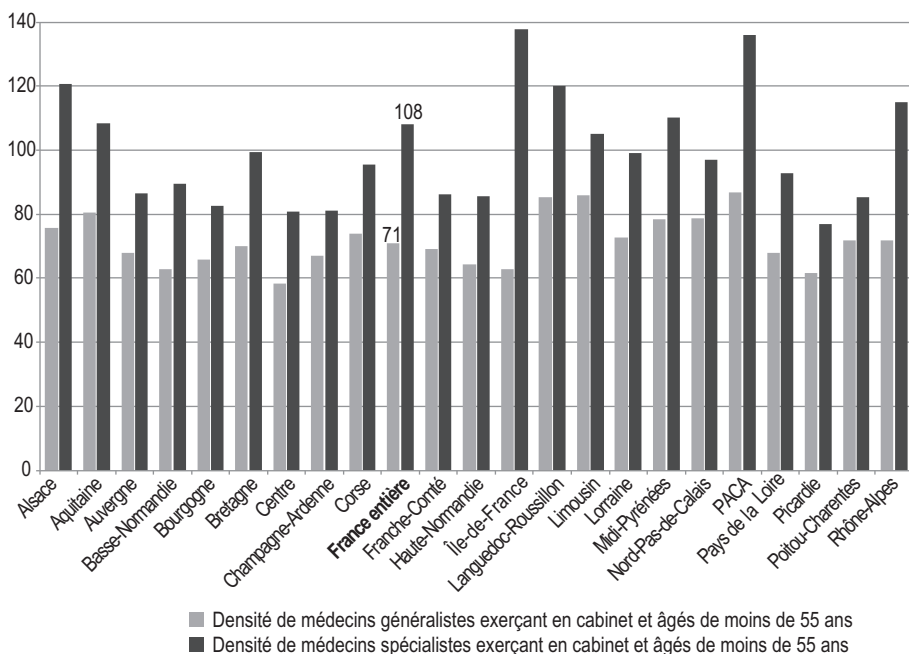
1. *Rapport ONDPS 2006-2007*, tome 2 : « Les internes en médecine : démographie et répartition ».

2. *Rapport ONDPS 2006-2007*, tome 1 : « La médecine générale ».

- Six affichent, à l'inverse, une densité supérieure à la densité nationale pour l'ensemble des catégories de médecins : Aquitaine, Alsace, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.
- Cinq autres régions ont une densité égale ou supérieure à la moyenne pour la médecine générale seulement : Corse, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.
- Enfin, l'Île-de-France se distingue par une densité élevée de spécialistes hors médecine générale de moins de 55 ans, alors que sa densité de médecins généralistes de la même tranche d'âge exerçant en cabinet est, elle, inférieure à la moyenne nationale.

GRAPHIQUE 1

DENSITÉ DE MÉDECINS DE MOINS DE 55 ANS SELON LES RÉGIONS, AU 1^{ER} JANVIER 2008



Source : ADELI, DREES.

LA PART DES MÉDECINS ÂGÉS DE MOINS DE 55 ANS VARIE SELON LES SPÉCIALITÉS

Le vieillissement affecte différemment les spécialités. Si la part des médecins actifs ayant moins de 55 ans est de 65,9 % au 1^{er} janvier 2008, France entière et toutes spécialités confondues, elle est très inférieure pour la gynécologie médicale, la chirurgie générale, la médecine du travail, mais aussi la psychiatrie et la médecine interne (tableau 1). Les départs en retraite durant les prochaines années seront donc probablement massifs dans ces spécialités. À l'inverse, en réanimation médi-

cale, en chirurgie infantile mais aussi en hématologie ou en génétique médicale par exemple, la grande majorité des médecins en activité ont moins de 55 ans.

TABLEAU 1

CLASSEMENT DES SPÉCIALITÉS SELON LEUR PART DE MÉDECINS ACTIFS AYANT MOINS DE 55 ANS

France entière données ADELI 1 ^{er} janvier 2008	Effectifs totaux en activité	Effectifs en activité de moins de 55 ans	Part des moins de 55 ans (moyenne = 65,9 %)	Effectifs en activité de plus de 55 ans
Gynécologie médicale	2 078	952	45,8%	1 126
Chirurgie générale	4 114	2 170	52,7%	1 944
Médecine du travail	4 975	2 691	54,1%	2 284
Stomatologie	1 293	712	55,1%	581
Médecine interne	2 423	1 364	56,3%	1 059
Psychiatrie	13 848	7 799	56,3%	6 049
Médecine physique et réadaptation	1 904	1 129	59,3%	775
Anesthésiologie - réanimation ch.	10 739	6 437	59,9%	4 302
ORL	2 994	1 841	61,5%	1 153
Ophthalmologie	5 612	3 498	62,3%	2 114
Pédiatrie	7 066	4 410	62,4%	2 656
Gynécologie obstétrique	5 467	3 426	62,7%	2 041
Dermatologie et vénéréologie	4 124	2 636	63,9%	1 488
Rhumatologie	2 650	1 720	64,9%	930
Radiothérapie	692	451	65,2%	241
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 998	5 276	66,0%	2 722
Chirurgie vasculaire	418	276	66,0%	142
Cardiologie et maladies vasculaires	6 270	4 144	66,1%	2 126
Neurochirurgie	404	274	67,8%	130
Anatomie et cytologie pathologiques	1 595	1 086	68,1%	509
Médecine générale	103 914	71 288	68,6%	32 626
Pneumologie	2 776	1 938	69,8%	838
Santé publique	1 271	900	70,8%	371
Néphrologie	1 296	922	71,1%	374
Médecine nucléaire	499	357	71,5%	142
Gastro-entérologie et hépatologie	3 468	2 489	71,8%	979
Génétique médicale	162	121	74,7%	41
Biologie médicale	3 061	2 295	75,0%	766
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 503	1 923	76,8%	580
Oncologie médicale	639	494	77,3%	145
Neurologie	1 953	1 531	78,4%	422
Chirurgie urologique	800	631	78,9%	169
Chirurgie plastique et reconstructrice	578	458	79,2%	120
Endocrinologie et métabolismes	1 568	1 244	79,3%	324
Chirurgie viscérale	744	630	84,7%	114
Hématologie	373	316	84,7%	57
Chirurgie maxillo-faciale	60	51	85,0%	9
Chirurgie thoracique et cardiaque	317	272	85,8%	45
Chirurgie infantile	167	148	88,6%	19
Réanimation médicale	64	60	93,8%	4
Total DES autres que DES de médecine générale	108 960	69 068	63,4%	39 892
Total médecins	212 874	140 356	65,9%	72 518

Sources : ADELI, DREES.

LE VIEILLISSEMENT DES MÉDECINS VARIE SELON LES SECTEURS D'EXERCICE

La répartition des effectifs entre les deux grands secteurs d'exercice, libéral et hospitalier public ou privé participant au service public, constitue une donnée importante. Il existe en effet des dominantes d'exercice particulières à chaque spécialité. Plusieurs éléments impliquent que soit conduite une réflexion sur l'équilibre entre les secteurs qu'il convient de préserver ou d'atteindre. Dans l'état actuel de la réglementation par exemple, le maintien d'effectifs hospitaliers en secteur public (hôpitaux publics et privés participant au service public) est une des conditions nécessaires pour que des services puissent être agréés pour accueillir des internes. Par exemple encore, certaines spécialités souffrent d'un manque d'attractivité qui se traduit notamment par une vacance importante de postes hospitaliers. Enfin, le vieillissement des effectifs peut affecter différemment les médecins de l'un et l'autre secteur.

Parmi l'ensemble des spécialistes autres que de médecine générale, 47% exercent hors du secteur public, mais ce pourcentage dépasse 80% pour la dermatologie, la chirurgie plastique, l'ophtalmologie, la gynécologie médicale et la stomatologie. Pour ces deux dernières spécialités, il faut souligner en sus, que les effectifs exerçant en secteur hospitalier public comportent une part significativement plus forte de praticiens âgés de 60 ans et plus, qu'en secteur libéral.

Pour d'autres spécialités (cardiologie, radiodiagnostic, rhumatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie thoracique et cardiaque ou encore ORL), les médecins exerçant hors secteur public représentent autour de 60% des effectifs. Toutefois, pour ces dernières, la pyramide des âges des praticiens hospitaliers publics ne diffère pas de celle des autres secteurs.

13,6% des spécialistes autres que de médecine générale exerçant en hôpital public ou en hôpital privé PSPH ont 60 ans et plus. Le vieillissement des effectifs est plus marqué (20% et plus) pour certaines spécialités : outre la stomatologie et surtout la gynécologie médicale déjà évoquées, c'est le cas aussi en médecine interne et en chirurgie infantile.

■ ■ La répartition des médecins en activité selon les catégories de disciplines utilisées actuellement pour l'internat apparaît assez constante dans les régions métropolitaines

La référence aux quatre catégories qui prévalent actuellement pour la répartition des postes aux ECN : médecine générale, spécialités médicales³, spécialités

3. Elles rassemblent 16 spécialités médicales : anatomopathologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiologie, rhumatologie, mais n'incluent pas celles qui sont « filiarisées » comme la pédiatrie ou la gynécologie médicale.

chirurgicales⁴, ensemble des spécialités « filiarisées⁵ », a paru nécessaire pour mettre en regard la configuration de l'offre médicale actuelle avec celle qui se dessine à travers les flux d'internes résultant des postes offerts aux épreuves ECN.

On constate que les forts écarts de densité entre régions, en particulier ceux qui concernent la médecine spécialisée autre que la médecine générale, coexistent aujourd'hui avec une assez grande homogénéité de la répartition selon ces catégories, au sein des différentes régions. Tout se passe comme si un équilibre s'opérait entre ces catégories qu'on retrouve, à quelques variantes près, dans quasiment toutes les régions, hormis les DOM, où la part des diplômés de médecine générale est majoritaire et les spécialités nécessitant un plateau technique sont moins présentes, et hormis l'Île-de-France où la situation est inverse.

Les diplômés de médecine générale représentent au niveau national, au 1^{er} janvier 2008, 48,8 % des 212 874 médecins en activité, avec des « extrêmes » qui vont de 43,1 % à 54,8 % (tableau 2).

Dans quatre régions, ce pourcentage est inférieur à la moyenne : 43,1 % en Île-de-France, 46,5 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur⁶, 47,8 % en Alsace et 48,4 % en Rhône-Alpes, sans que cela ne s'accompagne pour autant d'une fragilité particulière. En effet, en dehors de l'Île-de-France, elles ont toutes, comme on l'a vu plus haut, une densité de généralistes libéraux âgés de moins de 55 ans supérieure à la moyenne. Ce faible pourcentage est essentiellement l'effet « miroir » d'une forte présence des autres spécialités.

À l'inverse, les Antilles-Guyane ainsi que La Réunion, ou encore la Picardie et Poitou-Charentes, se caractérisent par une majorité de généralistes parmi les médecins en activité, même si ce pourcentage reste toujours en deçà de 55 %.

Les spécialités médicales incluses dans la discipline du même nom aux ECN représentent 19 % des médecins en activité à l'échelle nationale. Les écarts entre les régions de la France métropolitaine sont relativement resserrés : de 17,3 % en Auvergne, Picardie et Pays de la Loire à 20,3 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 20,5 % en Île-de-France.

Les spécialités chirurgicales hors gynécologie obstétrique appellent le même constat. Elles représentent 9,4 % des médecins actifs en France métropolitaine. Les écarts varient de 8 % en Nord-Pas-de-Calais à 10,2 en Île-de-France.

4. C'est-à-dire toutes les spécialités chirurgicales, à l'exception de la gynécologie obstétrique qui, elle, fait partie des spécialités filiarisées.

5. C'est-à-dire bénéficiant d'un nombre de postes « réservés » définis au niveau national et régional, au nombre de huit (anesthésie-réanimation chirurgicale, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique).

6. La Corse ne formant pas au troisième cycle des études médicales, ses besoins en professionnels sont globalisés avec ceux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans l'ensemble de l'étude.

Les spécialités dites « filiarisées » représentent, enfin, 22,8 % des spécialistes en exercice. Là encore, ce pourcentage est supérieur en Île-de-France (26,1 %). C'est en Poitou-Charentes qu'il est minimal (hormis les DOM) : 19,3 %.

TABLEAU 2

RÉPARTITION RÉGIONALE DES MÉDECINS ACTIFS SELON LES CATÉGORIES DE SPÉCIALITÉS DES ECN

	Total effectifs de médecins de la région en activité	Part des diplômés de médecine générale parmi les médecins actifs	Part de la discipline « spécialités médicales » des ECN parmi les médecins actifs	Part de la discipline « spécialités chirurgicales » des ECN parmi les médecins actifs	Part des spécialités « filiarisées » des ECN parmi les médecins actifs
Antilles-Guyane	2 429	54,8%	14,2%	9,3%	21,4%
Alsace	6 479	47,8%	20,0%	8,9%	23,1%
Aquitaine	11 074	48,9%	18,5%	9,2%	23,4%
Auvergne	3 981	53,5%	17,3%	9,6%	19,6%
Basse-Normandie	4 122	50,8%	17,6%	9,4%	22,1%
Bourgogne	4 680	53,0%	17,4%	9,3%	19,9%
Bretagne	9 623	51,3%	18,3%	8,6%	21,7%
Centre	6 758	50,7%	18,9%	9,0%	21,4%
Champagne-Ardenne	3 791	53,8%	17,5%	8,7%	19,9%
Franche-Comté	3 431	53,7%	17,4%	8,5%	20,3%
Haute-Normandie	4 967	51,5%	17,7%	9,1%	21,7%
Île-de-France	47 232	43,1%	20,5%	10,2%	26,1%
Languedoc-Roussillon	9 335	48,8%	20,1%	9,5%	21,5%
Limousin	2 477	52,7%	17,7%	9,5%	19,9%
Lorraine	7 132	50,6%	18,5%	8,7%	22,2%
Midi-Pyrénées	9 983	49,1%	19,4%	9,1%	22,4%
Nord-Pas-de-Calais	12 193	54,3%	18,1%	8,0%	19,6%
Pays de la Loire	9 764	51,2%	17,3%	9,5%	22,0%
Picardie	4 884	54,6%	17,3%	8,5%	19,4%
Poitou-Charentes	5 109	54,5%	17,6%	8,7%	19,3%
PACA + Corse	20 849	46,5%	20,3%	10,2%	22,9%
La Réunion	2 196	54,8%	15,2%	7,5%	22,3%
Rhône-Alpes	20 385	48,4%	18,5%	9,4%	23,7%
France entière	212 874	48,8%	19,0%	9,4%	22,8%
France métropolitaine	208 249	48,7%	19,0%	9,4%	22,8%

Source : ADELI, exploitation ONDPS.

La question du renouvellement des effectifs en activité implique de tenir compte d'une série d'éléments :

- Tout d'abord, les besoins en professionnels sont influencés, quelle que soit la spécialité, par la démographie de la population et ses modifications, les évolutions de pratiques et celles qui ont trait à l'organisation des structures de soins.
- En second lieu, la structure d'âge des professionnels en exercice varie suivant les spécialités : certaines sont confrontées à un fort vieillissement qui les rend très sensibles aux flux d'entrées, alors que d'autres, plus jeunes, vont avoir très peu de « sorties » dans la prochaine décennie.

- L'équilibre entre les secteurs d'exercice qu'il convient de préserver ou d'atteindre constitue un autre élément du diagnostic à porter.
- Enfin, les impacts et la « soutenabilité » des modifications visant à infléchir l'architecture fine de l'offre médicale actuelle devront être régulièrement évalués. Le constat d'une répartition relativement constante au sein des régions, entre les grands groupes de disciplines, résulte de multiples facteurs qui se sont ajustés dans le temps.

La démographie des médecins en formation

Trois moments du parcours de formation des étudiants en médecine permettent de suivre et, éventuellement, d'orienter les flux de formation et, par conséquent, le potentiel de renouvellement.

À la fin de la première année de médecine, le *numerus clausus* (NC) constitue la première occasion de régulation. Il définit, subdivision par subdivision, le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études de médecine.

À la fin du deuxième cycle, les facultés de médecine transmettent au niveau ministériel leur nombre d'inscrits en DCEM4. Ce nombre est d'autant plus important à considérer qu'il diffère largement, mais avec une ampleur variable selon les régions, du *numerus clausus* appliqué 5 ans auparavant. Ces distorsions, liées aux comportements et aux choix qu'opèrent les étudiants pendant les deux premiers cycles de leur formation, introduisent des incertitudes pour le pilotage des politiques de formation et d'offre de soins.

À l'entrée en troisième cycle, les épreuves classantes nationales (ECN) permettent à nouveau d'orienter la régulation, au travers d'arrêtés définissant le nombre de postes d'internes ouverts par subdivision, par grandes disciplines et pour certaines spécialités filiarisées.

L'analyse rétrospective des logiques à l'œuvre entre ces trois moments a permis de définir des priorités d'analyse et de concevoir un recueil harmonisé d'indicateurs complémentaires.

■ ■ Les *numerus clausus* et les postes ouverts aux ECN au niveau régional ne sont pas systématiquement en rapport avec le poids démographique de chaque région

Tant pour le *numerus clausus* que pour les ECN, la part relative que représente une région donnée dans le total des effectifs en formation est peu ou diversement corrélée à son poids démographique. Pour mener cette analyse, les effectifs ont été rapportés à la population au 1^{er} janvier 2008 et les comparaisons s'effectuent en base 100, par rapport à la France entière (tableau 3).

TABLEAU 3

PAR RÉGION, *NUMERUS CLAUSUS* ET NOMBRE DE POSTES OFFERTS AUX ECN
RAPPORTÉS À LA POPULATION (ÉTUDE EN BASE 100)

Région	NC 2002-2003/10 000 hab. (base 100)	ECN 2008-2009/10 000 hab. (base 100)
Océan Indien	9	73
Antilles-Guyane	41	108
Centre	65	93
Picardie	80	123
Languedoc-Roussillon	81	62
Poitou-Charentes	83	125
Midi-Pyrénées	84	70
Pays de la Loire	84	111
Provence-Alpes-Côte d'Azur + Corse	87	59
Bretagne	88	106
Haute-Normandie	96	138
Bourgogne	98	142
Basse-Normandie	100	159
Lorraine	104	134
Aquitaine	104	74
Rhône-Alpes	105	98
Auvergne	111	128
Nord-Pas-de-Calais	113	119
Champagne-Ardenne	114	171
Franche-Comté	115	146
Alsace	118	129
Île-de-France	127	74
Limousin	159	183

Source : JO, traitement ONDPS.

Parmi les régions qui ont, eu égard à leur population, un *numerus clausus* inférieur à la moyenne nationale (par ordre croissant dans le tableau 3), outre les DOM-TOM, on trouve des régions pourtant à faible densité médicale comme le Centre, la Picardie, Poitou-Charentes et Pays de la Loire, mais aussi des régions bien dotées comme Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

■ ■ Il n'y a pas de correspondance étroite entre le *numerus clausus*, les effectifs inscrits en DCEM4 et le nombre de postes d'internes ouverts, tant au niveau national qu'au niveau des régions

Alors que le *numerus clausus* France entière en 2002-2003 était de 5 100, les étudiants inscrits en DCEM4, 5 ans après, étaient de 5 829 (+14 %). Cet écart résulte de redoublements au cours du deuxième cycle, plus fréquents ces dernières années. Cet allongement du deuxième cycle ne semble pas se réduire (15 % d'écart observé pour la promotion suivante). C'est pourquoi le nombre des postes offerts

aux ECN (5 704), qui tient compte des DCEM4, dépasse sensiblement le *numerus clausus* (+12 %). En revanche, le nombre d'internes affectés à l'issue des ECN est proche du NC (5 084 pour cette promotion), 610 postes étant restés vacants à l'issue du choix, essentiellement en médecine générale (98 %, soit la quasi-totalité des postes vacants). Les effectifs d'une même promotion connaissent donc des variations importantes au long du parcours de formation, et les écarts observés entre ces quatre données (si l'on inclut les postes réellement pourvus) sont souvent encore plus marqués au niveau régional (tableau 4).

TABLEAU 4

PAR RÉGION, NUMERUS CLAUSUS, NOMBRE D'INSCRITS EN DCEM4, NOMBRE DE POSTES OFFERTS AUX ECN ET POURVUS, POUR LA PROMOTION DÉBUTANT L'INTERNAT EN 2008-2009

Région	NC 2002-2003	DCEM4 2007-2008	Postes ouverts ECN 2008-2009	Postes pourvus à l'issue du choix
Antilles-Guyane	34		99	77
Alsace	173	200	212	212
Aquitaine	262	408	208	208
Auvergne	119	118	153	117
Basse-Normandie	117	125	208	141
Bourgogne	127	144	207	137
Bretagne	221	227	297	284
Centre	132	128	211	131
Champagne-Ardenne	121	118	203	141
Franche-Comté	106	113	151	132
Haute-Normandie	139	154	223	193
Île-de-France	1 187	1 438	775	775
Languedoc-Roussillon	168	180	143	143
Limousin	93	114	120	76
Lorraine	193	217	280	206
Midi-Pyrénées	189	201	177	177
Nord-Pas-de-Calais	364	407	427	427
Pays de la Loire	235	268	346	303
Picardie	122	117	209	186
Poitou-Charentes	115	113	194	157
PACA + Corse	359	407	274	274
Rhône-Alpes	514	632	535	535
Océan Indien	6		52	52
TOTAL	5 100	5 829	5 704	5 084

Source : JO, ministère de l'Enseignement supérieur (DEPP-SISE), traitement DREES, CNG.

La comparaison, région par région, des effectifs inscrits en DCEM4 en 2007-2008 et des étudiants ayant débuté leurs études de médecine 5 ans auparavant (*numerus clausus* 2002-2003) fait apparaître, que si les deux chiffres sont parfois assez proches, les hausses d'effectifs dépassent 20 % en Île-de-France, Limousin,

Rhône-Alpes et surtout en Aquitaine. Pour cette dernière région, l'écart est sans doute en grande partie lié à la formation en deuxième cycle des étudiants ayant débuté leurs études en Antilles-Guyane ou à La Réunion. On voit ainsi que les comportements des étudiants au cours de leur parcours ne sont pas uniformes dans toutes les régions. De plus, ils semblent fluctuer selon les promotions (par exemple, en Languedoc-Roussillon, l'écart est passé de 7 à 32 % d'une année à l'autre), ce qui complique le pilotage anticipateur des postes d'internes à ouvrir.

Les écarts entre les effectifs des étudiants terminant leur 2^e cycle dans une région donnée (DCEM₄) et les postes offerts aux ECN dans cette région ont également varié au cours du temps. Maximaux pour la promotion des ECN 2006-2007 (ils variaient de +140 % de postes offerts dans la région Centre à moins 31 % en Île-de-France), ils ont été atténués en 2008-2009 (de +99 % à -40 %) mais la situation reste très disparate (graphique 2). En 2008-2009, on peut ainsi distinguer (hors Aquitaine⁷) :

- Les régions « déficitaires » en postes offerts par rapport au nombre d'étudiants ayant effectué leur deuxième cycle dans la région sont, par ordre croissant de « déficit », Midi-Pyrénées (moins 12 %), Rhône-Alpes (moins 15 %), Languedoc-Roussillon (21 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (33 %) et l'Île-de-France (46 %).
- Les régions « équilibrées » : l'Alsace, le Limousin et le Nord-Pas-de-Calais.
- Les régions pour lesquelles le nombre de postes d'internes offerts est supérieur aux effectifs d'étudiants en DCEM₄ dans la région. Selon l'importance croissante du différentiel, on trouve ainsi les Pays de la Loire, la Lorraine, l'Auvergne, la Bretagne et la Franche-Comté (écart entre +29 et +33 %), puis la Bourgogne et la Haute-Normandie (écarts aux environs de 45 %), le Centre, la Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne (plus de 65 %), enfin la Picardie : 79 %.

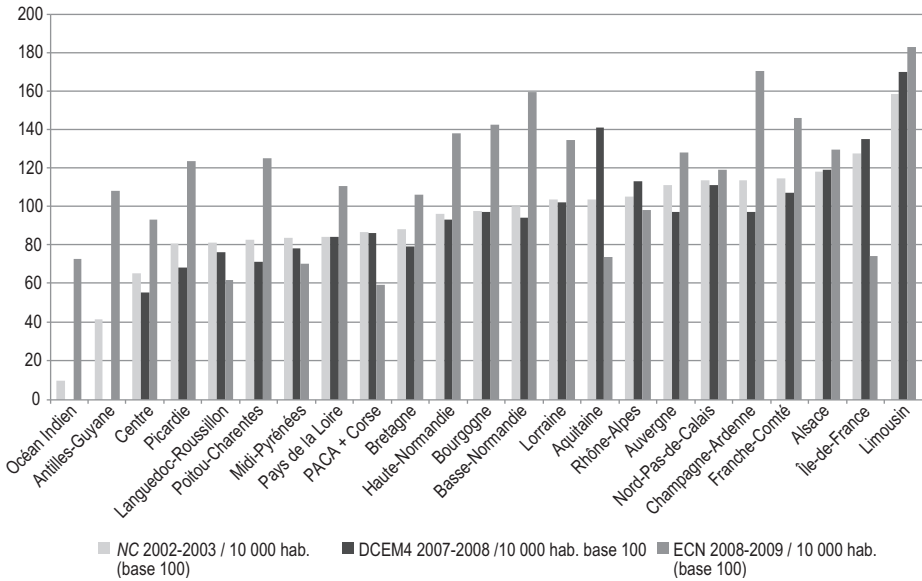
On peut noter que c'est le plus souvent dans les régions où le nombre de postes ouverts aux ECN est supérieur au nombre de candidats ayant suivi leurs études de 2^e cycle dans la région que l'on observe des postes vacants de médecine générale à l'issue du choix des internes.

En outre, le « différentiel négatif » entre les effectifs de DCEM₄ et le nombre de postes d'internes qui leur est proposé concerne des facultés comptant beaucoup d'étudiants comme l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cela aboutit *de facto* à un « transfert » de plus de 570 étudiants de ces régions vers les autres afin d'y effectuer leur troisième cycle.

7. L'étude exclut l'Aquitaine car, pour cette région, les écarts entre les postes ouverts aux ECN et les étudiants de DCEM₄ sont systématiquement importants (déficit supérieur à 40 %) et explicables : les étudiants d'Antilles-Guyane et de La Réunion qui effectuent leur deuxième cycle en Aquitaine bénéficient cependant de postes aux ECN publiés au titre de leur région d'origine.

GRAPHIQUE 2

PAR RÉGION, EN 2008-2009, ÉCARTS ENTRE LE *NUMERUS CLAUSUS*, LES EFFECTIFS INSCRITS EN 2004 ET LE NOMBRE DE POSTES OUVERTS AUX ECN



Source : JO, ministère de l'Enseignement supérieur (DEPP-SISE), exploitation ONDPS.

■ ■ Entre 2005 et 2008, l'augmentation des postes d'internes, de moindre ampleur que celle du *numerus clausus*, a été inégalement répartie et, dans certaines régions, n'épouse pas la même courbe que celui-ci

De 1999-2000 à 2002-2003, le *numerus clausus* est passé de 3 850 à 5 100 étudiants en médecine, soit une augmentation de 32,5 %. À l'échelle des régions, ce pourcentage varie entre 33 et 35 %, à l'exception de Poitou-Charentes où la hausse est de 40 %, et de Rhône-Alpes où elle est légèrement inférieure (31 %). Pour cette dernière, les variations de NC sont plus ou moins marquées selon les subdivisions qui la composent : Saint-Étienne : +44,6 %, Grenoble 1 : +33,7 % et Lyon 1 : +27,6 %. Ce n'est pas le cas des autres régions comptant plusieurs subdivisions.

Pour ces mêmes promotions, l'ouverture des postes offerts aux épreuves classantes nationales n'a pas suivi la même pente, puisqu'elle n'a augmenté que de 18,7 % à l'échelle nationale (de 4 803 à 5 704). Mais cette évolution d'ensemble cache des disparités très fortes selon les régions.

Ainsi, le contraste est grand entre les trois régions pour lesquelles les postes ont diminué (Alsace, Franche-Comté et Île-de-France) et celles qui les ont vu augmenter de plus de 50 %.

En Antilles-Guyane, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, l'augmentation des postes, sans être nulle, est inférieure à la moyenne.

Trois régions se situent dans la moyenne : Languedoc-Roussillon, Lorraine, Picardie, et deux légèrement au-dessus : Centre, Rhône-Alpes

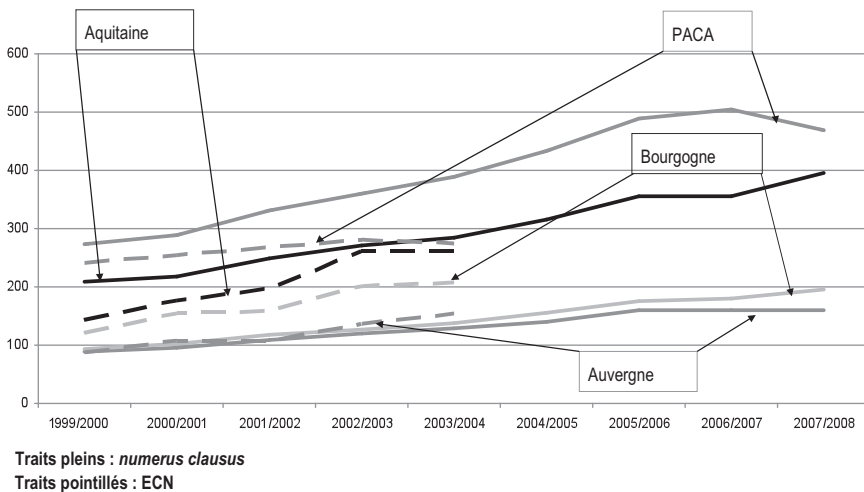
L'augmentation est d'environ 2 à 3 fois supérieure au niveau moyen en Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Poitou-Charentes.

Enfin, en Bretagne, Limousin et à La Réunion, elle est supérieure à 3 fois la moyenne nationale.

Le graphique 3 illustre le phénomène dans quatre régions et sa variation dans le temps. On peut faire l'hypothèse que ces variations, porteuses d'incertitudes pour l'appareil de formation, peuvent aussi induire, chez les étudiants, des comportements visant à allonger le second cycle.

GRAPHIQUE 3

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS ET ECN DES ANNÉES CORRESPONDANTES



Source : JO, exploitation ONDPS.

■ ■ L'augmentation des postes ouverts aux ECN a, pour l'essentiel, bénéficié au DES de médecine générale, avec des variantes régionales marquées

À l'échelle de la France entière, sur les 901 postes d'internes supplémentaires ouverts entre les ECN 2005 et 2008, 800 ont été affectés au DES de médecine générale. Sur la période considérée, la part des postes ouverts en médecine générale dans le total des postes offerts est ainsi passée de près de 50 % à 56,1 %. Cette tendance ne revêt pas la même importance partout. En début de période, cette

part consacrée à la médecine générale variait de 31 % en Midi-Pyrénées à 63 % en Alsace et 73 % en Antilles-Guyane. En fin de période, toutes les régions où elle représentait moins de 40 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées) se sont rapprochées de la moyenne, mais seule l'Aquitaine l'a atteint, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon restant très en deçà (autour de 45 %).

Les régions où la proportion de postes de médecine générale se situait entre 42 et 47 % en 2005 (Bretagne, Poitou-Charentes, La Réunion, l'Auvergne), trois ans après, rejoignent la moyenne nationale.

Parmi les régions qui dépassaient le niveau moyen au début de la période, la situation est plus contrastée : La Réunion, Lorraine et Bourgogne ont maintenu leur écart, la Picardie l'a encore augmenté, l'Île-de-France et la Franche-Comté ont en 2008 sensiblement moins de postes de médecine générale que la moyenne nationale.

Trois types de situations régionales peuvent donc être distingués :

- Les régions au sein desquelles l'essentiel de la variation globale du total des postes d'internes observée (en plus ou en moins) s'explique simplement par une variation des postes d'interne de médecine générale. C'est le cas de la plupart des régions ayant vu leurs postes augmenter plus fortement que la moyenne nationale (Bretagne, Limousin, La Réunion) mais aussi de l'Île-de-France pour laquelle la diminution de 13 %, déjà évoquée, s'explique, à près de 90 %, par la baisse du nombre d'internes en médecine générale.
- Les régions où, en parallèle, la part des postes d'internes des autres filières a été modifiée dans le même sens que la médecine générale, mais dans des proportions très largement inférieures. C'est le cas de la Basse-Normandie et de la Bourgogne où l'augmentation des postes de spécialités hors médecine générale contribue pour au moins 30 % de la variation observée. C'est le cas aussi de l'Alsace pour laquelle il y a eu, simultanément à la réduction des postes de médecine générale, une légère diminution des postes des autres filières (-5).
- Les régions enfin où les évolutions sont divergentes selon les filières. En Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Midi-Pyrénées, simultanément à l'augmentation des postes de médecine générale, les postes d'internes pour les autres spécialités ont été réduits. En Franche-Comté, le total des postes a diminué de 11. Les autres spécialités ayant elles été augmentées (+10), la réduction a particulièrement pesé sur la médecine générale (-21 postes).

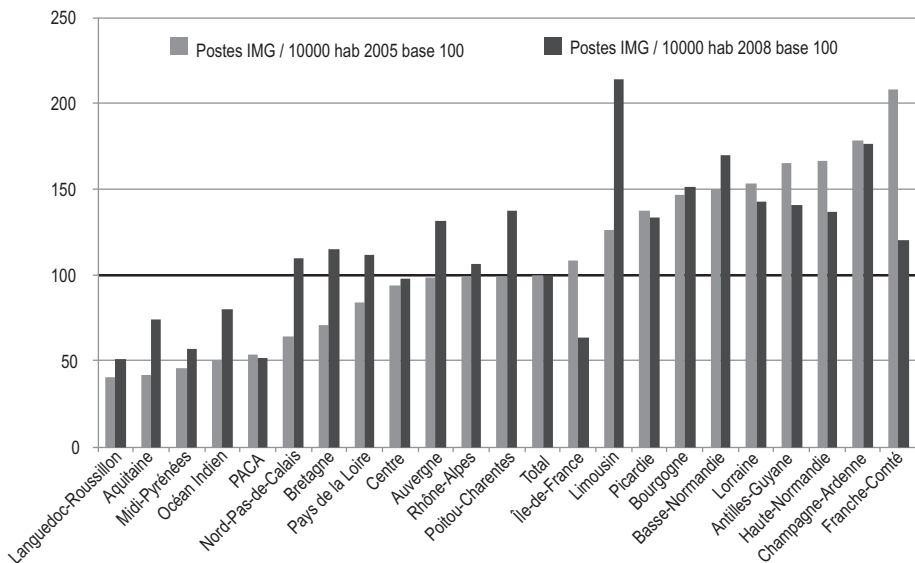
Pour mettre en perspective ces mouvements par rapport aux poids démographique de chaque région, les évolutions entre 2005 et 2008 du ratio « nombre de postes d'IMG ouverts aux ECN pour 10 000 habitants » ont été examinées. En 2005, en moyenne sur la France entière, ce ratio était de 0,38, mais il variait de 0,15 (Languedoc-Roussillon) à 0,64 en Haute-Normandie⁸. En 2008, dans l'en-

8. *Rapport ONDPS 2006-2007*, tome 2 déjà cité.

semble, les évolutions observées vont dans le sens d'une correction des écarts à la moyenne avec, notamment, un renforcement dans les régions auparavant les moins bien dotées en postes au regard de leur nombre d'habitants. Cependant, ce constat général souffre quelques exceptions qu'illustre le graphique 4 : les Antilles-Guyane, la Basse-Normandie, la Bourgogne et le Limousin, qui avaient une part de postes en médecine générale supérieure à la moyenne, ont encore augmenté ; à l'inverse, Provence-Alpes-Côte d'Azur qui avait un ratio inférieur, le voit diminuer sur la période.

GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DU RATIO DE POSTES D'IMG OUVERTS POUR 10 000 HABITANTS ENTRE 2005 ET 2008



Source : JO, INSEE.

Cependant, des postes restent vacants à l'issue des choix en médecine générale, le taux d'affectation pour cette discipline variant sensiblement selon les années et les régions⁹. À l'échelle nationale, 81 % ont été pourvus en 2008, mais ce pourcentage n'atteint pas la moitié pour le Centre (37 %), la Bourgogne (44 %), le Limousin, la Basse-Normandie et la Champagne-Ardenne. L'augmentation des postes offerts entre 2005 et 2008, qui a concerné certaines régions, s'est parfois accompagnée d'un accroissement des postes vacants, par exemple en Auvergne, Basse-Normandie, Centre et Limousin. Les vacances sont restées à un niveau élevé en Antilles-Guyane et en Lorraine. Ce phénomène, déjà analysé dans le rapport

9. Cf. notamment les études DREES réalisées chaque année, et notamment « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », M. Vanderschelden, DREES, *Études et Résultats*, n° 676, janvier 2009.

précédent, limite la portée des mesures correctives et implique de considérer région par région les postes offerts et pourvus, et d'en suivre les évolutions.

■ ■ La part des postes offerts pour la discipline « spécialités médicales » dans le total est inférieure depuis plusieurs années à celle observée parmi les effectifs en activité dans cette discipline

La priorité accordée à la médecine générale mais aussi aux spécialités chirurgicales se traduit par un pourcentage de postes offerts aux spécialités médicales non filiarisées (autour de 15,5 %), sensiblement inférieur à leur poids actuel dans l'offre médicale (19 % des médecins en activité), en dépit du fait qu'elles agrègent seize spécialités différentes. Ce décrochage s'opère depuis 2005 alors que celui qui apparaît en 2008 pour les spécialités filiarisées, intervient après plusieurs années durant lesquelles leur part était restée proche de celle observée chez les actifs (tableau 2).

TABEAU 5

ÉVOLUTION 2004-2008 DE LA RÉPARTITION DES POSTES OUVERTS AUX ECN PAR DISCIPLINE

Postes ouverts aux ECN	2004	2005	2006	2007	2008
Médecine générale	1 841	2 400	2 353	2 866	3 200
<i>Part de la médecine générale</i>	<i>46,2%</i>	<i>50,0%</i>	<i>49,4%</i>	<i>53,4%</i>	<i>56,1%</i>
Spécialités médicales	760	760	760	835	885
<i>Part des spécialités médicales</i>	<i>19,1%</i>	<i>15,8%</i>	<i>16,0%</i>	<i>15,6%</i>	<i>15,5%</i>
Spécialités chirurgicales	380	550	550	550	550
<i>Part des spécialités chirurgicales</i>	<i>9,5%</i>	<i>11,5%</i>	<i>11,6%</i>	<i>10,2%</i>	<i>9,6%</i>
Autres spécialités filiarisées	1 007	1 093	1 097	1 115	1 069
<i>Part des autres spécialités filiarisées</i>	<i>25,3%</i>	<i>22,8%</i>	<i>23,0%</i>	<i>20,8%</i>	<i>18,7%</i>
TOTAL	3 988	4 803	4 760	5 366	5 704

Source : JO, exploitation ONDPS.

■ ■ Les différences régionales des capacités d'encadrement constituent une limite à l'homogénéisation de la répartition des effectifs d'étudiants

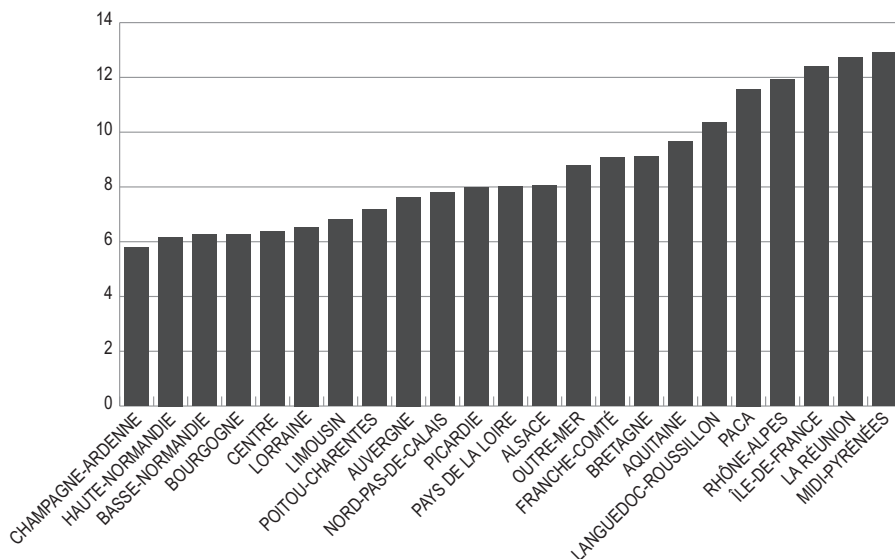
Les régions disposent de ressources de formation et d'encadrement variables. Que l'on considère le nombre de seniors en capacité d'encadrer les stages hospitaliers, le nombre d'enseignants titulaires ou le nombre de postes d'assistants chefs de clinique, les différences sont marquées. Elles constituent un héritage qui marque forcément les possibilités d'évolution. En effet, même si des décisions redistributrices peuvent intervenir dans ce domaine, comme c'est le cas avec la création de postes universitaires en médecine générale décidée cette année, les réallocations des postes entre régions et entre spécialités ne peuvent que modifier lentement le paysage actuel.

Les trois graphiques suivants illustrent les positions relatives des régions, établies à partir du nombre de postes ouverts à l'ENC 2007. Les positionnements sont établis à partir des postes de seniors (graphique 5), des postes d'enseignants (graphique 6) et des postes permettant un post-internat (graphique 7).

Le post-internat est, rappelons-le, intégré dans les maquettes de formation de certaines spécialités, et donc obligatoire pour obtenir la qualification. La création en 2008 de 200 postes d'assistants spécialistes devrait modifier sensiblement cet état des lieux établi en 2007. Elle n'invalide pas toutefois fondamentalement le constat d'une tension accrue sur le post-internat du fait de l'augmentation du nombre d'internes, constat formulé dans le cadre du précédent rapport : « Une meilleure répartition des médecins sur le territoire ne peut pas se définir à partir de mesures correctives ne portant que sur les seules ouvertures de postes d'internes. De façon complémentaire, les possibilités de post-internat s'avèrent d'une part, indispensables pour certaines maquettes de formation et, d'autre part, un des facteurs qui favorise le maintien des diplômés dans la région des études. Or, celles-ci vont se restreindre du fait de l'augmentation du nombre d'internes qui peuvent y prétendre et de l'accès désormais ouvert au clinicat pour les spécialistes de médecine générale¹⁰. »

GRAPHIQUE 5

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

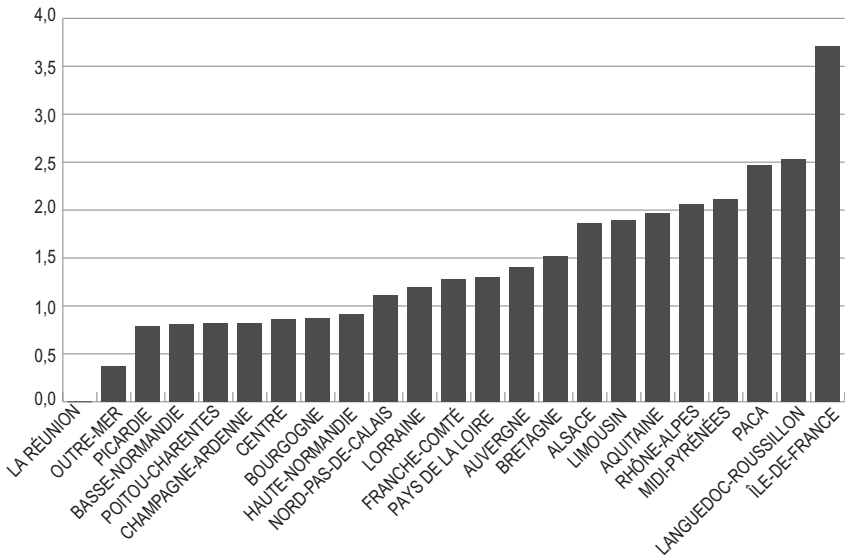


Source : JO du 7 décembre 2006, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

10. Préconisation 7.

GRAPHIQUE 6

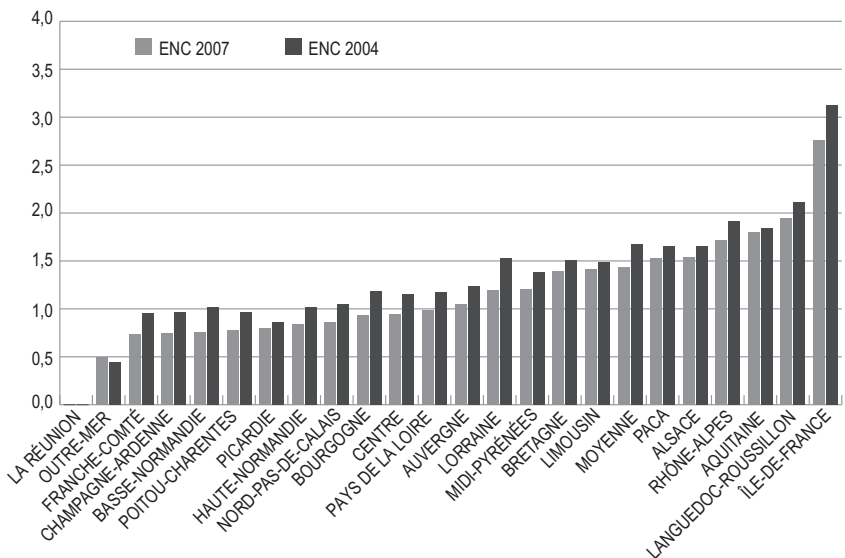
NOMBRE D'ENSEIGNANTS (PU/MCU PH + CCA/AHU) PAR POSTE D'INTERNE AUX ECN 2007



Source: JO du 7 décembre, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

GRAPHIQUE 7

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



Source: JO du 7 décembre, SIGMED, enquête ONDPS 2007.

■ ■ Des éléments convergents illustrent la mobilité interrégionale des jeunes diplômés et le caractère non déterminant de la région d'internat pour le choix du lieu d'exercice

L'observation sur une période de sept années consécutives, région par région, des nouveaux diplômés de chaque spécialité et, en parallèle, des nouveaux inscrits à l'Ordre confirme les écarts importants entre ces deux réalités, écarts positifs ou négatifs selon les régions¹¹.

De 2001 à 2007, 13 184 DES (hors médecine générale) ont été délivrés et 14 569 nouveaux médecins se sont inscrits à l'Ordre, soit 10,5 % de plus, correspondant à la fois aux inscriptions de médecins formés à l'étranger autorisés à exercer et aux procédures de qualification.

Les DES pour lesquels le bilan est positif (au-dessus de 20 %) sont l'anesthésie-réanimation chirurgicale, radiodiagnostic et imagerie médicale, pneumologie, neurologie, ophtalmologie, médecine interne, radiothérapie, hématologie, stomatologie et la médecine physique et réadaptation.

Le seul DES pour lequel le bilan est nettement négatif est la médecine du travail (-47 %).

Onze régions enregistrent, sur la période, un « excédent » d'inscrits par rapport au nombre de médecins qu'elles ont formés : Champagne-Ardenne (+0,8 %), Nord-Pas-de-Calais (+3,1 %), Centre (+5,8 %), Midi-Pyrénées (+8,6 %), Lorraine et Bretagne (+10,6 %), Alsace (+14,7 %), Rhône-Alpes (+15,9 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+22,8 %), Languedoc-Roussillon (+26,5 %) et surtout l'Île-de-France (+45,7 %).

Par rapport au bilan établi de 2001 à 2005¹², certaines régions ont amélioré leur capacité de rétention des médecins qu'elles diplôment (Centre, Lorraine, Alsace, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon), d'autres l'ont réduite comme le Nord-Pas-de-Calais.

À l'inverse, dans neuf régions, sur la période, le nombre des inscrits à l'Ordre est inférieur au nombre de diplômés de la région : Poitou-Charentes (- 8,6 %), Pays de la Loire (-9,6 %), Limousin (-11,3 %), Picardie (-13,6 %), Franche-Comté (-14,6 %), Bourgogne (-18,1 %), Haute-Normandie (-20 %), Auvergne (-20,5 %) et surtout Basse-Normandie (-32,6 %). Pour cette dernière, le déficit s'est accru sensiblement depuis le bilan établi en 2005.

L'Aquitaine fait partie également du groupe des régions déficitaires, mais celui-ci est « structurel » puisqu'elle forme les étudiants originaires des DOM.

11. Données transmises par l'Ordre national des médecins et les facultés.

12. Cf. tome 2, *Rapport 2006-2007*.

En conclusion, quatre types d'indicateurs apparaissent significatifs pour apprécier les situations régionales de façon prospective.

Ils doivent conduire à :

- Encadrer l'exercice de formulation des propositions régionales en se référant au *numerus clausus* et aux inscrits en DCEM4 afin d'examiner, région par région, les possibilités de parvenir à un meilleur équilibre entre les postes offerts aux internes avec ces deux données.
- Prendre en compte, en association notamment avec les doyens, les coordonnateurs de filières et les représentants des internes, les potentiels d'encadrement et d'accueil en stages ainsi que les marges de manœuvre existantes, en particulier dans les régions et pour les spécialités qui ont connu les évolutions les plus fortes, comme la médecine générale.
- Suivre les impacts de la réallocation des postes de médecins en formation sur la démographie médicale régionale.
- Compléter les données quantitatives par des analyses plus qualitatives de l'offre de soins, des conséquences de la réorganisation des structures et des priorités de santé publique, en s'appuyant pour ce faire sur la connaissance que développent les comités régionaux de l'ONDPS, les professionnels et sur l'expertise des ARS.



offre de soins que dessinent les diagnostics régionaux

Les diagnostics réalisés sont issus d'un travail important conduit en région, à l'initiative des DRASS qui coordonnent et animent les travaux des comités. Outre les doyens qui ont été systématiquement consultés, des coordonnateurs des filières et des représentants des internes ont été souvent associés à ces travaux. La démarche a été itérative et les propositions ont évolué sur la base des synthèses nationales successives discutées en commun (*cf.*, en annexe, les éléments plus détaillés sur les sources et les simulations effectuées).

Le choix d'une approche axée sur les flux d'actifs entrants et sortants présente l'avantage de permettre une évaluation homogène des situations. Pour autant, la démarche ne retenait pas comme présumé le remplacement des sortants comme un objectif à atteindre. Le positionnement de chaque spécialité par rapport à sa situation démographique actuelle devrait même, à l'inverse, constituer une opportunité pour identifier des inflexions qu'il serait opportun d'opérer par rapport aux dynamiques de remplacement observées.

Les données de cadrage

Les effectifs de médecins actifs ayant 55 ans et plus et 60 ans et plus ont été rapprochés, au niveau national et au niveau local, d'une prévision des effectifs inscrits en formation et susceptibles d'être diplômés dans les 5 et 10 prochaines années¹. L'optique était, d'une part, de tenir compte du fait que les médecins sont plus nombreux dans la tranche d'âge des 55-60 ans que dans celle des 60 ans et plus. L'intérêt de la simulation est, d'autre part, de prendre la mesure du potentiel de remplacement propre à chaque spécialité, si on maintient la part respective actuelle de chacune.

Pour caractériser les flux sortants, il a été tenu compte que sur les 212 777 médecins en activité au 1^{er} janvier 2008, selon les données ADELI, 30 098 ont 60 ans et plus. Le remplacement de cet effectif impliquerait de former 30 100 internes sur 5 ans.

Au 1^{er} janvier 2008, 72 483 médecins ont 55 ans et plus et sont donc susceptibles de cesser leur activité dans une perspective à dix ans.

1. *Cf.* annexe 2, Sources et méthodes.

Pour caractériser les flux entrants, on peut s'appuyer sur le nombre de diplômés potentiels, correspondant aux promotions entrant en troisième cycle entre 2009-2010 et 2013-2014. Celui-ci peut être déduit des *numerus clausus* des années 2003 à 2007 et se situe autour de 33 163. Il est supérieur aux actifs susceptibles de cesser leur activité pendant cette période. Ce chiffre équivaut, en moyenne annuelle, à des promotions de 6 633, en augmentation de 30 % par rapport au *numerus clausus* de l'année 2002 (5 100) qui est celui de la promotion des ECN 2008-2009. On mesure ainsi l'effort de formation à fournir dans les cinq prochaines années².

Si cette tendance se prolongeait les 5 années suivantes, le nombre de diplômés au cours des 10 prochaines années (aux environs de 66 330) resterait toutefois inférieur aux flux sortants. Globalement, sans apport de médecins diplômés hors de France, ce qui paraît une hypothèse peu probable, le remplacement numérique ne serait pas tout à fait atteint. Compte tenu de l'augmentation de la population prévue sur cette période, la densité de médecins serait, elle, inférieure à celle d'aujourd'hui³.

Le positionnement de chaque région par rapport à cette capacité de remplacement numérique apparaît contrasté (tableau 6 et annexe 3 pour les différentes spécialités).

Dans onze régions, on peut estimer que, si les flux de formation se prolongent à l'identique sur les dix prochaines années, le renouvellement serait numériquement assuré, puisqu'à mi-parcours l'équivalent de la moitié des effectifs susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines années est en formation. Trois régions affichent même une capacité de renouvellement supérieure à la moitié des effectifs à renouveler, Nord-Pas-de-Calais (53,7 %), Franche-Comté (56 %) et surtout Champagne-Ardenne (64 %), et si la tendance se prolongeait les 5 années suivantes, on pourrait observer une amélioration par rapport à la situation actuelle. Ce constat global se différencie toutefois selon les spécialités et ne prend pas en compte les « fuites » ou les « arrivées » de diplômés formés ailleurs, dont on a vu qu'elles variaient largement selon les régions.

À l'inverse, dans 10 régions, on peut estimer que, à flux de formation identique pour les 5 années suivantes, le renouvellement ne serait pas numériquement assuré à partir des ressources régionales.

La photographie à mi-parcours de la capacité qu'ont les différentes régions d'assurer ou non la relève de « leurs » médecins constitue une approche utile, même si elle nécessite d'être complétée, notamment par la prise en compte des flux d'une région à l'autre de médecins diplômés, car l'hypothèse d'une autarcie régionale qui sous-tend l'analyse n'est évidemment pas réaliste.

2. Cf. contribution 1 de ce tome.

3. Cf. contribution 3 de ce tome.

TABLEAU 6

COMPARAISON DES DÉPARTS POTENTIELS PAR GRANDES DISCIPLINES ET PAR RÉGION ET DES « ENTRÉES » D'APRÈS LES NC AFFECTÉS À CES RÉGIONS ENTRE 2003 ET 2007

	Spécialités médicales : effectif âgé de 55 ans et plus	Spécialités chirurgicales : effectif âgé de 55 ans et plus	Médecine générale : effectif âgé de 55 ans et plus	Spécialités filiarisées : effectif âgé de 55 ans et plus	Total départs attendus sur 5 ans	Nombre d'internes attendus sur la période d'après NC
Antilles-Guyane	131	91	427	237	443	363
Alsace	415	200	907	546	1 034	1 108
Aquitaine	686	379	1 749	1 153	1 984	1 663
Auvergne	221	161	701	309	696	751
Basse-Normandie	217	140	640	365	681	760
Bourgogne	294	167	788	385	817	842
Bretagne	525	267	1 535	776	1 552	1 449
Centre	412	221	1 121	640	1 197	908
Champagne-Ardenne	226	130	601	312	635	793
Franche-Comté	183	113	523	292	556	684
Haute-Normandie	272	164	789	420	823	898
Île-de-France	3 427	1 899	6 940	5 449	8 858	7 539
Languedoc-Roussillon	599	296	1 500	770	1 583	1 058
Limousin	131	79	385	188	392	593
Lorraine	434	188	994	588	1 102	1 255
Midi-Pyrénées	668	351	1 639	942	1 800	1 208
Nord-Pas-de-Calais	577	309	1 930	783	1 800	2 346
Pays de la Loire	477	272	1 494	763	1 503	1 536
Picardie	248	134	807	370	780	808
Poitou-Charentes	286	148	870	402	853	794
PACA + Corse	1 553	718	3 197	1 948	3 708	2 319
La Réunion	103	51	290	167	306	148
Rhône-Alpes	1 070	629	2 801	1 784	3 142	3 291
France entière	13 155	7 107	32 628	19 595	36 243	33 163

Sources : ADELI, DREES, JO.

En dépit de ces réserves, et en conclusion, l'intérêt des diagnostics régionaux réalisés est :

- de mettre à jour de façon rétrospective les dynamiques à l'œuvre et d'identifier certains de leurs effets. Par exemple, le prolongement des dynamiques actuelles d'allocation des postes d'internes, guidées plutôt par la prise en compte des densités médicales observées, conduirait soit à une transformation parfois brutale des caractéristiques de l'offre de soins, soit, ce qui est plus probable, à la formation de flux de praticiens diplômés au bénéfice des régions pénalisées en postes d'internes (appel d'air). Compte tenu des résultats établis par la DREES à travers l'exercice de projections des effectifs, ces flux paraissent d'autant plus vraisemblables que les mouvements prévisibles de populations sur le territoire national devraient les conforter⁴;

4. Cf. la contribution 3 dans ce tome.

- de permettre également d'identifier certains des effets associés à la gestion actuelle de l'offre médicale par grande discipline, au travers des ECN. Le dispositif actuel ne régule les flux à l'entrée que pour la médecine générale et les spécialités filiarisées. À l'inverse, pour les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales, les orientations précises des internes qui interviennent ensuite laissent pour l'instant une place mineure aux « besoins », aux priorités de santé publique ou au rééquilibrage de l'offre de soins pour les patients. Ainsi, une déformation possible de l'offre spécialisée de soins pourrait « spontanément » intervenir si les faibles flux de formation enregistrés par certaines disciplines devaient se prolonger ;
- et de faire apparaître que les ressources médicales souhaitables ne peuvent pas toujours être obtenues en autarcie régionale, en particulier dans les plus petites régions et pour certaines spécialités. La réalisation de certaines techniques et activités ne peut s'envisager qu'en proximité avec des plateaux techniques importants, au sein d'équipes pluridisciplinaires rassemblant souvent des professionnels très spécialisés, ce qui implique, tant pour la formation que pour l'accès aux soins, une organisation interrégionale⁵.

■ La synthèse des propositions formulées par les comités régionaux

Les propositions régionales portent sur un nombre total d'internes qu'elles estiment nécessaire et possible de former pour l'ensemble des 5 prochaines années.

■ ■ Les propositions aboutissent à un nombre total légèrement en deçà du nombre d'internes attendu sur la base du *numerus clausus*

Le total des propositions formulées par les régions aboutit à un total sur 5 ans de 32 446 internes à former, soit une moyenne annuelle de 6 489.

Le fait que ce nombre soit inférieur au *numerus clausus* correspondant est d'autant plus important à signaler qu'il constitue un minimum, les DCEM4 étant ces dernières années constamment supérieurs aux effectifs initiaux de la promotion admise 5 ans avant en second cycle, du fait des redoublements (cf. l'exemple de la promotion des ECN 2008-2009, illustré dans le tableau 4).

Ce décalage est à mettre en rapport avec les limites des capacités d'encadrement mises en avant par un grand nombre de régions pour faire face à l'augmentation attendue d'environ 30 % de l'effectif. Ces propositions sont supérieures au nombre de médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 5 prochaines années, mais inférieures à celui correspondant au renouvellement des 55 ans et plus, si l'on se place dans une perspective à moyen terme.

5. Comme cela apparaît au travers des travaux réalisés sur les métiers du diagnostic des tumeurs (tome 1, *Rapport 2009*).

Cette tendance globale recouvre des positionnements régionaux différents. Trois cas de figure se distinguent (tableau 7) :

- Un groupe de régions aboutit à des propositions d'internes inférieures au nombre attendu : Aquitaine, Île-de-France, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Rhône-Alpes.
- Un groupe de régions propose un chiffre d'internes équivalent aux effectifs entrés en deuxième cycle : Alsace, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Un groupe de régions aboutit à des chiffres supérieurs : Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Antilles-Guyane, La Réunion.

TABLEAU 7

PAR RÉGION, PROPOSITION DU NOMBRE GLOBAL D'INTERNES À FORMER

Région	Nombre d'internes attendus sur la période d'après NC	Position par rapport au NC	Propositions des régions sur 5 ans	Dont part de la médecine générale
Antilles-Guyane	363	>	420	63,1%
Alsace	1 108	=	1 108	50,0%
Aquitaine	1 663	<	1 590	45,6%
Auvergne	751	>	813	49,2%
Basse-Normandie	760	>	930	48,4%
Bourgogne	842	=	851	41,1%
Bretagne	1 449	>	1 501	48,0%
Centre	908	>	915	49,2%
Champagne-Ardenne	793	>	885	45,2%
Franche-Comté	684	=	701	39,2%
Haute-Normandie	898	>	1 040	36,1%
Île-de-France	7 539	<	6 000	50,0%
Languedoc-Roussillon	1 058	>	1 310	43,9%
Limousin	593	<	419	47,7%
Lorraine	1 255	>	1 370	51,7%
Midi-Pyrénées	1 208	>	1 380	43,8%
Nord-Pas-de-Calais	2 346	<	2 210	51,1%
Pays de la Loire	1 536	>	1 719	46,0%
Picardie	808	<	750	33,3%
Poitou-Charentes	794	>	906	46,9%
PACA avec la Corse	2 319	=	2 310	53,8%
Océan Indien	148	>	235	47,2%
Rhône-Alpes	3 291	<	3 080	43,8%
TOTAL	33 163	<	32 443	47,3%

Sources : JO, ONDPS.

Lecture : d'après les *numerus clausus* affectés aux Antilles-Guyane entre 2003 à 2007, le nombre d'internes attendus en moyenne annuelle 5 ans après devrait être de 363. La région a proposé d'en former 420, dont 63,1% au DES de médecine générale.

■ ■ Les propositions aboutissent à une diminution locale des écarts entre les étudiants inscrits en DCEM4 et le nombre de postes proposés aux ECN

Les écarts ne disparaissent pas et restent, dans chaque région, orientés dans le même sens que celui observé en 2008-2009 (tableau 4), mais ils sont considérablement réduits. Alors que, pour cette année, le différentiel observé entre les postes offerts aux ECN et les inscrits en DCEM4 va de +79 % en Picardie à -46 % en Île-de-France, les propositions ramènent ces écarts de +34 % en Basse-Normandie à -29 % en Limousin.

■ ■ Les propositions pour la médecine générale correspondent à 47,3 % du total

Le nombre total de postes d'internes en médecine générale proposé est de 15 350 pour les 5 prochaines années. Il est sensiblement supérieur aux effectifs des médecins âgés de plus de 60 ans (12 156), mais un peu inférieur au potentiel de départs en retraite des diplômés de cette spécialité calculés sur la base des 55 ans et plus (tableau 6).

En moyenne annuelle, les 3 070 postes proposés représentent une augmentation de 18 % par rapport aux inscrits en 1^{re} année du DES de médecine générale en 2008-2009 (2 591). Pour établir ces propositions, les comités se sont référés aux postes réellement pourvus les années précédentes à l'issue des ECN, plutôt qu'aux postes offerts, étant donné l'écart parfois considérable entre les deux.

Le pourcentage global recouvre, là encore, une variété de situations. La part de postes d'internes en médecine générale proposée varie d'une région à l'autre. Les régions très bien dotées en postes d'IMG lors des ECN des années précédentes se situent généralement en deçà de ce pourcentage. C'est le cas de la Picardie, de Champagne Ardenne, de la Haute-Normandie et de la Bourgogne par exemple.

À l'opposé, trois régions formulent des propositions laissant plus de 50 % pour cette spécialité : Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Enfin, si tous les comités ont raisonné sur l'ensemble de la période 2009-2013, quelques-uns ont précisé que l'objectif ne pouvait être atteint que par paliers, et qu'ils souhaitaient débiter par des chiffres inférieurs au cinquième du total à former sur la période.

Deux types d'arguments sont apportés, par les régions qui la proposent, pour justifier cette option :

En premier lieu, l'effort précédemment fourni pour cette spécialité et la difficulté de trouver rapidement des capacités de stage à hauteur d'un effectif aussi important. Les régions confrontées à des postes d'internes restés vacants ont également fait valoir leur souhait de ne pas prolonger cette situation, qui les stigmatise comme des régions peu attractives et retentit sur l'image de la médecine générale elle-même.

- L'examen des capacités de stage en médecine générale fait apparaître une certaine cohérence entre les propositions formulées par les comités et les éléments quantifiés recueillis sur les capacités théoriques d'accueil des internes. Sur la base d'un indicateur construit à partir du nombre de maîtres de stage et de services agréés pour le DES de médecine générale⁶, trois régions seulement apparaissent disposer de capacités théoriques d'accueil au moins égales au nombre d'internes actuellement en formation : l'Auvergne, la Bourgogne et le Centre. L'augmentation attendue du nombre d'IMG va détériorer dans toute la France le niveau de cet indicateur, tel qu'il a été observé en 2008.
- Cependant, on peut estimer qu'il existe des marges de manœuvre. En effet, la part des maîtres de stage agréés parmi les médecins généralistes exerçant en cabinet ayant moins de 60 ans varie de 2,4 % en Limousin, par exemple, à 9,7 % en Auvergne. Ce ratio est de 6,1 % au niveau national (cf. annexe 3, fiche médecine générale). La comparabilité de cet indicateur est bien entendu à relativiser, compte tenu de la diversité de l'activité des médecins et de leur patientèle, et donc de leur plus ou moins grande disponibilité pour accueillir des internes.

Le second argument est relatif à la nécessité de s'attacher au renouvellement des médecins des autres spécialités pour lesquelles le déficit entre les sortants et les entrants se creuse. Tous les comités mentionnent cette priorité.

■ ■ Les propositions aboutissent à une augmentation sensible de la part de la discipline « spécialités médicales »

Pour les disciplines autres que la médecine générale, le cumul des propositions formulées par les régions se situe autour de 17 100 sur la période 2009-2013. Le remplacement de la tranche d'âge des 55 ans et plus, qui supposerait 19 930 « entrants » dans l'ensemble de ces DES, n'est donc pas atteint. Chacune des disciplines qui structurent aujourd'hui la gestion des ECN fait, toutefois, l'objet d'un traitement particulier (tableau 8).

- En premier lieu, les spécialités médicales non filiarisées, qui représentaient 15,5 % du total aux ECN 2008 (tableau 4), atteindraient sur les 5 ans 19,8 % du total (ou 38 % des DES autres que la médecine générale et non 34 % comme actuellement). Le souhait d'un rééquilibrage en leur faveur est en effet largement exprimé, s'appuyant sur un double constat : depuis 2005, elles n'ont que très peu bénéficié de la hausse des effectifs, alors qu'elles « rassemblent »

6. Cet indicateur surestime les capacités d'accueil en cabinet du fait que, dans beaucoup de régions, ce sont des binômes ou des trinômes de maîtres de stage qui reçoivent un seul étudiant à la fois. Par contre, il sous estime les capacités en stage hospitalier, un service pouvant accueillir souvent plus d'un interne. Dans le temps imparti, il était impossible d'obtenir des éléments plus précis, établis sur des bases comparables d'une région à l'autre.

16 spécialités, dont plusieurs sont concernées par certaines priorités de santé publique comme, par exemple, le plan cancer ou par l'impact du vieillissement de la population.

- Pour les spécialités chirurgicales, en revanche, les propositions régionales ne conduiraient pas à une augmentation en proportion de la hausse des effectifs d'internes et leur part dans le total des postes se réduirait donc, principalement au détriment de la chirurgie générale. Outre la saturation des capacités de formation liée à l'accroissement important intervenu depuis 2005 (tableau 4), un des arguments mis en avant est le fait que les postes de chefs de clinique et d'assistants n'évoluent pas dans les mêmes proportions que le nombre d'internes. Cela constitue une forte limitation du fait de l'intégration dans la maquette d'un post-internat de chirurgie.
- Pour l'ensemble que constituent les spécialités filiarisées, le sens des propositions varie pour chacune d'entre elles.

Les propositions formulées par les régions apparaissent relativement convergentes et permettent de distinguer deux catégories de spécialités :

- d'une part, celles pour lesquelles les propositions sont inférieures au nombre de départs prévisibles au cours des 5 prochaines années : gynécologie médicale⁷, médecine du travail, psychiatrie, ophtalmologie, ORL, dermatologie, radiologie, rhumatologie... ;
- d'autre part, celles pour lesquelles les propositions sont supérieures au nombre de départs prévisibles au cours des 5 prochaines années : génétique médicale, néphrologie, neurologie, oncologie, hématologie, endocrinologie, médecine nucléaire, neurochirurgie, santé publique.

L'analyse des propositions formulées par les comités régionaux laisse apparaître la forte influence de considérations telles que les capacités d'encadrement, les évolutions des pratiques, les changements en cours dans la structuration de l'offre et le contexte épidémiologique. L'intégration de ces facteurs pour la réalisation de l'exercice prospectif a été favorisée par le rapprochement de données variées, la mobilisation de réflexions et des documents disponibles, tels les SROS, et aussi parfois celle des professionnels⁸.

7. Pour la gynécologie médicale, la quasi-totalité des comités régionaux ont signalé des difficultés pour trouver des terrains de stage. Leurs propositions ne dépassent pas la trentaine par an.

8. La déclinaison régionale du rapport 2006-2007 de l'ONDPS a, notamment, constitué une base d'analyse pour les comités régionaux qui l'ont réalisée.

TABLEAU 8

PROPOSITIONS D'EFFECTIFS D'INTERNES À FORMER, PAR RÉGION ET PAR GRANDE DISCIPLINE

Propositions sur cinq ans (2009-2013)	Spécialités médicales	Spécialités chirurgicales	Médecine générale	Anesthésie-réanimation	Gynécologie médicale	Pédiatrie	Gynécologie obstétrique	Biologie médicale	Psychiatrie	Médecine du travail	Santé publique	Total
Antilles-Guyane	75	30	265	15	0	5	10	5	15	0	0	420
Alsace	207	123	554	45	0	40	38	15	60	16	10	1108
Aquitaine	310	165	725	100	20	50	40	25	100	25	30	1590
Auvergne	148	84	400	40	0	27	25	12	50	15	12	813
Basse-Normandie	195	65	450	45	0	45	25	15	60	15	15	930
Bourgogne	181	95	350	45	0	33	25	10	80	28	4	851
Bretagne	320	142	720	80	2	40	44	20	93	30	10	1501
Centre	193	86	450	40	0	40	25	10	60	1	10	915
Champagne-Ardenne	200	70	400	40	5	40	20	15	65	15	15	885
Franche-Comté	161	88	275	40	1	25	20	10	60	13	8	701
Haute-Normandie	300	105	375	60	0	50	25	25	70	20	10	1040
Île-de-France	1040	455	3000	350	25	225	180	75	450	125	75	6000
Languedoc-Roussillon	325	110	575	100	10	45	30	15	90	0	10	1310
Limousin	87	30	200	25	5	15	5	4	30	17	1	419
Lorraine	252	108	708	60	4	57	38	12	75	34	22	1370
Midi-Pyrénées	295	115	605	90	15	45	35	25	110	30	15	1380
Nord-Pas-de-Calais	405	210	1130	100	10	90	60	15	125	50	15	2210
Pays de la Loire	349	173	790	73	3	52	47	36	112	61	23	1719
Picardie	175	115	250	50	5	40	25	10	60	10	10	750
Poitou-Charentes	200	56	425	45	0	35	25	10	90	10	10	906
PARCA avec la Corse	348	225	1242	132	10	99	64	19	121	34	16	2310
Océan Indien	46	10	111	16	1	17	11	5	15	0	3	235
Rhône-Alpes	616	312	1350	210	20	130	95	60	200	60	30	3083
TOTAL	6428	2972	15350	1801	136	1245	912	448	2191	609	354	32446
<i>soit en moyenne annuelle</i>												
<i>RAPPEL postes pourvus ECN 2008-2009</i>												
<i>RAPPEL postes pourvus ECN 2009-2010</i>												

■ Les scénarios qui se dégagent des propositions régionales

Les orientations qui se dégagent des propositions formulées par les comités régionaux sont porteuses, à terme, de modifications des flux de formations par spécialité, tels qu'ils résultaient jusqu'alors majoritairement du choix des internes et des politiques locales d'organisation des services et d'agrément des stages.

Les conséquences que pourraient avoir à l'échelle nationale la répartition entre spécialités qui résultent des propositions régionales ont été examinées sous la forme de scénarios.

Pour apprécier l'impact plus structurel des propositions formulées, différentes simulations ont été réalisées dans le cadre du groupe de travail ONDPS. Elles confortent les diagnostics des comités régionaux. Elles font notamment apparaître que la plus forte part affectée aux spécialités autres que la médecine générale ne conduit pas à mettre en difficulté le renouvellement des effectifs des diplômés de ce DES et améliore sensiblement la situation de certaines autres spécialités.

Les scénarios élaborés sont présentés ci-dessous, ainsi que les propositions de répartition transmises par l'ONDPS. Des préconisations accompagnent ces propositions.

■ ■ La forte augmentation d'internes liée au *numerus clausus* permet de compenser les départs des diplômés de médecine générale qui interviendraient dans les 5 prochaines années, même dans l'hypothèse d'une répartition égalitaire entre ce DES et les autres spécialités

Compte tenu des effectifs totaux d'internes à former, selon que la part des postes ouverts aux autres DES que la médecine générale correspond à 47 % ou à 50 %, les flux annuels de DES de médecine générale varient de 3 516 à 3 317.

Ces chiffres sont à mettre en regard (tableau 9) avec :

- le nombre annuel de départs en retraite de diplômés de médecine générale qui serait d'environ 3 263, si l'on choisit la perspective la plus longue en se référant à la tranche d'âge des 55 ans et plus ;
- et avec la situation observée aux ECN 2008 : 2 591 postes pourvus et 609 postes restés vacants. Les internes de médecine générale ont représenté en définitive 50,9 % de la dernière promotion affectée.

TABEAU 9

**DEUX SCÉNARIOS DE FLUX DE SORTANTS ET D'ENTRANTS
SELON LA PART DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

	Nombre annuel de départs en retraite, calculé à partir des 60 ans et plus	Nombre annuel de départs en retraite, calculé à partir des 55 ans et plus	ECN 2008-2009		Effectifs d'internes attendus sur la période 2009-2013	
			Nombre de postes ouverts	Nombre de postes pourvus	Prévision des flux annuels avec IMG = 53 % du total	Prévision des flux annuels avec IMG = 50 % du total
DES médecine générale	2 431	3 262	3 200	2 591	3 516	3 317
Total autres DES	3 596	3 989	2 504		3 117	3 316
Total	6 027	7 251	5 704		6 633	6 633

*Lecture : La moyenne des numerus clausus entre 2003 et 2007 correspond à 6 633 étudiants. Selon que l'on prévoit que 53 % ou 50 % soient affectés à la médecine générale, on peut s'attendre à 3 516 ou 3 317 internes de médecine générale par an, ce qui est supérieur aux flux annuels des départs en retraite prévisibles pour ce DES, y compris si l'on se place dans une perspective à moyen terme (calcul à partir de la tranche d'âge des 55 ans et plus).
Sources : ADELI-DREES, JO, DHOS (CNG).*

Du fait de la forte augmentation du *numerus clausus* (+ 30 % par rapport à celui de la promotion des ECN 2008), le remplacement des diplômés de médecine générale apparaît relativement préservé, même si la part du DES était maintenue à 50 % sur la période.

TABEAU 10

**DEUX SCÉNARIOS DE LA PART DES DES DES DIFFÉRENTES DISCIPLINES
SELON LA PART DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

	Part de chaque DES dans le total des propositions régionales	Part de chaque discipline ou spécialité au sein des postes des autres DES que MG selon les propositions régionales	Nombre de médecins formés sur 5 ans avec IMG = 53 %	Nombre de médecins formés sur 5 ans avec IMG = 50 %
Généralistes	47,3 %		17 580	16 585
TOTAL SPÉCIALITÉS MED	19,8 %	37,6 %	5 860	6 234
Anesthésie-réanimation CH	5,6 %	10,5 %	1 642	1 747
Gynécologie médicale	0,4 %	0,8 %	124	132
Pédiatrie	3,8 %	7,3 %	1 135	1 207
Gynécologie obstétrique	2,8 %	5,3 %	831	884
Biologie médicale	1,4 %	2,6 %	408	434
Psychiatrie	6,8 %	12,8 %	1 997	2 125
Médecine du travail	1,9 %	3,6 %	555	591
Santé publique	1,1 %	2,1 %	323	343
TOTAL AUTRES SPÉCIALITÉS	23,7 %	45,0 %	7 016	7 464
TOTAL CHIRURGIE	9,2 %	17,4 %	2 709	2 882
TOTAL DES, hors DES de MG	52,7 %	100,0 %	15 585	16 580
TOTAL			33 165	33 165

*Lecture : la part des spécialités médicales qui résulte des propositions régionales est de 19,8 % du total, soit 37,6 % des postes affectés aux autres DES que MG. Compte tenu du nombre total d'étudiants issus du numerus clausus (33 165), si la part réservée à la médecine générale était de 53 %, on formerait 15 585 autres DES, parmi lesquels 37,6 % pour les spécialités médicales, soit 5 860. Si la part de la médecine générale était de 50 %, on pourrait en former 16 580 * 37,6 %, soit 6 234.*

■ ■ L'attribution de 53 % des postes à la médecine générale pourrait majorer la diminution des effectifs des spécialités confrontées à de nombreuses cessations d'activité du fait de leur pyramide des âges

Compte tenu de l'âge des médecins en activité et des flux annuels de formation observés en 2008, si les clefs de répartition entre DES à l'intérieur des disciplines médicales et chirurgicales restaient constantes, certaines spécialités verraient leurs effectifs diminuer fortement. Les propositions régionales conduisent, pour une partie d'entre elles, à infléchir cette tendance.

Seraient plus particulièrement concernées :

- la médecine physique et réadaptation : si la répartition entre les DES autres que la médecine générale observée en 2008 restait inchangée, le nombre d'internes formés en 5 ans se situerait entre 135 et 195⁹, alors qu'environ 390 départs sont prévisibles au cours des 5 prochaines années. Cette spécialité perdrait ainsi près de 30 % de ses effectifs d'ici 10 ans. Le tableau 11 illustre la différence avec les propositions régionales qui revalorisent de façon très significative le poids de ce DES (de 0,9 % en 2008 à 2 %), selon l'option choisie pour la médecine générale ;

TABLEAU 11

LE DES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION : QUATRE SCÉNARIOS SELON LA PART DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

	Effectifs âgés de 55 ans et plus	Part du DES = 0,9 % du total des DES autres que MG (situation observée en 2008)		Part du DES = 2 % (résultant des propositions régionales)		Propositions régionales pour la période 2009-2013 (avec MG = 47,3 %)
		Si 53 % de MG sur la période 2009-2013	Si 50 % de MG sur la période 2009-2013	Si 53 % de MG sur la période 2009-2013	Si 50 % de MG sur la période 2009-2013	
France entière	778	135	195	345	367	377

- la dermatologie, la rhumatologie, l'ophtalmologie, pour lesquelles la moitié des départs serait compensée, et pour le tiers seulement pour la médecine du travail ;
- d'autres spécialités seraient également affectées, comme l'ORL, l'anatomocytopathologie, la médecine interne, la psychiatrie et la radiologie.

Pour toutes ces spécialités, le fait de maintenir la part de la médecine générale à 50 % réduirait le différentiel entre les sorties et les entrées, en particulier si leurs poids relatifs dans la répartition étaient revalorisés conformément aux proposi-

9. Selon que les postes réservés aux autres DES que la médecine se situent à 15 585 ou 16 580 (tableau 10).

tions des comités régionaux (cf. tableaux par région et par spécialité en annexe 3), au travers de la « filiarisation » prévue.

■ ■ Quelle que soit l'option retenue pour le DES de médecine générale (50 ou 53 %), d'autres spécialités devraient voir leurs effectifs augmenter du fait d'un solde positif entre les départs prévus et les entrées

Si leur part relative dans le total se maintenait au niveau actuel, certaines spécialités verraient leur effectif augmenter, du fait de leur pyramide des âges notamment. C'est le cas de la médecine nucléaire, de l'endocrinologie (l'augmentation des effectifs, 1 568 actuellement, serait de plus de 15 % d'ici à dix ans), de la neurologie, de la génétique médicale, de la néphrologie et des spécialités chirurgicales autres que l'ophtalmologie et l'ORL.

■ ■ Les flux annuels des disciplines actuellement filiarisées seraient diversement affectés selon les DES considérés

Quelle que soit l'option retenue pour la médecine générale et les autres spécialités, à clef de répartition identique à celle observée aujourd'hui, la santé publique verrait ses effectifs augmenter. Les propositions régionales tendent à accentuer cette bonne position relative.

Deux exemples, celui de l'anesthésie et de la psychiatrie, illustrent des situations inverses que les propositions régionales conduiraient à infléchir :

- En anesthésie-réanimation, la pyramide des âges est assez déséquilibrée et les effectifs de la tranche d'âge de 55 ans et plus sont importants. Selon l'option choisie pour la médecine générale, le niveau du remplacement d'ici 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours varierait entre 38 et 41 % (tableau 12). Les propositions régionales ont été un peu au-delà. Il a pu être tenu compte de la croissance tendancielle des spécialités chirurgicales et du niveau important du taux de vacance des postes de praticiens temps plein dans les hôpitaux publics (plus de 1 000).

TABLEAU 12

LE DES D'ANESTHÉSIE : DEUX SCÉNARIOS SELON LA PART DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

	Effectifs âgés de 55 ans et plus	Si 53 % de MG et part de DES = propositions régionales	Si 50 % de MG et part de DES = propositions régionales	Propositions régionales pour la période 2009-2013	Taux de remplacement à mi-parcours avec 53 % d'IMG	Taux de remplacement à mi-parcours avec 50 % d'IMG	Taux de remplacement à mi-parcours sur la base des propositions régionales
France entière	4 302	1 642	1 747	1 801	38 %	41 %	42 %

Le même phénomène se produit pour la psychiatrie comme le montre le tableau 13 qui illustre les différences selon l'option prise pour la médecine générale (53 % ou 50 %). Les propositions régionales aboutissent à maintenir pour ce DES la part observée en 2008. Certaines régions toutefois soulignent le risque que cela conforte de façon déséquilibrée le secteur libéral, sans apporter de solution à la forte vacance hospitalière (1 175 postes de praticiens hospitaliers temps plein statutairement vacants fin 2008).

TABLEAU 13

LE DES DE PSYCHIATRIE : DEUX SCÉNARIOS SELON LA PART DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

	Effectifs âgés de 55 ans et plus	Si 53 % de MG et part de DES = propositions régionales	Si 50 % de MG et part de DES = propositions régionales	Propositions régionales pour la période 2009-2013	Taux de remplacement à mi-parcours avec 53 % d'IMG	Taux de remplacement à mi-parcours avec 50 % d'IMG	Taux de remplacement à mi-parcours sur la base des propositions régionales
France entière	6 049	1 997	2 125	2 191	33 %	35 %	36 %

Pour les autres DES filiarisés, hormis la gynécologie médicale et la médecine du travail déjà citées, l'équilibre entrées/sorties est atteint quelle que soit l'option retenue (tableau 10).



es propositions de l'ONDPS

50 % des postes pourvus en médecine générale

L'inflexion principale apportée par rapport aux propositions régionales concerne la part des postes qui devrait être globalement réservée à la médecine générale. Les comités régionaux proposaient 47,3 % des postes, en moyenne sur la période. L'ONDPS, considérant que ces propositions s'inscrivaient en trop forte rupture par rapport aux décisions ministérielles des deux années antérieures, a proposé 50 % de postes pourvus, compte tenu des priorités politiques accordées à cette spécialité et de sa place à conforter dans les soins de premier recours.

TABEAU 14

RÉPARTITION DU NOMBRE ANNUEL DE POSTES SELON DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES

France entière	Moyenne annuelle si 53 % IMG	Comités régionaux ONDPS	ONDPS (50 % IMG)	Rappel des postes pourvus aux ECN 2008-2009
Total DES hors DES de médecine générale	2 866	3 328	3 155	2 493
DES de médecine générale	3 444	2 985	3 155	2 591
Total des internes attendus en 2009	6 310	6 313	6 310	5 084

Ce pourcentage de 50 % est à peu près équivalent à celui observé l'année dernière à l'issue des choix aux ECN (50,9 %). Il représente toutefois une augmentation de 564 postes, étant donné l'accroissement global des effectifs. Des chiffres supérieurs sont apparus représenter une augmentation non supportable en termes d'accueil par la très grande majorité des régions, notamment pour celles qui ont connu au cours des dernières années une dotation très importante en postes de médecine générale.

Les capacités de stages pour cette spécialité constituent une donnée à prendre en considération. Très variable d'une région à l'autre, le ratio « nombre d'internes sur nombre de maîtres de stage agréés » peut à l'évidence être amélioré. Dans de nombreuses régions, il existe des marges de manœuvre, mais elles ne sont pas immédiates et supposent qu'un travail de concertation et de conviction soit conduit sur le terrain.

En outre, le pourcentage de 50 % de postes pourvus en médecine générale présenterait l'avantage de préserver une part significative des postes pour certains DES des spécialités médicales dont le renouvellement semble prioritaire

à la lumière de l'état des lieux réalisé. L'ouverture des postes par spécialité constitue une opportunité pour y parvenir.

Les préconisations

1. Les écarts entre le *numerus clausus* et les postes ouverts aux ECN, pour une même promotion d'étudiants, sont importants dans certaines régions. Localement, les effectifs de DCEM 4 ne sont pas toujours cohérents avec les effectifs que l'on pourrait attendre sur la base du *numerus clausus*, du fait notamment des pratiques de redoublement qui prennent une réelle ampleur dans certaines subdivisions. Les écarts constatés entre *numerus clausus* et ECN contribuent à expliquer que l'affectation des postes offerts à l'internat dans une région ne puisse pas modifier la répartition des ressources médicales. Ils induisent en effet un accroissement des mobilités, sans assurer, par la suite, le maintien des jeunes médecins dans la région où ils ont effectué le troisième cycle.

En outre, ces écarts pourraient donner lieu à une spécialisation préjudiciable de certaines subdivisions dans la formation des premier et deuxième cycles. À l'inverse, on peut redouter que les tensions sur les stages dans certaines régions, très mobilisées par rapport à leurs capacités actuelles d'accueil du troisième cycle, ne conduisent à une détérioration de la qualité de la formation.

► **Il convient de rapprocher les deux outils de régulation des flux de formation que constituent le *numerus clausus* et les ECN.**

► **Les redoublements, dont la légitimité est indiscutable, s'opèrent, pour certains, dans l'optique d'une amélioration des rangs de classement aux ECN. Ce phénomène introduit un biais pour les prévisions de postes d'internes et devrait faire l'objet d'un suivi.**

2. La part des postes d'internes offerts en médecine générale dans le total des postes est artificiellement augmentée pour anticiper le phénomène des postes restés vacants qui touche essentiellement cette filière. Les régions bénéficiaires de l'augmentation de ces postes le sont principalement sur le critère de leur densité globale en médecins, plus faible que la moyenne. La pérennité de cette mesure corrective, basée sur cet indicateur, ne paraît pas souhaitable pour trois raisons.

La densité régionale globale en médecins est un repère fruste car la situation des diplômés de médecine générale et celle des autres spécialistes est parfois contrastée, comme en Île-de-France. La répartition des médecins généralistes n'est pas forcément plus équilibrée dans les régions dites « surdotées » en médecins que dans les régions dites « sous-dotées ». Ce sont très souvent les départements ayant soit un CHU important, soit plusieurs CHU qui font basculer une région dans la catégorie de la densité supérieure à la moyenne. Les problèmes

démographiques pour la médecine générale de premier recours se manifestent à des niveaux infrarégionaux.

On doit aussi rappeler que l'augmentation des diplômés de médecine générale ne garantit pas la disponibilité en généralistes de premier recours du fait des spécialisations qui permettent à ces diplômés d'exercer un autre métier. L'attrait pour l'exercice de la médecine générale de premier recours dépend au moins autant d'une juste perception de ses missions que du nombre de postes affectés à cette spécialité.

Enfin, les régions qui sont sous-dotées en ressources médicales manquent de généralistes de premier recours mais aussi des autres spécialistes. La présence de ces derniers constitue un critère important dans le choix d'installation des généralistes. La présence des uns et des autres garantit, pour les patients, une prise en charge globale, qui implique la complémentarité des différents métiers.

► **Il est indispensable de rétablir une proportion plus équilibrée des postes d'internes entre les généralistes et les autres spécialistes (50 % et 50 %). Ce rééquilibrage doit d'abord permettre de mieux accompagner l'adaptation des conditions de formation à la médecine générale de premier recours. Il doit être complété d'un suivi des effets que produisent, dans les régions qui en bénéficient, les décisions d'augmentation du nombre de postes d'internes en médecine générale. Il est primordial d'évaluer dans quelle mesure cette augmentation permet d'atteindre l'objectif visé, qui est de disposer d'une médecine générale de premier recours et d'une permanence des soins sur l'ensemble du territoire.**

► **La création d'une véritable filière spécialisée de médecine générale de premier recours, d'une durée de quatre ans, doit être favorisée.**

3. La démographie de certaines spécialités a bénéficié d'une attention particulière au travers de leur filiarisation. D'autres, rassemblées au sein des grandes filières « spécialités médicales » ou « spécialités chirurgicales », ont vu leurs effectifs dépendre uniquement des possibilités de stage et des choix des internes.

► **La filiarisation de l'ensemble des spécialités est un outil qui, à partir d'un cadrage national, doit permettre de mieux répondre aux besoins et à leurs évolutions.**

4. Les politiques de rééquilibrage entre les régions dans leurs modalités actuelles sous-estiment la mobilité des diplômés et les appels d'air que constituent les structures hospitalières. De plus, toutes les régions ne seront pas en capacité de former tous les spécialistes dont elles ont besoin. C'est en particulier le cas pour les spécialités les plus jeunes, à effectif réduit et déjà organisées en plateaux techniques conséquents ou en pôles de référence.

► Il est souhaitable de définir une politique d'affectation des postes basée sur les besoins de santé publique et l'offre de soins régionale, en introduisant en matière de formation une solidarité ou une contractualisation entre régions.

Des postes d'internes pourraient être affectés à une région, en même temps que serait facilitée, dans certaines spécialités, la formation de ces internes dans les régions ayant développé des capacités d'encadrement suffisantes. Ces dispositions pourraient se mettre en œuvre dans le cadre de postes d'internes inter-CHU, revisités et facilités grâce au système « sac à dos ».

5. Certaines spécialités et certaines régions ne souffrent pas tant d'une insuffisance globale des effectifs que de leur répartition déséquilibrée entre les secteurs d'exercice. L'importance des postes hospitaliers vacants n'est pas toujours associée à une démographie défailante, comme l'illustre le cas de la psychiatrie, par exemple, ou du radiodiagnostic.

Ces déséquilibres peuvent constituer une entrave à un accès égalitaire aux soins, ils peuvent également freiner les coopérations entre la ville et l'hôpital ou des transformations de l'organisation des prises en charge des patients. Ils peuvent aussi affaiblir les capacités d'enseignement et de recherche universitaires dans certaines disciplines.

► La disponibilité équilibrée des ressources entre les secteurs d'exercice et de prise en charge des populations doit être retenue comme un repère pour l'établissement du diagnostic démographique et l'affectation des postes d'internes et de post-internat.

6. Parmi les facteurs susceptibles d'attirer les internes vers certaines spécialités ou certaines régions d'exercice, les opportunités de post-internat constituent un facteur important.

Rappel préconisations rapport 2007.

► Il convient de définir rapidement des formules innovantes de post-internat, notamment à partir des réflexions engagées dans certaines régions avec les collectivités territoriales.

► Le DES doit être le diplôme permettant l'accès à l'exercice de toutes les spécialités, médicales et chirurgicales, afin de ne pas, à terme, réserver les post-internats aux seules spécialités les ayant inclus au travers d'un DESC dans leur maquette de formation et de permettre une meilleure adéquation entre internes en formation et besoins de la population.

7. L'augmentation importante du nombre d'internes, qui intervient après une longue période marquée à l'inverse par une raréfaction de ces ressources, se heurte localement et pour certaines spécialités à la question de la disponibilité des lieux de stage. Il existe un risque que la qualité de la formation soit insuffisante du fait de l'ouverture de stages présentant un encadrement non optimal ou d'une augmentation excessive des internes accueillis, eu égard à l'activité des services. Ce risque est d'autant plus important qu'il n'existe pas de critères d'agrèments et d'évaluation des stages partagés ou homogènes.

► **La définition des critères d'agrément doit faire l'objet d'échanges organisés au niveau national, associant les coordonnateurs et les représentants de chaque spécialité.**

8. La loi HPST accorde la plus grande importance à la question démographique et à sa régulation. On constate que les capacités régionales pour conduire des diagnostics démographiques et définir des perspectives en matière d'offre de soins sont diversement développées. Pourtant, l'harmonisation des méthodes et des indicateurs constitue une garantie d'un traitement équitable de toutes les régions.

► **Les agences régionales de santé doivent permettre le développement d'une professionnalisation solide et pérenne dans le domaine de la démographie, de la formation et de l'offre de soins.**

► **Les comités régionaux de l'ONDPS constituent un outil permettant de développer ces capacités d'expertise appuyées sur une méthodologie qui assure une homogénéité des méthodes, compatible avec les spécificités régionales de l'offre de soins.**



Annexe 1

■ ■ Composition du groupe de travail

Les travaux du groupe de travail dont cette contribution constitue la synthèse ont été présidés par le professeur **Yvon BERLAND**.

Martine BURDILLAT et le docteur **Dominique BAUBEAU** en ont assuré l'organisation et l'analyse des résultats.

Dans toutes les régions, les services concernés des DRASS ont contribué au recueil et à l'analyse des données ainsi qu'au déroulement de la démarche en collaboration avec **Valérie EVANS**, assistante à l'ONDPS.

Pour toutes les régions, des personnes plus particulièrement en charge du dossier ont participé aux réunions de synthèses et de consolidation organisées par l'ONDPS.

Ont plus particulièrement participé au groupe de travail :

Michèle BADOINOT, bureau « Établissements de santé - Professions médicales », DRASS de Lorraine

Laurence BANCQUART, responsable de l'unité de gestion des professions médicales, DRASS du Nord-Pas-de-Calais

Nicole BEUGNIEZ, responsable à la scolarité des DES, service de scolarité de la faculté de médecine Henri-Warembourg, université Lille 2

Marie-Christine BOREL, service « Santé publique - Professions de santé », DRASS du Limousin

Dr **Élisabeth BRETAGNE**, médecin inspecteur de santé publique, DRASS de Bretagne

Jean-Luc CABY, responsable du service « Planification sanitaire et gestion des professionnels de santé », DRASS du Nord-Pas-de-Calais

Bérengère CROCHEMORE, présidente de l'Inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Dr **Jean-Pierre DANIN**, médecin inspecteur régional, pôle santé publique, DRASS de Basse-Normandie

Francine DESHOULIÈRES, responsable du service « Professions médicales », DRASS de Poitou-Charentes

Benoît ELLEBOODE, président de l'Inter-syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH)

Rémi FLICOTEAUX, secrétaire général adjoint de l'Inter-syndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux de villes de faculté (ISNCCA)

Pascal FORCIOLI, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation de Picardie
Pr **Jean-Paul FRANCKE**, doyen de la faculté de médecine Henri-Warembourg, université Lille 2

Daniel GAYET, bureau « Offre de soins - Qualité du système de soins », DRASS du Centre

Marcellin GOUMONT, vice-président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Dr **Chantal GRAVELAT**, médecin inspecteur régional, pôle santé, DRASS Aquitaine

Anne-Laure LEPORI, présidente de l'ANEMF

Noémie OSWALT, bureau « Démographie et formations initiales des professions de santé », DHOS

Monique REYNOT, responsable du service « Formations et professions », DRASS d'Île-de-France

Marie-Thérèse SEGURA, secteur des médecins hospitaliers, pôle santé publique, DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER, chef de bureau « Démographie et formations initiales des professions de santé », sous-direction des ressources humaines du système de santé (DHOS)

Marie-Agnès VALCU, responsable du bureau « Professions médicales », DRASS d'Alsace

Nathalie VIARD, directrice adjointe, pôle santé, DRASS de Picardie.

■ Sources et méthodes

Pour assurer une meilleure comparabilité des données, chaque comité a été destinataire des données nationales disponibles concernant sa région, préparées par la DREES pour ce qui concerne les effectifs ADEL et le bilan aux ECN, par l'ONDPS pour le bilan des diplômés et inscrits à l'Ordre. Les autres sources utilisées provenaient du Centre national de gestion (fichier SIGMED), des facultés de médecine pour le bilan des diplômés entre 2001 et 2007 et l'enquête sur les effectifs en formation, de l'Ordre des médecins pour les inscrits à l'Ordre de 2001 à 2007.

Les comités devaient indiquer les « cibles retenues » et les commenter selon un cadre structuré¹.

Une double approche a été adoptée pour analyser les données recueillies :

Par spécialité : état des lieux des effectifs et des prévisions de renouvellement.

Par région : positionnement de chacune par rapport aux mêmes indicateurs et analyse de la situation et des besoins, effectuée par les comités régionaux.

Ce faisant, il s'agissait de :

- Disposer d'éléments de cadrage permettant d'éclairer les dynamiques globales de l'offre de soins, tant au niveau régional qu'au niveau national.
- Caractériser la situation actuelle de chaque région en la positionnant de façon comparative par rapport aux autres régions et à la situation nationale.
- Compléter ces données chiffrées par une analyse de la situation démographique, des capacités d'encadrement et de leur potentiel d'évolution, du contexte épidémiologique régional et des priorités de santé publique, des changements prévisibles de l'organisation des soins en rapport avec la sécurité des prises en charge et d'éventuelles restructurations en cours...

1. Les commentaires devaient respecter le plan suivant :

- 1- Diagnostic sur la démographie médicale et la situation de l'encadrement des internes.
- 2- Contexte régional spécifique lié à la situation épidémiologique de la région et/ou aux priorités de santé publique retenues.
- 3- Le cas échéant, besoins démographiques spécifiques en rapport avec la sécurité des prises en charge (respect des normes techniques).
- 4- Modifications en cours ou prévisibles de l'organisation de l'offre de soins (regroupements, ouverture de structures).

LES PRINCIPAUX INDICATEURS UTILISÉS POUR LES ANALYSES

Nombre de médecins âgés de 55 ans et plus et nombre de médecins actifs de 60 ans et plus qui pourraient cesser leur activité au cours des 5 prochaines années.

Effectif « moyen » d'internes inscrits dans chaque DES au cours de l'année 2008-2009. Il se calcule à partir du total des inscrits, divisé par le nombre d'années où les effectifs sont connus. Cette méthode annule ainsi les différences de durée des DES.

Nombre d'internes « attendus » pour les 5 prochaines années. Il correspond à l'effectif des 5 promotions d'étudiants issues du *numerus clausus* entre 2003-2004 et 2007-2008.

Les étudiants inscrits en DCEM4 en 2007-2008.

LES SIMULATIONS EFFECTUÉES POUR TRACER LES SCÉNARIOS

Pour intégrer le fait que les médecins sont plus nombreux dans la tranche d'âge des 55-60 ans que dans celle des 60 ans et plus, les effectifs d'internes attendus ces 5 prochaines années ont également été rapportés à la tranche d'âge des 55 ans et plus qui devrait cesser son activité dans les 10 ans. On a ainsi estimé la part des effectifs « partants » qui pourraient être remplacés dès 2013, c'est-à-dire « à mi-parcours » et positionné chaque région et chaque spécialité dans cette perspective à plus long terme.

Le nombre potentiel d'internes pour chaque DES dépend, d'une part, du contingent de postes consacré au DES de médecine générale, d'autre part, de la place relative qui lui est accordée dans le total des postes hors médecine générale. Plusieurs simulations ont donc été réalisées :

- Sachant que, à l'issue du choix des ECN 2008-2009, 51 % des internes avaient été affectés au DES de médecine générale, le nombre global attendu hors internes de médecine générale a été calculé selon deux hypothèses : l'une avec 53 % de postes proposés en médecine générale, l'autre avec 50 %.
- La répartition entre les différentes spécialités de ce nombre global attendu hors DES de médecine générale a été étudiée selon deux options (voir à ce sujet un exemple dans le tableau 11 pour la médecine physique et réadaptation). Dans la première, la part de chaque DES est maintenue au niveau observé à partir des inscriptions universitaires pour l'année 2008-2009, dans la seconde, celle-ci résulte de la synthèse des propositions régionales et tient donc compte des besoins et des observations exprimées par les comités régionaux.

Annexe 3

■ ■ Fiches par spécialité et par région

MÉDECINE GÉNÉRALE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation				Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité de médecins généralistes installés en libéral âgés de moins de 55 ans pour 100 000 habitants	Nombre services agréés	Nombre maîtres de stage	Pourcentage de généralistes installés qui sont maîtres de stage	Postes ouverts ECN 2008-2009	Postes pourvus ECN 2008-2009	sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	1 330	427	207	46	83	35	5,8%	75	53	285	265
Alsace	3 100	907	330	76	155	129	7,1%	130	130	480	555
Aquitaine	5 417	1 749	646	81	165	285	8,3%	117	117	515	725
Auvergne	2 128	701	242	68	112	121	9,7%	89	53	285	400
Basse-Normandie	2 094	640	240	63	131	40	3,3%	125	60	280	450
Bourgogne	2 482	788	265	66	114	120	8,2%	125	55	205	350
Bretagne	4 936	1 535	467	70	220	200	6,7%	180	167	705	720
Centre	3 429	1 121	371	58	120	150	7,3%	125	46	240	450
Champagne-Ardenne	2 039	601	204	67	116	94	7,8%	120	58	240	400
Franche-Comté	1 842	523	189	69	106	74	7,0%	70	53	270	275
Haute-Normandie	2 557	789	300	64	90	50	3,2%	126	98	335	375
Île-de-France	20 355	6 940	2 906	63	583	559	5,6%	372	372	2 075	3 000
Languedoc-Roussillon	4 558	1 500	573	85	130	165	5,6%	65	65	345	575
Limousin	1 305	385	105	86	72	20	2,4%	79	36	175	200
Lorraine	3 607	994	355	73	218	88	4,1%	170	96	495	708
Midi-Pyrénées	4 901	1 639	628	78	129	93	3,1%	80	80	400	605
Nord-Pas-de-Calais	6 623	1 930	769	79	295	114	2,8%	226	226	885	1 130
Pays de la Loire	4 998	1 494	504	68	215	297	9,4%	195	153	685	790
Picardie	2 668	807	289	62	100	59	3,8%	128	105	380	250
Poitou-Charentes	2 785	870	274	72	105	116	6,8%	120	85	410	425
PACA + Corse	9 690	3 197	1 183	87	312	212	3,5%	125	125	720	1 242
La Réunion	1 203	290	111	78	40	40	5,2%	32	32	130	110
Rhône-Alpes	9 867	2 801	998	72	379	530	9,3%	326	326	1 590	1 350
France entière	103 914	32 628	12 156	71	3 990	3 591	5,9%	3 200	2 591	12 130	15 350

Si la part du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, 37% des diplômés de médecine générale âgés de plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité seraient assurés à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici à 5 ans.

Les propositions régionales permettent un redressement significatif puisqu'elles aboutissent à un remplacement de 47% à mi-parcours. Toutefois, certaines régions resteraient en deçà de cette moyenne, comme la Picardie, La Réunion, Midi-Pyrénées, PACA, le Languedoc-Roussillon, le Centre, l'Aquitaine, l'Île-de-France et la Bourgogne.

À l'inverse, l'Alsace, Antilles-Guyane, la Champagne-Ardenne, la Basse-Normandie et la Lorraine verraient les effectifs augmenter.

Les propositions des comités ont tenu compte à la fois des postes réellement pourvus et des capacités de formation.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

	Éléments de démographie				Éléments sur encadrement et capacités de formation						Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCL-PLH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Mbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	132	68	34	12,6	35	38	1	0	8	8	10	15
Alsace	351	132	53	19,3	43	73	4	2	5	23	50	45
Aquitaine	632	277	110	20,4	27	112	4	2	11	20	40	100
Auvergne	204	77	29	15,3	14	66	2	0	3	18	40	40
Basse-Normandie	207	90	26	14,3	50	44	3	1	3	7	45	45
Bourgogne	243	104	52	15,0	35	40	2	0	7	15	40	45
Bretagne	516	191	75	16,7	53	186	5	0	7	19	70	80
Centre	321	147	60	12,8	57	93	2	0	4	9	35	40
Champagne-Ardenne	188	84	33	14,0	35	41	2	1	6	10	45	40
Franche-Comté	164	58	29	14,3	24	38	2	1	4	10	40	40
Haute-Normandie	241	85	44	13,3	34	59	4	2	8	13	50	60
Île-de-France	2 120	946	435	18,4	176	606	41	2	62	73	185	350
Languedoc-Roussillon	531	198	81	21,1	14	162	7	0	9	20	50	100
Limousin	126	53	20	17,4	16	35	2	0	5	13	20	25
Lorraine	358	124	55	15,3	55	66	4	1	8	28	50	60
Midi-Pyrénées	531	240	98	19,3	38	109	2	2	7	22	80	90
Nord-Pas-de-Calais	558	183	87	13,8	74	91	5	3	12	38	90	100
Pays de la Loire	524	177	63	15,3	44	150	5	0	7	16	70	73
Picardie	178	70	27	9,4	56	33	2	1	8	14	55	50
Poitou-Charentes	244	91	37	14,2	21	48	2	2	4	7	30	45
PACA + Corse	1 132	459	201	22,4	57	193	12	3	13	34	110	132
La Réunion	118	39	16	15,1	10	0	0	0	0	6	15	16
Rhône-Alpes	1 120	411	187	18,7	81	325	11	2	21	69	160	210
France entière	10 739	4 302	1 851	17,0	1 049	2 608	124	25	222	492	1 380	1 801

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des anesthésistes susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années ne serait assuré qu'à 32% à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici à 5 ans.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours s'améliore sensiblement pour atteindre 42%, ce qui se traduirait néanmoins par une diminution globale des effectifs. Cette évolution devrait être notamment appréciée à l'aune des prévisions d'augmentation en chirurgie (hors ORL et ophtalmologie).

À noter la situation plus défavorable, en densité et en perspective de taux de renouvellement, des Antilles-Guyane, de La Réunion et du Centre ainsi que le faible taux de renouvellement à mi-parcours dans des régions denses en plateaux techniques et en anesthésistes comme l'Aquitaine, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon (ce qui pourrait entraîner un flux de diplômés vers ces régions, effet « appel d'air »).

(1) *Sur la base de la situation en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.*

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.°	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009*	Nbre services agréés*	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	4	2	2		NR	NR	1	0	4	0	0	0
Alsace	17	8	2		NR	NR	5	0	7	7	0	0
Aquitaine	176	87	26		0	1	3	0	9	7	10	20
Auvergne	34	20	6		0	0	6	0	3	1	0	0
Basse-Normandie	31	16	5		0	0	3	0	3	3	0	0
Bourgogne	23	11	4		NR	NR	2	0	4	1	0	0
Bretagne	74	36	11		NR	5	3	0	6	3	15	2
Centre	50	30	10		0	0	3	0	5	0	0	0
Champagne-Ardenne	24	13	4		NR	NR	2	0	3	2	5	5
Franche-Comté	23	10	4		NR	NR	2	0	3	7	0	1
Haute-Normandie	62	36	14		0	NR	2	0	5	3	0	0
Île-de-France	597	390	198		NR	NR	35	2	50	16	25	25
Languedoc-Roussillon	59	33	9		0	0	6	0	6	1	0	10
Limousin	15	9	4		NR	NR	1	0	3	3	0	5
Lorraine	86	41	16		0	0	4	0	3	6	5	4
Midi-Pyrénées	127	65	19		0	0	3	0	4	9	10	15
Nord-Pas-de-Calais	130	55	22		2	3	5	1	8	4	10	10
Pays de la Loire	88	45	13		0	NR	5	0	7	19	5	3
Picardie	35	19	7		1	0	3	0	4	3	5	5
Poitou-Charentes	40	22	6		0	0	2	0	3	0	5	0
PACA + Corse	203	93	43		NR	NR	6	0	10	8	10	10
La Réunion	3	1	1		0	0	0	0	0	1	0	1
Rhône-Alpes	177	83	35		0	2	10	3	19	6	5	20
France entière	2 078	1 126	463				112	6	169	110	110	136

° En raison des faibles effectifs, les densités ne sont pas significatives.

* Les données tirées de SIGMED, de même que celles relatives aux postes hospitalo-universitaires ainsi qu'aux agréments ne permettent pas de distinguer la gynécologie médicale de la gynécologie obstétrique.

NR = non renseigné.

Beaucoup de régions n'ont pas raisonné pour cette seule spécialité et ont globalisé leurs propositions avec celles relatives à la gynécologie obstétrique. L'analyse a été effectuée en cumulant les données pour les deux spécialités. Voir les commentaires dans la page « gynécologie obstétrique ».

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

PÉDIATRIE

	Éléments de démographie				Éléments sur encadrement et capacités de formation						Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCL-PPH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	82	35	17	32,7	16	14	0	1	6	8	20	5
Alsace	193	67	36	58,1	12	17	2	0	7	10	50	40
Aquitaine	278	102	50	53,2	7	18	4	0	7	22	35	50
Auvergne	94	37	23	43,8	5	16	3	0	2	12	25	27
Basse-Normandie	126	49	18	47,5	19	17	2	0	4	13	40	45
Bourgogne	121	46	28	43,9	6	18	2	0	4	9	30	33
Bretagne	286	83	24	50,6	6	41	5	0	8	13	50	40
Centre	225	88	44	49,6	22	35	3	1	8	17	35	40
Champagne-Ardenne	108	36	14	44,6	24	14	3	0	5	9	50	40
Franche-Comté	99	34	13	46,2	11	15	2	0	3	9	40	25
Haute-Normandie	151	57	28	43,3	11	20	4	1	5	11	35	50
Île-de-France	2 033	833	420	89,8	59	173	63	8	92	104	210	225
Languedoc-Roussillon	270	101	44	61,0	3	33	6	0	9	17	35	45
Limousin	50	20	11	46,2	3	9	1	0	2	4	15	15
Lorraine	252	105	45	61,2	17	14	5	0	7	13	45	57
Midi-Pyrénées	304	114	58	64,6	10	36	6	0	7	20	30	45
Nord-Pas-de-Calais	401	139	67	49,7	26	42	7	0	10	39	80	90
Pays de la Loire	262	94	48	39,3	10	32	5	1	8	17	50	52
Picardie	163	52	26	43,8	26	17	2	0	6	18	45	40
Poitou-Charentes	112	37	16	38,9	5	14	2	0	2	8	35	35
PACA + Corse	665	265	129	75,3	15	39	12	2	15	30	80	99
La Réunion	111	36	17	53,8	7	0	0	0	0	5	15	17
Rhône-Alpes	681	226	123	59,1	33	87	14	2	23	44	100	130
France entière	7 066	2 656	1 298	60,1	353	721	153	16	240	452	1 150	1 245

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des pédiatres âgés de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années ne serait assuré qu'à 43 %, à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici à 5 ans.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours s'améliore légèrement et atteint 47 %. Ce taux est plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Île-de-France qui présentent les densités les plus élevées (risque « d'appel d'air »).

Les capacités de stage paraissent numériquement satisfaisantes par rapport aux effectifs d'internes dans cette spécialité, mais ces mêmes services accueillent aussi de nombreux internes de médecine générale qui doivent obligatoirement effectuer un stage de pédiatrie.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100.000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	109	55	26	4,1	8	16	1	0	4	7	10	10
Alsace	224	73	38	5,4	12	8	5	0	7	7	35	38
Aquitaine	231	95	44	5,8	8	3	3	0	9	14	35	40
Auvergne	103	34	20	4,7	1	10	6	0	3	8	25	25
Basse-Normandie	110	35	11	4,4	12	4	3	0	3	6	25	25
Bourgogne	110	35	11	4,0	10	6	2	0	4	9	25	25
Bretagne	231	88	40	4,5	21	25	3	0	6	14	40	44
Centre	161	56	27	3,8	10	15	3	0	5	12	25	25
Champagne-Ardenne	99	38	18	3,9	15	3	2	0	3	6	15	20
Franche-Comté	76	32	14	3,8	8	5	2	0	3	6	20	20
Haute-Normandie	116	37	15	4,1	14	6	2	0	5	7	25	25
Île-de-France	1 364	579	284	6,6	28	48	35	2	50	49	170	180
Languedoc-Roussillon	212	67	28	4,7	4	16	6	0	6	25	25	30
Limousin	45	8	5	3,9	5	7	1	0	3	5	5	5
Lorraine	172	70	29	4,7	18	12	4	0	3	8	30	38
Midi-Pyrénées	205	77	33	5,3	12	12	3	0	4	16	30	35
Nord-Pas-de-Calais	300	88	44	4,4	29	12	5	1	8	21	75	60
Pays de la Loire	219	65	32	3,9	16	14	5	0	7	19	50	47
Picardie	138	48	19	3,9	19	5	3	0	4	10	30	25
Poitou-Charentes	112	43	19	4,1	9	6	2	0	3	6	25	25
PACA + Corse	515	213	82	6,2	21	11	6	0	10	18	55	64
La Réunion	72	17	3	3,5	5	0	0	0	0	4	15	11
Rhône-Alpes	532	181	81	5,0	35	39	10	3	19	32	65	95
France entière	5 467	2 041	931	5,1	320	283	112	6	169	309	855	912

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des gynécologues obstétriciens susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait assuré d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, à hauteur de 42 %.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours atteint 45 %. La différence modeste pourrait s'expliquer par la prise en compte de la saturation des capacités de stage. Le nombre des services est relativement faible par rapport aux effectifs d'internes (du fait notamment du regroupement des maternités), d'autant qu'il faut compter également les nombreux internes de médecine générale, qui doivent obligatoirement effectuer un stage de gynécologie obstétrique. Par ailleurs, un certain nombre de ces services n'ont pas d'activité suffisante en chirurgie gynécologique, alors qu'il s'agit d'une compétence indispensable.

Comme pour les spécialités chirurgicales, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France, qui ont une densité de professionnels supérieure, formulent des propositions qui se traduiraient par un taux de renouvellement plus faible. Cette situation pourrait entraîner un flux de diplômés vers ces régions (effet « appel d'air »).

À noter enfin la situation particulièrement défavorable des Antilles-Guyane alors que le taux de natalité y est élevé.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

BIOLOGIE MÉDICALE*

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	33	11	6	3,1	4	5	3	1	2	2	5	5
Alsace	89	23	13	4,9	2	0	11	28	7	34	10	15
Aquitaine	153	48	30	4,9	5	0	13	19	12	36	15	25
Auvergne	43	10	6	3,2	2	8	5	7	5	59	5	12
Basse-Normandie	56	20	7	3,9	4	12	5	8	4	16	5	15
Bourgogne	58	12	7	3,6	0	3	6	6	5	29	15	10
Bretagne	130	35	18	4,2	5	55	17	20	12	40	15	20
Centre	95	23	12	3,8	5	32	9	12	6	37	15	10
Champagne-Ardenne	52	11	4	3,9	3	NR	9	12	6	22	15	15
Franche-Comté	35	14	7	3,1	2	2	5	9	2	21	10	10
Haute-Normandie	69	18	13	3,8	2	1	4	8	1	15	15	25
Île-de-France	822	216	137	7,2	13	NR	107	176	61	333	65	75
Languedoc-Roussillon	154	40	19	6,1	2	7	9	22	9	56	5	15
Limousin	46	12	7	6,3	4	13	6	7	2	15	10	4
Lorraine	83	18	5	3,5	12	15	9	13	8	45	15	12
Midi-Pyrénées	132	47	23	4,8	1	NR	14	30	8	51	15	25
Nord-Pas-de-Calais	158	30	15	3,9	8	NR	14	24	6	98	20	15
Pays de la Loire	127	25	10	3,7	9	6	17	20	13	50	20	36
Picardie	51	14	7	2,7	10	0	5	13	2	16	10	10
Poitou-Charentes	59	10	5	3,4	1	1	7	9	4	6	10	10
PACA + Corse	325	71	45	6,4	6	51	26	36	8	74	20	19
La Réunion	28	9	6	3,6	2	0	0	0	0	7	5	5
Rhône-Alpes	265	49	32	4,4	9	NR	34	42	22	NR	25	60
France entière	3 063	766	434	4,9	111		335	522	205	1 062	345	448

* Biochimie & Biologie cellulaire & Bactério-virologie & Parasitologie mycologie & Immunologie.

L'appréciation de la situation de cette spécialité doit tenir compte des internes issus de la filière pharmacie, qui ne sont pas intégrés dans cette analyse.

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, les perspectives de renouvellement d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, permettraient le remplacement de 45 % des effectifs situés dans la tranche d'âge des 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années. Ces perspectives sont très supérieures en Bourgogne, Champagne-Ardenne, Limousin et Poitou-Charentes.

Les propositions régionales améliorent sensiblement ce score au niveau global et dans certaines régions (Auvergne, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Rhône-Alpes). La progression ne concerne pas, ou avec une moindre ampleur, les trois régions qui disposent des plus fortes densités par rapport à la densité moyenne nationale (Limousin, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

PSYCHIATRIE (ADULTES ET ENFANTS)

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLPH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MLCUPH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	119	48	26	11,4	37	15	1	1	2	23	5	15
Alsace	381	149	79	21,0	19	10	5	0	5	30	55	60
Aquitaine	816	390	169	26,3	46	14	4	1	4	35	70	100
Auvergne	204	91	39	15,3	20	19	2	1	3	34	40	50
Basse-Normandie	223	93	41	15,4	38	10	4	0	2	25	50	60
Bourgogne	261	119	58	16,1	28	34	1	0	1	27	45	80
Bretagne	579	221	83	18,8	57	36	4	1	7	38	95	93
Centre	404	191	84	16,1	63	21	2	0	2	24	50	60
Champagne-Ardenne	172	88	32	12,8	32	12	2	1	2	26	50	65
Franche-Comté	186	89	40	16,2	36	2	3	1	3	23	60	60
Haute-Normandie	261	119	48	14,4	45	0	2	0	1	35	60	70
Île-de-France	4 086	1 937	1 019	35,6	216	92	33	3	46	208	235	450
Languedoc-Roussillon	551	244	104	21,9	12	66	4	0	6	20	55	90
Limousin	135	53	19	18,6	10	0	2	0	3	2	25	30
Lorraine	368	118	46	15,7	43	6	3	0	4	48	70	75
Midi-Pyrénées	629	284	147	22,8	49	15	3	0	5	37	60	110
Nord-Pas-de-Calais	549	177	89	13,6	87	22	4	0	5	95	140	125
Pays de la Loire	564	208	78	16,5	32	43	5	0	6	52	100	112
Picardie	258	106	50	13,7	62	7	2	0	2	42	65	60
Poitou-Charentes	270	123	51	15,8	37	10	2	0	4	28	50	90
PACA + Corse	1 383	607	272	27,3	57	45	9	0	14	73	100	121
La Réunion	103	41	15	13,1	21	0	0	0	0	10	15	15
Rhône-Alpes	1 344	553	275	22,4	108	63	9	1	11	73	130	200
France entière	13 846	6 049	2 864	22,0	1 155	542	106	10	138	1 008	1 625	2 191

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, les perspectives de renouvellement d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, permettraient le remplacement du quart des effectifs situés dans la tranche d'âge des plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années. Les trois régions qui affichent des densités supérieures à la moyenne ont des scores de remplacement inférieurs (Aquitaine, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Les propositions régionales améliorent sensiblement ce score au niveau global. Le maintien ou la progression des perspectives de remplacement sont, notamment, sensibles dans des régions présentant une densité inférieure à la moyenne nationale (Antilles-Guyane, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes, Nord-Pas-de-Calais). La progression concerne également, avec une moindre ampleur, les trois régions qui disposent des plus fortes densités par rapport à la densité moyenne nationale.

L'importance du nombre de services agréés varie d'une région à l'autre et n'est pas corrélée avec l'importance des effectifs en activité.

La part respective des effectifs en secteur hospitalier et en secteur libéral ainsi que le taux de vacance des postes hospitaliers diffèrent selon les régions.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

MÉDECINE DU TRAVAIL

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Mbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	25	15	3	2,4	0	0	0	0	0	2	0	0
Alsace	203	82	31	11,2	0	2	1	1	1	41	10	16
Aquitaine	237	133	38	7,6	0	1	1	2	1	30	10	25
Auvergne	76	35	11	5,7	NR	1	1	1	1	14	15	15
Basse-Normandie	132	55	9	9,1	3	1	1	0	1	11	5	15
Bourgogne	94	54	23	5,8	NR	NR	1	0	0	67	5	28
Bretagne	203	96	28	6,6	NR	4	2	1	2	29	20	30
Centre	164	97	28	6,5	NR	NR	1	0	0	8	0	1
Champagne-Ardenne	89	39	10	6,6	0	3	1	0	1	22	10	15
Franche-Comté	92	50	13	8,0	NR	NR	0	1	1	25	5	13
Haute-Normandie	150	56	18	8,3	NR	1	1	1	1	22	10	20
Île-de-France	1 013	473	176	8,8	0	3	6	4	5	67	55	125
Languedoc-Roussillon	180	75	24	7,1	0	0	0	0	0	23	0	0
Limousin	62	32	9	8,6	0	0	1	1	0	10	5	17
Lorraine	202	93	31	8,6	1	0	1	0	1	34	15	34
Midi-Pyrénées	223	89	31	8,1	0	0	1	2	0	32	10	30
Nord-Pas-de-Calais	254	100	47	6,3	3	5	2	4	2	45	35	50
Pays de la Loire	316	141	43	9,2	0	4	3	1	0	33	15	61
Picardie	111	56	15	5,9	0	11	0	1	0	19	10	10
Poitou-Charentes	124	67	12	7,2	0	0	0	1	0	12	0	10
PACA + Corse	414	192	68	8,2	NR	2	1	3	1	66	30	34
La Réunion	40	17	5	5,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhône-Alpes	571	237	71	9,5	3	4	4	4	4	77	35	60
France entière	4 975	2 284	744	7,9			29	28	22	689	300	609

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, les perspectives de renouvellement d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, permettraient le remplacement de 13 % des effectifs âgés de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années. Seuls l'Auvergne et le Nord-Pas-de-Calais affichent des perspectives plus favorables.

Les propositions régionales améliorent légèrement ce score, à l'exception des Antilles-Guyane, de Languedoc-Roussillon, de La Réunion et du Centre. Ces régions, qui n'ont pas d'internes en formation ou un seul, ne proposent pas d'en former. La Réunion ne dispose pas de service agréé.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

SANTÉ PUBLIQUE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab. °	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009*	Mbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	16	3	1		1	3	0	2	0	16	5	0
Alsace	40	12	2		6	6	1	4	2	17	10	10
Aquitaine	71	21	8		7	6	5	4	3	27	20	30
Auvergne	23	5	1		2	4	2	1	0	18	15	12
Basse-Normandie	25	7	2		11	5	2	2	2	13	5	15
Bourgogne	22	4	1		1	5	2	3	2	10	5	4
Bretagne	73	26	9		6	15	3	3	4	29	5	10
Centre	24	8	2		4	6	1	2	1	20	10	10
Champagne-Ardenne	21	3	0		3	5	3	1	0	10	5	15
Franche-Comté	23	5	2		3	4	2	2	0	11	10	8
Haute-Normandie	26	12	4		2	4	3	1	1	8	10	10
Île-de-France	285	75	29		24	38	35	30	12	98	80	75
Languedoc-Roussillon	47	12	4		1	13	2	2	2	16	5	10
Limousin	13	1	0		1	0	2	0	0	8	5	1
Lorraine	63	19	1		3	4	7	3	2	18	20	22
Midi-Pyrénées	89	26	5		4	11	4	3	2	29	15	15
Nord-Pas-de-Calais	36	11	7		14	2	4	4	3	21	15	15
Pays de la Loire	46	8	2		6	10	2	2	1	49	15	23
Picardie	14	5	0		8	3	2	0	0	17	10	10
Poitou-Charentes	24	9	4		4	4	1	1	1	19	10	10
PACA + Corse	141	48	15		7	21	7	13	5	47	15	16
La Réunion	14	7	2		0	0	0	0	0	7	5	3
Rhône-Alpes	136	44	13		10	21	14	13	7	54	25	30
France entière	1 272	371	114		128	190	104	96	50	562	320	354

° En raison des faibles effectifs, les densités ne sont pas significatives.

* Épidémiologie, économie de la santé et prévention et biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication.

Si la part actuelle de la santé publique dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins de santé publique susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, déjà largement assuré.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours serait encore plus élevé et compenserait en 5 ans les départs prévisibles sur les 10 prochaines années. Cela se traduirait par une augmentation des effectifs.

Les capacités de formation sont largement supérieures aux effectifs d'internes.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLPH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	15	2	0	1,5	3	4	1	0	0	4	0	5
Alsace	48	14	9	2,6	3	2	3	4	3	4	5	5
Aquitaine	93	35	15	2,9	0	5	6	3	3	6	5	15
Auvergne	32	9	3	2,4	0	3	2	0	4	3	0	5
Basse-Normandie	28	10	6	1,9	2	4	1	0	1	3	5	20
Bourgogne	27	7	2	1,7	0	3	2	0	2	2	10	6
Bretagne	68	18	7	2,2	NR	12	1	6	3	5	5	13
Centre	50	18	8	2,0	2	8	3	3	1	5	5	8
Champagne-Ardenne	33	12	6	2,5	5	3	1	1	2	5	5	15
Franche-Comté	22	9	3	1,9	NR	4	1	1	2	3	0	10
Haute-Normandie	39	19	4	2,1	4	4	2	2	1	3	5	15
Île-de-France	386	139	70	3,3	11	30	32	44	23	49	20	50
Languedoc-Roussillon	67	21	10	2,6	0	6	2	4	4	4	0	15
Limousin	20	5	2	2,7	1	2	2	1	1	1	0	3
Lorraine	47	18	10	2,0	1	2	2	1	3	3	5	15
Midi-Pyrénées	88	31	13	3,1	0	6	4	5	3	4	10	15
Nord-Pas-de-Calais	70	13	7	1,7	2	7	4	2	5	6	10	10
Pays de la Loire	60	10	3	1,7	2	4	4	4	2	7	10	17
Picardie	23	5	4	1,2	3	1	2	1	0	3	0	5
Poitou-Charentes	36	11	5	2,1	0	1	3	0	1	3	0	10
PACA + Corse	174	51	25	3,4	2	8	0	12	4	7	5	10
La Réunion	9	5	3	1,1	3	0	7	0	0	2	0	3
Rhône-Alpes	159	48	26	2,6	0	14	7	16	4	13	15	35
France entière	1 594	510	241	2,5	44	133	92	110	72	145	120	304

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, un quart seulement des effectifs susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines serait remplacé. Cette spécialité comporte en effet une part importante de praticiens âgés de 55 ans et plus.

Les propositions régionales permettraient une accélération du renouvellement puisqu'elles aboutissent au remplacement, dès les 5 prochaines années, de 59% des effectifs âgés de 55 ans et plus (susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années). Cette amélioration globale permet à un plus grand nombre de régions d'accélérer le remplacement des effectifs de cette spécialité. Seules Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Île-de-France restent en deçà. Toutes les régions auraient des internes en formation dans cette spécialité.

Le nombre de services agréés est réduit dans de nombreuses régions.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

CARDIOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	47	22	12	4,5	7	11	0	0	3	5	10	10
Alsace	207	62	33	11,4	4	9	5	0	4	8	35	25
Aquitaine	331	112	52	10,7	11	7	8	1	12	14	30	45
Auvergne	111	49	22	8,3	3	11	3	0	4	9	15	25
Basse-Normandie	107	31	10	7,4	11	7	2	0	2	9	40	30
Bourgogne	133	47	20	8,2	11	9	2	0	3	10	20	29
Bretagne	248	68	32	8,0	6	26	8	1	6	8	40	40
Centre	217	74	25	8,7	13	16	4	0	4	10	15	25
Champagne-Ardenne	92	35	17	6,9	17	6	2	0	3	11	10	20
Franche-Comté	74	21	8	6,5	10	5	3	0	1	6	15	15
Haute-Normandie	116	37	21	6,4	6	5	3	1	3	7	15	25
Île-de-France	1 517	572	316	13,2	31	56	36	6	39	62	135	175
Languedoc-Roussillon	246	76	29	9,8	0	17	5	0	4	11	30	40
Limousin	74	25	8	10,2	10	7	1	0	3	6	20	13
Lorraine	219	63	31	9,4	23	14	4	0	6	9	45	30
Midi-Pyrénées	299	115	56	10,9	6	9	4	0	5	12	20	40
Nord-Pas-de-Calais	372	112	58	9,2	26	15	7	0	5	23	60	55
Pays de la Loire	231	73	35	6,7	14	15	5	0	7	15	40	37
Picardie	146	34	15	7,7	19	8	4	0	3	14	25	15
Poitou-Charentes	148	44	17	8,6	11	8	1	0	3	5	25	25
PACA + Corse	750	296	133	14,8	19	9	8	0	11	16	65	56
La Réunion	60	18	9	7,7	NR	0	0	0	0	2	5	9
Rhône-Alpes	523	140	78	8,7	23	37	14	0	17	43	65	85
France entière	6 268	2 126	1 037	9,9	281	307	129	9	148	315	780	869

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, un peu plus du tiers seulement des effectifs susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines serait remplacé. Ce score global recouvre des situations régionales très variées, une majorité de régions présentant un score égal ou supérieur à la moitié, alors que certaines, comme Midi-Pyrénées ou La Réunion, n'atteignent pas 20%. La situation actuelle n'apparaît pas corrélée avec la densité de médecins, variable selon les régions.

Les propositions régionales conduisent globalement à un meilleur score de remplacement des cessations d'activité. En grande partie, l'amélioration est le fait de régions qui présentent aujourd'hui des densités inférieures à la moyenne (à l'exception des Pays de la Loire et de la Picardie, qui ont pourtant un nombre équilibré de services agréés par rapport aux effectifs en activité). Celles, à l'inverse, dont les densités sont actuellement au-dessus de la moyenne font généralement des propositions qui tendent à ralentir le rythme des remplacements.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

DERMATOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	43	17	10	4,1	0	7	1	0	2	5	5	5
Alsace	127	44	23	7,0	3	1	2	0	3	3	5	10
Aquitaine	218	80	22	7,0	1	5	3	0	5	5	10	20
Auvergne	57	17	8	4,3	0	3	2	0	1	2	15	10
Basse-Normandie	66	17	5	4,6	0	1	1	1	1	1	10	5
Bourgogne	75	27	11	4,6	0	2	1	0	1	2	15	12
Bretagne	162	57	19	5,3	NR	3	2	0	3	5	10	20
Centre	120	33	9	4,8	1	3	3	0	2	2	10	9
Champagne-Ardenne	64	17	8	4,8	0	2	2	0	2	3	10	15
Franche-Comté	64	26	7	5,6	NR	5	2	0	2	1	10	20
Haute-Normandie	84	23	10	4,6	2	2	2	0	1	1	10	15
Île-de-France	1 170	476	213	10,2	1	17	19	4	17	17	65	65
Languedoc-Roussillon	174	54	27	6,9	0	5	3	1	3	2	20	25
Limousin	34	10	2	4,7	0	1	2	0	1	1	10	5
Lorraine	115	36	20	4,9	1	2	2	0	2	3	20	20
Midi-Pyrénées	193	75	25	7,0	0	7	2	0	2	5	10	15
Nord-Pas-de-Calais	191	52	29	4,7	2	3	2	1	3	4	15	15
Pays de la Loire	152	48	19	4,4	2	6	3	1	3	3	20	22
Picardie	64	17	6	3,4	0	2	1	0	2	1	5	10
Poitou-Charentes	77	30	8	8,6	0	2	1	0	1	1	5	25
PACA + Corse	464	183	81	9,2	0	3	5	0	8	8	35	35
La Réunion	25	12	6	3,2	NR	0	0	0	0	0	0	6
Rhône-Alpes	385	135	55	6,4	2	8	7	0	8	6	35	60
France entière	4 124	1 486	623	6,7	15	90	68	8	73	81	350	444

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, un quart seulement des effectifs susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines serait remplacé.

Les propositions régionales aboutiraient à une légère amélioration globale du taux de remplacement par rapport à ce que l'on pourrait attendre du prolongement de la situation actuelle. Les deux régions qui ont les plus fortes densités par rapport à la moyenne (Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ne s'inscrivent pas dans cette tendance à l'amélioration. Poitou-Charentes, en revanche, maintient un score très élevé en dépit de sa déjà bonne position par rapport à la densité moyenne nationale.

Cette spécialité, qui s'exerce très majoritairement en dehors du cadre hospitalier, dispose, hormis dans quelques régions, d'un faible nombre de stages agréés pour recevoir des internes. La Réunion n'a aucun service agréé.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

ENDOCRINOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	16	6	3	1,5	1	4	0	0	0	5	0	5
Alsace	35	6	1	1,9	2	0	3	0	1	4	5	7
Aquitaine	71	23	8	2,3	3	2	2	0	3	7	5	20
Auvergne	23	4	2	1,7	0	1	2	0	1	4	5	5
Basse-Normandie	20	3	0	1,4	3	1	1	0	1	7	10	5
Bourgogne	27	6	4	1,7	1	3	2	0	2	6	10	5
Bretagne	44	3	0	1,4	NR	4	2	0	2	3	10	15
Centre	41	10	3	1,6	0	6	1	0	1	3	0	3
Champagne-Ardenne	31	3	2	2,3	4	3	2	0	2	7	10	10
Franche-Comté	24	5	1	2,1	1	1	1	0	1	4	5	5
Haute-Normandie	19	1	1	4,6	1	5	2	0	2	7	15	15
Île-de-France	404	100	32	3,5	3	14	19	6	26	38	45	45
Languedoc-Roussillon	94	23	9	3,7	1	4	3	0	6	10	15	20
Limousin	19	3	1	2,6	1	3	1	0	1	2	5	3
Lorraine	35	5	0	4,9	2	6	3	0	3	5	15	5
Midi-Pyrénées	111	22	4	4,0	2	8	3	0	5	7	25	5
Nord-Pas-de-Calais	99	20	2	2,4	9	5	4	0	3	19	20	25
Pays de la Loire	56	4	0	1,6	3	7	3	0	2	3	25	25
Picardie	29	3	0	1,5	4	3	0	0	1	8	15	10
Poitou-Charentes	23	2	0	4,5	0	1	1	0	1	3	10	3
PACA + Corse	191	46	18	3,6	NR	5	5	0	3	13	5	11
La Réunion	13	2	1	1,7	NR	0	0	0	0	2	5	2
Rhône-Alpes	142	23	12	2,4	8	9	6	0	9	16	40	15
France entière	1 567	323	104	2,8	49	95	66	6	76	183	300	263

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait assuré à 93% d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours. Dans de nombreuses régions, les internes en formation permettent d'ores et déjà d'envisager une forte augmentation des effectifs. Cette situation provient de l'effet conjugué de la faiblesse et de la jeunesse des effectifs dans cette spécialité.

Les propositions régionales confirmeraient une même tendance à la hausse, mais celle-ci serait ralentie dans trois des régions qui présentent les plus fortes densités (Lorraine, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes). Les régions qui proposent une accélération du taux de remplacement sont, dans un grand nombre de cas, des régions qui présentent une densité d'endocrinologues inférieure à la moyenne. Les Antilles-Guyane et le Centre, qui n'ont aucun interne en formation dans cette spécialité, proposent d'en former.

De nombreuses régions présentent un nombre réduit de stages agréés.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	34	11	5	1,5	2	5	0	0	2	3	0	5
Alsace	108	28	9	1,9	0	5	5	0	4	6	15	10
Aquitaine	174	51	28	2,3	1	4	4	0	4	11	5	25
Auvergne	54	14	4	1,7	5	2	3	0	2	6	10	5
Basse-Normandie	71	18	6	1,4	5	4	2	0	2	9	15	10
Bourgogne	73	26	7	1,7	4	3	2	0	2	8	10	12
Bretagne	170	43	21	1,4	6	14	9	0	6	14	30	29
Centre	122	24	9	1,6	5	13	2	1	2	8	5	9
Champagne-Ardenne	65	18	4	2,3	3	4	3	0	1	10	10	10
Franche-Comté	63	26	9	2,1	2	9	2	0	2	7	15	15
Haute-Normandie	98	30	9	4,6	4	8	2	0	3	6	25	20
Île-de-France	794	245	109	3,5	24	52	44	3	43	46	50	55
Languedoc-Roussillon	152	45	21	3,7	1	6	4	0	4	7	10	15
Limousin	36	11	3	2,6	6	3	1	0	2	4	10	8
Lorraine	104	26	11	4,9	7	5	2	0	2	6	15	15
Midi-Pyrénées	150	45	18	4,0	3	6	4	0	3	10	25	20
Nord-Pas-de-Calais	190	47	27	2,4	14	6	4	0	3	19	25	25
Pays de la Loire	162	37	13	1,6	7	12	5	1	7	8	15	28
Picardie	95	29	15	1,5	6	8	1	0	2	8	10	15
Poitou-Charentes	78	21	9	4,5	4	3	2	0	2	6	15	10
PACA + Corse	361	113	42	3,6	7	15	9	1	7	14	20	19
La Réunion	29	8	1	1,7	1	0	0	0	0	3	0	1
Rhône-Alpes	283	65	28	2,4	11	14	10	0	14	27	25	35
France entière	3466	981	408	2,8	128	201	120	6	119	246	360	396

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, un tiers environ du remplacement des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait assuré d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours. Des différences importantes existent entre les régions.

Les propositions régionales aboutiraient à une légère amélioration globale du taux de remplacement. Le score à mi-parcours, plus faible en Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Picardie, serait amélioré. Actuellement plus élevé en Basse et Haute-Normandie et Limousin, le score de remplacement, en revanche, serait diminué (ou maintenu comme en Bretagne) sur la base des propositions formulées. Cette dernière région dispose d'un nombre de services agréés équivalent à celui de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour un effectif de médecins en activité qui ne représente que la moitié de celui de cette région.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab. °	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (†)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	1	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Alsace	11	1	1		2	1	2	5	0	10	5	5
Aquitaine	8	1	1		0	2	2	2	2	2	5	5
Auvergne	0	0	0		1	1	1	0	1	5	0	1
Basse-Normandie	1	1	0		0	1	0	1	1	1	5	5
Bourgogne	2	0	0		0	2	2	1	0	2	0	3
Bretagne	5	0	0		NR	NR	3	1	2	7	5	8
Centre	6	2	1		0	3	0	0	1	7	0	1
Champagne-Ardenne	5	2	0		0	1	1	1	0	5	0	5
Franche-Comté	2	1	0		1	NR	0	0	1	2	0	1
Haute-Normandie	2	0	0		NR	NR	1	1	1	2	0	5
Île-de-France	54	19	11		5	7	22	21	11	35	0	10
Languedoc-Roussillon	5	0	0		0	4	3	3	1	4	5	10
Limousin	2	0	0		0	1	0	0	0	2	0	0
Lorraine	5	1	1		0	1	2	1	1	3	0	1
Midi-Pyrénées	5	1	1		0	2	2	1	1	2	0	5
Nord-Pas-de-Calais	7	1	0		0	3	2	4	2	3	5	5
Pays de la Loire	9	2	1		0	4	2	3	3	4	0	10
Picardie	1	1	0		0	1	1	1	0	4	0	5
Poitou-Charentes	1	1	0		0	0	1	1	0	3	0	3
PACA + Corse	11	2	2		2	4	6	4	3	4	0	5
La Réunion	1	0	0		1	0	0	0	0	1	0	0
Rhône-Alpes	17	3	1		0	4	5	5	3	6	5	10
France entière	161	39	20		12	42	58	56	34	114	35	102

° En raison des faibles effectifs, les densités ne sont pas significatives.

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des départs serait déjà assuré d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours. Cette situation provient de l'effet conjugué du nombre très faible en même temps que de la jeunesse des effectifs dans cette spécialité.

Les propositions régionales affirment encore davantage cette tendance qui devrait aboutir à une croissance très significative des effectifs. Ce résultat global repose en fait sur un nombre limité de régions. La plupart des régions n'ont aucun interne en formation actuellement dans cette spécialité, dont l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Trois régions ne proposent pas d'en former bien qu'elles disposent, hormis Antilles-Guyane, de services agréés.

(†) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

HÉMATOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab. °	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009*	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009*	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	4	0	0		1	6	0	0	0	1	0	0
Alsace	8	2	1		1	5	3	0	2	5	5	7
Aquitaine	14	1	1		1	3	6	3	5	5	0	5
Auvergne	6	1	0		0	1	2	1	3	3	5	1
Basse-Normandie	7	0	0		1	4	2	1	1	8	0	5
Bourgogne	6	2	1		1	5	3	0	2	3	0	3
Bretagne	17	2	1		NR	9	4	4	4	8	0	15
Centre	8	1	0		1	5	3	1	2	4	0	5
Champagne-Ardenne	4	1	0		3	1	2	2	1	6	0	5
Franche-Comté	13	2	1		2	6	1	1	2	4	0	5
Haute-Normandie	6	0	0		2	4	2	1	2	5	5	10
Île-de-France	122	26	14		4	30	46	49	43	35	35	35
Languedoc-Roussillon	14	2	1		0	5	3	4	5	8	0	10
Limousin	5	0	0		0	4	3	1	2	2	5	3
Lorraine	8	3	3		0	1	6	1	2	6	5	6
Midi-Pyrénées	8	1	1		1	5	5	3	2	11	5	10
Nord-Pas-de-Calais	22	5	2		4	1	7	1	5	11	15	15
Pays de la Loire	19	0	0		1	12	9	3	6	5	15	15
Picardie	6	0	0		1	3	3	0	0	11	5	10
Poitou-Charentes	12	0	0		2	5	2	2	2	2	0	3
PACA + Corse	23	2	2		3	13	7	8	7	17	5	10
La Réunion	5	1	0		NR	0	0	0	0	2	0	0
Rhône-Alpes	35	3	0		4	17	11	7	10	18	10	15
France entière	372	55	28		33	145	130	93	108	180	115	192

° En raison des faibles effectifs, les densités ne sont pas significatives.

* Discipline: Hématologie transfusion.

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, cette spécialité verrait ses effectifs augmenter de 15 %.

Les propositions régionales affirment encore davantage cette tendance qui aboutirait à une croissance très significative des effectifs. L'essentiel de la croissance repose sur quelques régions seulement, dont l'Île-de-France, qui rassemble aujourd'hui le tiers des effectifs en activité. De nombreuses régions qui n'ont aucun interne en formation dans cette spécialité proposent d'en former: Bourgogne, Aquitaine, Centre, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes. Toutes les régions ont des services agréés.

(1) Les prévisions de effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

MÉDECINE INTERNE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	23	10	9	2,2	1	8	1	0	0	8	0	5
Alsace	107	41	25	5,8	0	9	7	0	2	17	10	15
Aquitaine	116	53	20	3,7	2	9	11	0	5	23	10	15
Auvergne	47	21	12	3,5	1	4	3	0	3	3	10	15
Basse-Normandie	22	10	5	1,5	4	3	1	1	1	4	10	10
Bourgogne	62	32	18	3,8	5	7	3	1	2	19	5	20
Bretagne	106	46	20	3,4	7	15	7	0	4	16	10	20
Centre	82	35	16	3,3	2	7	3	0	2	17	5	18
Champagne-Ardenne	32	18	12	2,4	1	NR	2	0	1	13	10	15
Franche-Comté	31	11	5	2,7	NR	2	2	0	2	11	5	8
Haute-Normandie	53	23	7	2,9	4	7	4	0	2	5	5	30
Île-de-France	700	300	172	6,1	15	76	41	4	43	58	80	70
Languedoc-Roussillon	102	39	20	4,0	0	18	8	0	5	19	20	30
Limousin	30	14	3	4,1	4	4	3	0	2	6	0	10
Lorraine	93	41	19	4,0	3	11	5	0	2	28	5	17
Midi-Pyrénées	82	31	17	3,0	5	9	9	0	2	23	5	15
Nord-Pas-de-Calais	88	35	18	2,2	2	3	3	1	5	15	20	20
Pays de la Loire	102	34	16	3,0	5	9	6	1	6	21	10	28
Picardie	53	23	14	2,8	1	4	3	0	0	13	5	10
Poitou-Charentes	58	25	6	3,4	2	2	4	0	2	12	10	10
PACA + Corse	185	86	51	3,7	6	16	12	0	7	43	20	29
La Réunion	13	4	3	1,7	1	0	0	0	0	2	0	3
Rhône-Alpes	235	125	76	3,9	4	24	9	3	10	18	35	70
France entière	2 422	1 057	564	3,7	75	247	147	11	108	394	290	483

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, à mi-parcours, moins de 30% des effectifs seraient remplacés.

Les propositions régionales d'internes à former dans cette spécialité prévoient des effectifs beaucoup plus importants que ceux qui sont actuellement en formation, ce qui aboutit à une amélioration très sensible du taux de remplacement, sauf en Île-de-France, qui affiche des propositions très en deçà de ce qui permettrait d'assurer le remplacement des départs. Mais on peut aussi noter que la densité de médecins internistes est beaucoup forte dans cette région qu'en moyenne nationale et que dans toutes les autres régions.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	2	0	0	0,2	2	1	1	0	1	2	5	5
Alsace	9	1	1	0,5	0	1	3	9	2	5	10	10
Aquitaine	19	7	5	0,6	0	1	4	8	4	5	5	10
Auvergne	6	0	0	0,5	NR	0	3	4	0	3	0	6
Basse-Normandie	10	4	0	0,7	0	1	2	2	1	4	5	5
Bourgogne	17	4	1	1,0	NR	0	1	2	2	4	10	3
Bretagne	23	2	0	0,7	7	3	5	4	4	3	5	10
Centre	21	12	7	0,8	3	1	5	5	1	4	5	7
Champagne-Ardenne	7	0	0	0,5	0	NR	1	1	0	4	5	5
Franche-Comté	6	3	2	0,5	1	1	1	0	1	2	0	3
Haute-Normandie	12	1	1	0,7	2	0	1	1	1	1	5	15
Île-de-France	99	42	16	0,9	5	14	21	35	20	28	10	25
Languedoc-Roussillon	23	5	4	0,9	2	7	5	3	2	6	15	10
Limousin	6	0	0	0,8	1	3	1	1	1	1	5	1
Lorraine	22	9	8	0,9	0	0	3	5	5	4	10	14
Midi-Pyrénées	19	1	1	0,7	2	2	3	8	1	6	5	5
Nord-Pas-de-Calais	37	7	2	0,9	3	0	3	7	4	5	10	10
Pays de la Loire	25	8	3	0,7	1	6	3	4	2	6	5	10
Picardie	13	4	2	0,7	0	2	1	2	1	1	5	5
Poitou-Charentes	14	0	0	0,8	2	3	1	3	1	2	10	10
PACA + Corse	44	15	8	0,9	1	3	4	7	2	7	15	14
La Réunion	1	0	0	0,1	1	0	0	0	0	1	0	0
Rhône-Alpes	60	17	8	1,0	3	8	8	10	7	9	5	11
France entière	495	142	69	0,8	36	57	80	121	63	113	150	193

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, cette spécialité connaîtrait une croissance de ses effectifs dans les prochaines années puisque, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, elle remplacerait déjà la quasi-totalité des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années.

Les propositions régionales confirment cette tendance portée par presque toutes les régions, à l'exception de la Bourgogne et du Limousin.

(1) **Les prévisions des effectifs en formation** formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	13	5	3	1,2	5	3	0	0	0	4	0	5
Alsace	79	40	18	4,3	1	2	1	0	1	5	5	12
Aquitaine	124	59	30	4,0	4	1	4	1	1	12	10	20
Auvergne	23	4	1	1,7	NR	1	0	0	0	4	0	5
Basse-Normandie	44	17	3	3,0	4	1	1	0	0	4	0	15
Bourgogne	27	11	6	1,7	2	1	2	0	2	2	0	12
Bretagne	126	50	14	4,1	6	5	2	0	2	29	5	14
Centre	32	17	5	1,3	4	2	1	0	0	6	0	10
Champagne-Ardenne	19	12	6	1,4	1	4	1	0	0	5	10	15
Franche-Comté	23	10	2	2,0	3	1	0	1	0	2	5	10
Haute-Normandie	22	13	6	1,2	2	0	1	0	1	2	5	15
Île-de-France	292	113	58	2,5	7	25	10	0	12	31	15	50
Languedoc-Roussillon	138	61	29	5,5	1	14	2	0	3	8	5	30
Limousin	15	6	2	2,1	3	1	2	1	1	3	0	5
Lorraine	91	30	12	3,9	4	0	2	0	0	8	15	10
Midi-Pyrénées	114	47	13	4,1	5	2	2	1	1	7	5	15
Nord-Pas-de-Calais	125	52	24	3,1	9	3	1	1	1	29	10	25
Pays de la Loire	92	37	14	2,7	3	5	2	0	2	16	15	24
Picardie	37	13	5	2,0	6	3	1	0	0	5	5	5
Poitou-Charentes	40	19	10	2,3	2	2	1	0	1	5	0	30
PACA + Corse	228	98	44	4,5	NR	5	3	0	3	13	5	14
La Réunion	21	8	1	2,7	1	0	0	0	0	3	5	2
Rhône-Alpes	179	56	23	3,0	8	21	5	0	4	16	15	35
France entière	1 904	778	329	3,0	81	102	44	5	35	219	135	377

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, la situation à mi-parcours permettrait le remplacement de seulement 17% des effectifs âgés de plus de 55 ans, du fait de l'importance de la part des praticiens de cette tranche d'âge. Seules les régions Champagne-Ardenne et, dans une moindre mesure, la Lorraine se distinguent avec des perspectives de renouvellement plus favorables. Antilles-Guyane, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Limousin et Poitou-Charentes n'ont aucun interne en formation dans cette spécialité alors que certaines de ces régions affichent des densités basses par rapport à la moyenne nationale.

Les propositions régionales vont dans le sens d'un accroissement significatif des postes en lien avec les besoins en soins de suite et de réadaptation qui vont croissants (vieillesse, maladies chroniques invalidantes, traumatisés crâniens...).

Les régions sont diversement dotées de services agréés.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

NÉPHROLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	16	10	5	1,5	4	0	1	0	2	2	0	5
Alsace	31	3	1	1,7	1	5	2	0	2	5	15	15
Aquitaine	54	21	13	1,7	4	5	2	0	3	3	10	15
Auvergne	28	10	3	2,1	3	2	1	0	1	4	0	5
Basse-Normandie	24	7	1	1,7	2	3	2	0	1	5	20	15
Bourgogne	26	4	2	1,6	4	5	2	0	1	5	0	5
Bretagne	55	17	7	1,8	7	13	3	1	2	8	15	14
Centre	46	12	1	1,8	2	9	2	0	2	5	10	15
Champagne-Ardenne	26	12	3	1,9	3	5	1	0	1	3	10	15
Franche-Comté	23	5	3	2,0	3	3	1	0	1	4	10	10
Haute-Normandie	33	8	4	1,8	0	5	1	0	2	7	10	5
Île-de-France	277	85	48	2,4	6	28	17	7	18	28	50	45
Languedoc-Roussillon	63	25	8	2,5	1	10	2	0	2	6	10	15
Limousin	23	6	3	3,2	2	3	2	0	1	2	0	3
Lorraine	41	10	4	1,8	5	2	3	0	1	7	10	10
Midi-Pyrénées	65	26	9	2,4	4	11	4	1	3	8	15	15
Nord-Pas-de-Calais	66	13	6	1,6	12	4	3	0	2	16	30	25
Pays de la Loire	76	19	9	2,2	3	7	3	0	3	7	5	13
Picardie	31	6	1	1,6	5	7	1	0	2	5	5	10
Poitou-Charentes	29	8	3	1,7	3	5	2	0	1	5	5	15
PACA + Corse	116	30	13	2,3	6	10	5	0	4	5	5	11
La Réunion	21	4	2	2,7	2	0	0	0	0	2	5	2
Rhône-Alpes	126	31	12	2,1	9	19	8	0	7	22	30	30
France entière	1 296	372	161	2,1	91	161	68	9	62	164	270	313

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le taux de remplacement des effectifs âgés de 55 ans serait de 75 % à mi-parcours, c'est-à-dire d'ici à 5 ans. Ce score global connaît de fortes variations selon les régions. Antilles-Guyane, Auvergne, Bourgogne et Limousin, par exemple, n'ont en effet pas d'internes en formation dans cette spécialité.

Les propositions régionales tendent à une progression du nombre d'internes. En particulier, des régions qui n'ont pas d'internes en formation actuellement ou qui affichent des perspectives moins favorables formulent des propositions à la hausse susceptibles de redresser la situation : Auvergne, Pays de la Loire, Limousin, Poitou-Charentes par exemple.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

NEUROLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PLU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	20	6	3	1,9	3	8	1	0	0	3	5	5
Alsace	67	12	3	3,7	3	6	5	0	3	4	20	15
Aquitaine	107	26	11	3,5	5	7	5	0	6	13	10	15
Auvergne	33	4	2	2,5	1	7	2	0	2	5	0	5
Basse-Normandie	36	9	1	2,5	5	4	2	1	2	12	5	15
Bourgogne	42	11	3	2,6	3	6	2	0	3	3	20	13
Bretagne	79	11	3	2,6	7	27	3	0	3	13	15	18
Centre	54	14	6	2,2	7	8	2	0	2	4	5	15
Champagne-Ardenne	22	4	1	1,6	5	4	2	0	0	4	5	15
Franche-Comté	33	3	0	2,9	4	4	2	1	1	8	5	8
Haute-Normandie	50	13	5	2,8	10	9	2	1	2	5	20	25
Île-de-France	449	100	39	3,9	17	64	26	1	32	49	55	125
Languedoc-Roussillon	82	18	10	3,3	3	20	4	0	5	11	15	25
Limousin	27	4	2	3,7	2	4	3	0	2	5	10	2
Lorraine	49	14	3	2,1	0	8	3	0	2	8	10	13
Midi-Pyrénées	101	23	4	3,7	5	12	5	1	4	17	10	10
Nord-Pas-de-Calais	132	17	6	3,3	18	11	5	0	6	15	40	25
Pays de la Loire	87	22	5	2,5	2	14	3	2	5	10	20	20
Picardie	40	3	1	2,1	12	4	2	0	3	7	10	15
Poitou-Charentes	44	11	2	2,6	5	3	2	1	2	3	10	10
PACA + Corse	172	47	19	3,4	8	20	7	1	8	17	10	15
La Réunion	14	5	4	1,8	3	0	0	0	0	2	5	4
Rhône-Alpes	212	44	19	3,5	7	38	13	1	15	31	35	25
France entière	1 952	421	152	3,1	135	288	101	10	108	249	340	437

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, à mi-parcours, les trois quarts des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années seraient remplacés.

Les propositions régionales confirment ces perspectives positives pour cette spécialité. L'Auvergne, qui n'a pas d'interne en formation dans cette spécialité, propose d'en former et certaines régions, tels le Centre et Champagne-Ardenne, qui présentent des densités inférieures à la moyenne nationale, formulent des propositions qui permettraient un redressement de leur situation. À l'inverse, Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, qui ont des densités supérieures à la moyenne nationale, ralentissent l'effort de remplacement.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

ONCOLOGIE MÉDICALE ET RADIOTHÉRAPIE

Région	Éléments de démographie										Éléments sur encadrement et capacités de formation							Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif oncologues méd. en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif radiothéra. en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Total effectifs en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Dont oncologie médicale âgés de 55 ans et plus	Dont radiothérapie âgés de 55 ans et plus	Dont oncologie médicale âgés de 60 ans et plus	Dont radiothérapie âgés de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab (oncologie médicale + radiothérapie)	Nombre de postes PH temps plein vacants oncologie médicale au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes PH temps plein vacants radiothérapie au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein oncologie médicale en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein radiothérapie en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH cancérologie radiothérapie au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH cancérologie radiothérapie au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU cancérologie radiothérapie au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés oncologie médicale	Nbre services agréés radiothérapie	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	2	7	9	0	3	0	1	0,9	1	5	1	4	0	0	0	13	4	5	5
Alsace	23	10	33	10	4	2	2	1,8	3	2	4	1	5	3	1	5	3	15	20
Aquitaine	30	40	70	5	14	3	5	2,2	4	2	3	4	8	0	7	9	4	10	30
Auvergne	14	16	30	1	5	1	2	2,2	2	2	0	0	3	0	2	2	2	5	15
Basse-Normandie	12	17	29	6	5	1	1	2,0	4	0	0	0	2	0	1	12	2	5	15
Bourgogne	18	13	31	4	5	1	1	1,9	3	NR	0	NR	4	0	3	5	1	10	8,5
Bretagne	22	26	48	4	8	1	3	1,5	7	6	3	1	5	0	6	10	4	15	24
Centre	19	23	42	6	6	3	2	1,7	5	1	5	7	4	0	2	6	NR	10	5
Champagne-Ardenne	12	14	26	5	3	2	1	1,9	1	0	NR	NR	2	0	1	3	2	5	15
France-Comté	6	12	18	1	4	0	1	1,6	3	3	2	3	3	0	3	4	1	10	10
Haute-Normandie	14	17	31	3	5	2	3	1,7	4	NR	0	0	1	0	1	4	1	10	20
Île-de-France	164	163	327	55	72	30	37	2,8	15	4	24	9	42	6	37	67	10	55	50
Languedoc-Roussillon	16	35	51	1	9	0	5	2,0	0	0	2	0	5	1	3	14	3	15	15
Limousin	6	7	13	3	4	1	0	1,8	0	5	5	0	2	0	2	4	2	5	3
Lorraine	25	22	47	3	10	1	1	2,0	0	3	2	0	4	1	2	8	4	20	20
Mid-Pyrénées	27	30	57	1	12	0	6	2,0	7	1	0	0	7	1	2	4	1	10	15
Nord-Pas-de-Calais	27	33	60	3	9	1	2	1,5	7	1	0	0	3	2	1	17	1	5	40
Pays de la Loire	35	37	72	6	12	2	4	2,1	0	0	3	NR	5	1	4	11	3	15	20
Picardie	8	17	25	2	5	1	1	1,3	3	3	2	1	1	0	0	17	3	5	15
Poitou-Charentes	13	24	37	1	8	0	5	2,1	4	3	4	3	2	1	2	7	4	10	30
PCA + Corse	70	57	127	13	20	6	13	2,4	4	2	6	1	13	4	4	26	9	25	34
La Réunion	3	6	9	0	2	0	1	1,1	NR	NR	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Rhône-Alpes	72	56	128	9	14	3	4	2,1	9	5	8	6	15	2	12	34	6	25	25
France entière	638	682	1320	142	239	61	101	2,1	86	48	74	40	136	22	96	284	72	290	434

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, les trois quarts des effectifs âgés de 55 ans et plus seraient remplacés d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours.

Les propositions régionales améliorent ce score, notamment dans les régions qui présentent des densités inférieures à la moyenne nationale (Bretagne, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Picardie notamment). Seule La Réunion, qui n'a pas d'interne en formation, ne propose pas d'en former.

Le nombre de services agréés est parfois très réduit pour la radiothérapie.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

PNEUMOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	10	2	1	1,0	6	4	0	0	1	2	0	5
Alsace	93	26	16	5,1	3	6	3	0	4	4	20	12
Aquitaine	116	26	11	3,7	5	2	3	0	2	9	5	15
Auvergne	44	13	5	3,3	1	3	1	0	1	4	0	5
Basse-Normandie	57	15	2	3,9	6	8	1	0	2	10	5	10
Bourgogne	72	23	7	4,4	3	6	2	0	1	8	10	8
Bretagne	138	33	13	4,5	6	17	3	1	3	14	20	20
Centre	87	34	14	3,5	8	10	2	0	1	9	5	15
Champagne-Ardenne	49	19	4	3,7	9	4	1	0	1	10	10	10
Franche-Comté	48	13	8	4,2	2	2	2	0	1	8	0	13
Haute-Normandie	79	25	10	4,4	8	9	3	0	3	9	15	20
Île-de-France	565	160	60	4,9	18	39	28	3	31	41	70	75
Languedoc-Roussillon	135	43	15	5,4	1	10	4	0	2	7	5	15
Limousin	39	12	5	5,4	1	3	2	0	1	4	0	6
Lorraine	100	28	9	4,3	7	8	3	0	5	12	10	20
Midi-Pyrénées	137	51	23	5,0	4	8	3	0	3	10	10	15
Nord-Pas-de-Calais	178	42	15	4,4	13	6	4	1	3	19	30	35
Pays de la Loire	123	37	11	3,6	3	15	5	0	3	8	25	23
Picardie	67	31	11	3,6	5	6	1	0	1	9	10	15
Poitou-Charentes	61	17	4	3,6	2	6	1	0	2	7	5	10
PACA + Corse	301	108	42	5,9	5	10	6	1	5	14	15	21
La Réunion	19	6	3	2,4	1	0	0	0	0	2	0	3
Rhône-Alpes	257	73	23	4,3	8	20	9	0	9	27	40	30
France entière	2 775	837	312	4,4	125	202	87	6	85	247	310	400

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, un tiers seulement des effectifs âgés de plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années pourraient être remplacés, en raison notamment de l'importance des effectifs de cette tranche d'âge.

Les propositions régionales améliorent ce score. Cinq régions n'ayant aucun interne en formation, Antilles-Guyane, Auvergne, Franche-Comté, Limousin et La Réunion, proposent d'en former sur la période 2009-2013.

Si toutes les régions ont des services agréés pour accueillir des internes, leur nombre, relativement aux effectifs en activité, varie fortement d'une région à l'autre (cf., par exemple, les situations respectives du Languedoc-Roussillon et de la Bretagne).

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

RADIODIAGNOSTIC

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité ou 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH ou 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU ou 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	72	28	15	6,9	15	5	0	0	1	5	5	5
Alsace	266	101	55	14,6	18	13	5	2	7	12	35	25
Aquitaine	436	134	59	14,1	24	10	7	0	9	11	30	35
Auvergne	136	50	27	10,2	14	9	2	0	3	9	20	25
Basse-Normandie	155	50	21	10,7	24	8	4	1	2	11	15	20
Bourgogne	157	70	31	9,7	20	6	2	1	2	9	25	33
Bretagne	337	115	48	10,9	27	22	5	0	5	13	25	40
Centre	263	88	37	10,5	28	25	5	0	4	11	15	35
Champagne-Ardenne	135	47	22	10,1	29	3	2	1	1	7	10	20
Franche-Comté	118	34	12	10,3	15	10	2	1	2	8	15	20
Haute-Normandie	176	59	32	9,7	24	13	3	0	4	9	25	35
Île-de-France	1 880	660	323	16,4	88	112	56	8	79	66	110	125
Languedoc-Roussillon	392	129	62	15,6	9	28	7	0	10	12	30	30
Limousin	69	22	8	9,5	13	8	2	0	2	6	10	12
Lorraine	268	105	51	11,5	30	8	6	1	7	10	35	42
Midi-Pyrénées	361	138	61	13,1	20	13	6	0	6	14	30	60
Nord-Pas-de-Calais	447	122	62	11,1	42	11	7	0	11	25	70	60
Pays de la Loire	317	94	37	9,3	21	20	5	1	8	12	40	34
Picardie	166	51	18	8,8	29	7	4	0	1	8	30	20
Poitou-Charentes	187	74	20	10,9	14	6	2	0	3	7	20	20
PACA + Corse	829	328	155	16,4	26	20	12	0	14	21	55	52
La Réunion	81	24	9	10,3	1	0	0	0	0	3	0	9
Rhône-Alpes	751	197	87	12,5	60	37	15	4	21	34	65	95
France entière	7 999	2 720	1 252	12,7	591	394	159	20	202	323	715	851

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le quart seulement des effectifs âgés de plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait remplacé d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, en raison notamment de l'importance de ces effectifs de cette tranche d'âge.

Les propositions régionales n'infléchissent qu'à la marge cette tendance pour une spécialité qui s'exerce de façon majoritaire en secteur libéral (66%). Les écarts de densité sont assez marqués. Plus forte dans les régions méridionales et en Île-de-France, mais aussi en Alsace, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, la densité semble assez sensible à l'importance des structures hospitalières.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

RHUMATOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PL-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	21	9	5	2,0	0	1	1	0	1	1	0	5
Alsace	64	20	7	3,5	1	1	2	1	1	3	15	14
Aquitaine	96	38	21	3,1	0	0	2	0	2	7	15	20
Auvergne	57	19	7	4,3	1	2	2	0	1	4	10	10
Basse-Normandie	50	14	4	3,5	2	3	1	0	1	2	10	10
Bourgogne	38	15	5	2,3	1	0	2	0	1	2	5	8
Bretagne	138	48	20	4,5	NR	5	4	1	2	9	5	20
Centre	83	26	13	3,3	4	6	2	1	1	3	5	13
Champagne-Ardenne	54	18	10	4,0	1	3	1	0	1	2	5	10
Franche-Comté	34	9	1	3,0	2	2	1	0	1	3	10	2
Haute-Normandie	60	12	5	3,3	4	2	2	0	2	3	15	20
Île-de-France	666	263	129	5,8	4	17	18	5	22	21	35	40
Languedoc-Roussillon	141	48	22	5,6	0	5	3	0	5	5	20	20
Limousin	27	6	2	3,7	1	1	1	0	1	3	10	4
Lorraine	77	32	12	3,3	0	1	2	1	2	2	5	14
Midi-Pyrénées	143	48	20	5,2	0	2	4	1	5	11	15	25
Nord-Pas-de-Calais	123	27	17	3,0	2	4	3	0	2	5	10	15
Pays de la Loire	108	34	15	3,2	3	5	3	0	3	6	15	17
Picardie	51	21	14	2,7	2	3	1	0	1	2	5	10
Poitou-Charentes	53	14	5	3,1	0	4	1	0	1	3	10	10
PACA + Corse	265	115	53	5,2	1	4	4	1	6	7	10	12
La Réunion	13	4	1	1,7	NR	0	0	0	0	0	0	1
Rhône-Alpes	287	87	38	4,8	4	10	8	0	5	13	15	40
France entière	2 649	927	426	4,2	33	81	68	11	67	117	245	339

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, les perspectives de renouvellement d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours, permettraient le remplacement du quart des effectifs âgés de plus de 55 ans susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années. Seules l'Auvergne et le Nord-Pas-de-Calais affichent des perspectives plus favorables.

Les propositions régionales améliorent sensiblement ce score, à l'exception des Antilles-Guyane, de Languedoc-Roussillon, de La Réunion et du Centre. Ces régions, qui n'ont pas d'internes en formation, ou un seul, ne proposent pas d'en former. La Réunion ne dispose pas de service agréé.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DESC DE CHIRURGIE

Région	Éléments de démographie										Éléments sur encadrement et capacités de formation										Effectifs en formation période 2009-2013
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants pour chirurgie générale et DESC au 1 ^{er} janvier 2009	Dont nombre de postes PH temps plein en chirurgie générale vacants	Nbre de postes budgétés PH temps plein en CHU en chirurgie générale et DESC au 1 ^{er} janvier 2009	Dont nombre de postes PH temps plein en CHU en chirurgie générale	Nombre de PU-PH* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH en chirurgie générale* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH en chirurgie générale* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU en chirurgie générale* au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de services agréés pour chirurgie générale et DESC	Dont services agréés en chirurgie générale	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales			
Antilles-Guyane	117	43	24	11,2	12	2	41	1	3	0	1	0	14	2	51	27	0	20			
Alsace	323	101	53	17,8	22	6	28	4	28	6	1	0	27	9	59	29	70	82			
Aquitaine	535	190	83	17,3	11	2	22	0	24	2	1	0	27	0	84	45	105	105			
Auvergne	214	88	42	16,1	4	NR	10	1	14	1	0	0	12	0	47	29	35	49			
Basse-Normandie	220	78	35	15,2	20	0	15	0	12	1	1	0	11	1	41	27	40	35			
Bourgogne	258	79	36	15,9	15	5	12	0	11	3	2	1	12	6	40	23	40	51			
Bretagne	457	139	62	14,8	31	5	50	NR	24	2	0	0	23	6	55	26	75	86			
Centre	335	129	61	13,4	19	3	41	NR	14	1	1	0	14	0	51	17	60	60			
Champagne-Ardenne	204	73	33	15,2	25	5	18	NR	9	2	0	0	10	2	31	17	35	45			
Franche-Comté	175	61	29	15,3	16	3	21	1	15	2	0	0	11	1	34	22	60	16			
Haute-Normandie	244	78	36	13,5	18	2	15	0	14	1	0	0	14	0	35	18	50	65			
Île-de-France	2 459	951	563	21,4	81	3	103	3	152	25	9	1	182	43	218	141	245	295			
Languedoc-Roussillon	474	164	73	18,8	3	0	46	2	22	3	1	0	22	5	76	39	65	50			
Limousin	145	41	17	20,0	14	0	14	1	11	0	1	0	9	0	39	18	25	8			
Lorraine	358	109	46	15,3	29	6	14	1	20	3	0	0	22	4	78	54	70	69			
Midi-Pyrénées	512	202	90	18,6	18	3	22	1	27	3	1	0	27	3	91	40	80	75			
Nord-Pas-de-Calais	579	171	79	14,3	49	9	26	2	24	5	0	0	28	8	124	50	160	140			
Pays de la Loire	531	154	72	15,5	13	0	41	1	23	3	1	0	30	3	67	32	120	108			
Picardie	243	72	31	12,9	30	3	20	1	13	1	0	14	2	56	25	30	85	85			
Poitou-Charentes	263	83	35	15,4	9	2	13	1	11	2	0	0	10	2	35	16	60	38			
PIA + Corse	1 160	374	186	22,9	32	3	46	5	52	4	4	1	43	5	146	59	130	146			
La Réunion	94	23	13	12,0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	14	8	15	12	12			
Rhône-Alpes	1 082	312	166	18,0	53	5	69	3	68	14	1	0	63	8	190	87	155	160			
France entière	10 982	3 715	1 865	17,4	526	68	687	28	591	84	30	3	625	110	1 662	745	1 725	1 799			

* Les spécialités chirurgicales intégrées dans les données ADELI et SIGMED et les effectifs HU sont les suivantes : chirurgie générale, chirurgie maxillo-faciale et stomato, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie thoracique et cardiaque, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale. NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait assuré à 55 % d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours reste identique (56%). Les régions, dans l'ensemble, n'ont donc pas répercuté la hausse du numerus clausus et ont plutôt maintenu les chiffres absolus actuels. Plusieurs régions proposent de réduire les postes par rapport à 2008 : Bretagne, Franche-Comté, Limousin, Poitou-Charentes et Nord-Pas-de-Calais, compte tenu notamment de la saturation des capacités de formation. Parmi les régions où le remplacement des effectifs de 55 ans et plus sur la période 2009-2013 est sensiblement inférieur à 50 %, certaines affichent des densités supérieures à la moyenne, comme l'Île-de-France et le Languedoc-Roussillon (d'où un risque « d'appel d'air ») ou le Limousin, et d'autres des densités inférieures (La Réunion, Franche-Comté). Deux régions se distinguent par des propositions en augmentation et très élevées par rapport aux départs prévisibles : Haute-Normandie et Picardie. Elles se caractérisent également par des densités faibles de chirurgiens.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

NEUROCHIRURGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab. °	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	4	0	0		3	4	0	0	3	3	0	0
Alsace	14	6	3		2	3	2	0	2	2	5	6
Aquitaine	23	6	3		NR	4	4	0	0	2	5	5
Auvergne	8	3	0		NR	3	2	0	1	2	5	3
Basse-Normandie	10	2	2		0	3	2	0	1	1	0	5
Bourgogne	5	2	0		1	1	2	0	0	1	0	3
Bretagne	13	4	2		NR	5	4	0	1	2	5	7
Centre	13	2	1		0	8	1	0	2	3	0	1
Champagne-Ardenne	9	4	2		1	2	2	0	1	1	5	5
Franche-Comté	4	2	1		2	2	1	0	1	1	5	1
Haute-Normandie	10	6	3		0	2	1	0	1	1	5	5
Île-de-France	75	26	15		2	14	17	0	11	11	15	15
Languedoc-Roussillon	28	7	6		0	4	3	0	2	3	5	5
Limousin	8	3	0		2	2	1	0	1	1	0	2
Lorraine	11	1	0		0	4	3	0	2	2	0	2
Midi-Pyrénées	20	8	6		1	6	3	0	3	4	5	5
Nord-Pas-de-Calais	27	8	4		2	5	4	0	3	1	5	5
Pays de la Loire	18	6	2		2	6	3	0	1	3	5	10
Picardie	5	2	1		0	2	1	0	0	1	0	5
Poitou-Charentes	5	1	1		0	4	2	0	0	1	10	3
PACA + Corse	39	14	10		NR	7	7	2	4	8	0	8
La Réunion	6	2	1		NR	0	0	0	0	1	0	1
Rhône-Alpes	49	13	8		2	12	6	0	4	12	5	12
France entière	404	130	73		20	103	71	2	44	67	85	114

° En raison des faibles effectifs, les densités ne sont pas significatives.

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années serait assuré à 70 % d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours est encore plus élevé (90 %), ce qui se traduirait par une augmentation forte des effectifs.

Le nombre de services paraît adapté aux besoins de formation des régions.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

OPHTALMOLOGIE

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	70	29	14	6,7	3	3	1	0	2	2	10	5
Alsace	149	59	25	8,2	2	1	3	0	3	3	15	15
Aquitaine	303	122	62	9,8	1	2	2	0	4	8	20	30
Auvergne	115	48	23	8,6	NR	3	2	0	2	3	10	20
Basse-Normandie	102	36	17	7,0	2	3	1	0	2	1	10	5
Bourgogne	113	54	22	7,0	1	0	1	0	3	1	10	23
Bretagne	238	81	31	7,7	5	3	4	0	3	6	20	31
Centre	167	59	24	6,7	4	5	2	0	2	3	10	15
Champagne-Ardenne	71	34	14	5,3	1	1	1	0	1	3	10	10
Franche-Comté	70	32	14	6,1	2	1	2	0	2	3	15	14
Haute-Normandie	120	54	20	6,6	3	4	2	0	2	2	10	15
Île-de-France	1 513	592	268	13,2	9	19	20	2	24	38	100	95
Languedoc-Roussillon	248	80	36	9,8	0	10	3	0	4	5	15	20
Limousin	55	24	11	7,6	2	1	2	0	2	3	5	10
Lorraine	162	52	24	6,9	4	4	3	0	3	4	20	27
Midi-Pyrénées	242	94	30	8,8	1	3	4	0	3	3	20	15
Nord-Pas-de-Calais	242	86	41	6,0	9	6	2	0	3	9	40	40
Pays de la Loire	253	72	26	7,4	5	5	2	0	3	6	20	30
Picardie	108	38	15	5,7	1	4	2	0	2	4	15	15
Poitou-Charentes	115	42	13	6,7	1	2	2	0	1	4	15	10
PACA + Corse	601	212	88	11,9	6	5	6	1	7	11	25	41
La Réunion	40	11	7	5,1	NR	0	0	0	0	1	0	7
Rhône-Alpes	516	200	78	8,6	5	6	10	0	9	13	50	90
France entière	5 612	2 114	905	8,9	67	91	77	3	87	136	465	583

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années ne serait assuré qu'à hauteur de 22 % d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours reste bas (28 %) même si les propositions régionales tendent à l'améliorer, sauf pour 3 régions (Antilles-Guyane, Basse-Normandie et Midi-Pyrénées).

Le faible taux de renouvellement envisagé en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur est associé à des densités beaucoup plus élevées que la moyenne dans ces deux régions. Il existe de ce fait un risque de flux vers ces deux régions (effet « appel d'air »). Les propositions relativement élevées en Lorraine (permettant en théorie un remplacement à mi-parcours de 50 % de la tranche d'âge des 55 ans et plus) coexistent avec une densité faible. À l'inverse, la Basse-Normandie et Poitou-Charentes, qui ont aussi une densité inférieure à la moyenne, demandent une réduction des postes par rapport à 2008, ce qui peut être rapproché de leur faible nombre de services agréés pour cette spécialité. Globalement, les capacités de formation sont très hétérogènes selon les régions, trois régions rassemblant à elles seules près de la moitié des services (Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de MCU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nbre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des propositions régionales
Antilles-Guyane	70	29	14	6,7	3	3	1	0	2	2	10	5
Alsace	149	59	25	8,2	2	1	3	0	3	3	15	15
Aquitaine	303	122	62	9,8	1	2	2	0	4	8	20	30
Auvergne	115	48	23	8,6	NR	3	2	0	2	3	10	20
Basse-Normandie	102	36	17	7,0	2	3	1	0	2	1	10	5
Bourgogne	113	54	22	7,0	1	0	1	0	3	1	10	23
Bretagne	238	81	31	7,7	5	3	4	0	3	6	20	31
Centre	167	59	24	6,7	4	5	2	0	2	3	10	15
Champagne-Ardenne	71	34	14	5,3	1	1	1	0	1	3	10	10
Franche-Comté	70	32	14	6,1	2	1	2	0	2	3	15	14
Haute-Normandie	120	54	20	6,6	3	4	2	0	2	2	10	15
Île-de-France	1 513	592	268	13,2	9	19	20	2	24	38	100	95
Languedoc-Roussillon	248	80	36	9,8	0	10	3	0	4	5	15	20
Limousin	55	24	11	7,6	2	1	2	0	2	3	5	10
Lorraine	162	52	24	6,9	4	4	3	0	3	4	20	27
Midi-Pyrénées	242	94	30	8,8	1	3	4	0	3	3	20	15
Nord-Pas-de-Calais	242	86	41	6,0	9	6	2	0	3	9	40	40
Pays de la Loire	253	72	26	7,4	5	5	2	0	3	6	20	30
Picardie	108	38	15	5,7	1	4	2	0	2	4	15	15
Poitou-Charentes	115	42	13	6,7	1	2	2	0	1	4	15	10
PACA + Corse	601	212	88	11,9	6	5	6	1	7	11	25	41
La Réunion	40	11	7	5,1	NR	0	0	0	0	1	0	7
Rhône-Alpes	516	200	78	8,6	5	6	10	0	9	13	50	90
France entière	5 612	2 114	905	8,9	67	91	77	3	87	136	465	583

NR = non renseigné.

Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années ne serait assuré qu'à hauteur de 28% d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours.

Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours s'élève à 34%.

Parmi les régions dont les propositions aboutissent à un plus faible taux de renouvellement à mi-parcours, certaines présentent une faible densité, comme La Réunion, le Centre et la Bourgogne, mais aussi d'autres qui sont bien dotées en terme de densité, comme Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon (risque « d'appel d'air »).

La plupart des régions qui ont un taux de renouvellement plus favorable ont aussi une densité plus faible (sauf l'Aquitaine).

Les capacités de formation paraissent adaptées aux effectifs d'internes, même augmentés.

(1) Les prévisions des effectifs en formation formulées « sur la base de la situation observée en 2008 » se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

CONTRIBUTION 3

**QUELLES PERSPECTIVES
POUR LA DÉMOGRAPHIE
MÉDICALE ?**

Introduction

La France comptait environ 50 000 médecins en exercice au début des années soixante, 140 000 au début des années quatre-vingt et 208 000 en 2006. L'évolution du nombre de médecins en activité dépend, chaque année, du nombre de médecins qui commencent à exercer et du nombre de médecins qui cessent définitivement leur activité, notamment parce qu'ils partent à la retraite. Jusqu'à aujourd'hui, les entrées ont toujours été largement supérieures aux sorties d'activité. Cependant, suite au resserrement du *numerus clausus* à partir de la fin des années soixante-dix, le nombre de nouveaux médecins entrant dans la vie active chaque année a commencé à décroître à partir du milieu des années quatre-vingt-dix. Le relèvement progressif du *numerus clausus* engagé à partir de 1999 commence seulement à faire sentir ses effets mais ils sont pour l'instant modestes. Les jeunes médecins qui entreront dans la vie active dans les années à venir appartiennent certes à des promotions correspondant à des *numerus clausus* croissants, mais inférieurs à ceux de leurs aînés proches de la retraite, voire très nettement inférieurs pour ceux qui commencent à exercer. Au contraire, les médecins qui cesseront définitivement leur activité dans les prochaines années appartiennent à des générations qui ont connu des *numerus clausus* élevés, voire à des générations antérieures à l'instauration du *numerus clausus*, elles aussi plutôt nombreuses.

La population médicale va, en conséquence, diminuer inéluctablement dans les années à venir. Toutes les spécialités ne seront pas affectées de la même façon : elles ont chacune leur démographie propre, fruit des mesures et comportements passés. La répartition des médecins sur le territoire va également se modifier en profondeur, sous l'effet des décisions prises par les pouvoirs publics, de comportements individuels, mais également de l'attractivité propre à chaque territoire. Si l'histoire démographique des dix prochaines années est déjà largement écrite s'agissant en particulier de l'effectif de médecins en activité, en revanche, les évolutions à plus long terme dépendront en grande partie des décisions prises aujourd'hui en matière de *numerus clausus* et de répartition des postes aux épreuves classantes nationales notamment.

Piloter la démographie médicale est une tâche particulièrement complexe. D'une part, l'évolution du nombre de médecins résulte de la combinaison de différents facteurs, institutionnels (*numerus clausus*, répartition des postes d'interne, etc.), mais aussi individuels (délais d'installation, choix de la spécialité, migrations interrégionales, décisions de départ en retraite, etc.), qu'il convient de prendre en compte simultanément. D'autre part, compte tenu de la lenteur

des ajustements de la démographie médicale, les leviers traditionnels de régulation du nombre de médecins et de leur répartition entre spécialités et territoires que sont le *numerus clausus* et la répartition des postes aux ECN n'ont pas d'impact sur les déséquilibres ou les inégalités actuels. En revanche, les décisions prises en la matière sont susceptibles d'avoir des conséquences à long terme fortes et durables. Les pouvoirs publics doivent donc s'appuyer sur une vision prospective tant de l'offre que de la demande de soins médicaux et non sur les seules inégalités ou besoins constatés actuellement pour piloter efficacement la démographie médicale¹.

1. Cette étude s'appuie sur K. Attal-Toubert, Vanderschelden M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n° 12.

R

ésultats des projections pour l'ensemble des médecins

Les projections sont l'un des outils mobilisables pour éclairer les tendances et les enjeux de la démographie médicale. La DREES réalise à intervalles réguliers de tels exercices. Ceux-ci ne sont pas des prévisions, mais une tentative de modélisation et de quantification de différents scénarios permettant d'éclairer la décision publique. De fait, un des principaux intérêts des projections réside dans la comparaison des différents scénarios : en faisant varier un par un les facteurs institutionnels et individuels qui influencent la démographie médicale, on peut mettre en évidence le poids relatif et la portée temporelle de chacun d'eux. L'exercice de projections dont les résultats sont présentés dans cet article a donc consisté à simuler la réalisation de différents scénarios reposant chacun sur des hypothèses spécifiques (encadré 1).

ENCADRÉ 1 : LE MODÈLE DE PROJECTION

Le modèle employé pour réaliser le présent exercice de projections (2008) est une nouvelle version du modèle utilisé par la DREES jusqu'en 2004, dont la première version avait été élaborée conjointement par l'INED et la DREES en 2000.

Le modèle produit des effectifs projetés de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, celle-ci allant de 2007 à 2030 pour l'exercice réalisé en 2008. Ces effectifs sont ventilés par spécialité, âge, sexe, région d'exercice, mode d'exercice et zone d'exercice.

Les médecins actifs au début de la période de projection sont ceux inscrits à l'Ordre des médecins au 31 décembre 2006. Les autres données utilisées par le modèle sont principalement les résultats des épreuves classantes nationales (ECN), produits par le Centre national de gestion, les données du système SISE de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance relatives aux étudiants en médecine, les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE.

Le champ retenu est celui des médecins actifs y compris les médecins remplaçants. En revanche, les médecins ayant cessé temporairement leur activité ne sont pas comptabilisés parmi les médecins en activité.

L'élaboration de la version 2008 du modèle a permis d'actualiser toutes les données utilisées comme entrées par le modèle, de mieux prendre en compte les évolutions récentes, notamment les ECN, et de modéliser les changements de région, de mode et de zone d'exercice, ainsi que les cessations temporaires et les reprises d'activité.

Le modèle simule l'évolution des effectifs de médecins actifs année après année jusqu'en 2030, de façon agrégée jusqu'à l'entrée en troisième cycle des études médicales, puis individuellement (méthode de « microsimulation »).

L'un de ces scénarios, dit « tendanciel », sert de référence. Ce scénario repose sur l'hypothèse de comportements constants (encadré 2). Les pouvoirs publics sont supposés ne pas modifier leur politique actuelle et les étudiants et médecins effectuer les mêmes choix qu'au cours du passé récent jusqu'au terme de la période de projection. Cette hypothèse prolonge les tendances observées sans être évidemment la plus probable. Les pouvoirs publics vont bien évidemment continuer à prendre les mesures nécessaires pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population. De même, les médecins adapteront probablement

leur comportement de choix de région d'installation ou de départ en retraite aux évolutions de la démographie médicale, mais aussi à l'attractivité des territoires. Ainsi, le scénario tendanciel ne doit pas être considéré comme une prévision. Par contraste avec ce scénario tendanciel, les variantes, qui consistent à modifier à chaque fois une hypothèse (encadré 3), permettent d'isoler et d'évaluer l'effet potentiel d'un changement de comportement ou d'une mesure d'ajustement.

ENCADRÉ 2 : LES HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO TENDANCIEL

Les scénarios présentés dans cette publication ont été élaborés notamment avec le concours de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements des médecins constants. Par exemple, les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement ou d'abandon des études médicales, d'absence aux épreuves classantes nationales (ECN), etc., ou encore les comportements des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active en ce qui concerne le choix de leur région, de leur mode ou de leur zone d'exercice sont supposés identiques à ceux observés au cours des dernières années. Le *numerus clausus* est fixé à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008, 7 600 en 2009, 7 800 en 2010 et 8 000 de 2011 à 2020. Il est ensuite supposé décroître avec un pas de 100 de 2021 à 2030, pour atteindre 7 000 en 2030.

La répartition régionale du *numerus clausus* est supposée identique à celle constatée en 2007 pour chaque année de la période de projection. Il en est de même de la répartition par discipline et par région des postes ouverts aux ECN. Le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats aux ECN est supposé constant de 2007 à 2030 et égal à celui observé en 2007 (0,953).

La répartition supposée des postes ouverts aux ECN entre la médecine générale et les autres disciplines est la suivante : 53,4 % de postes ouverts en médecine générale en 2007 (proportion observée) et 55 % de 2008 à 2030. La répartition par discipline des postes ouverts dans les disciplines autres que la médecine générale est quant à elle supposée identique à celle de 2007 jusqu'en 2030, tandis que les répartitions des diplômés des disciplines « spécialités chirurgicales » et « spécialités médicales » par spécialité sont présumées identiques aux répartitions moyennes observées sur les 3 dernières années.

Les flux internationaux de médecins actifs, entrants et sortants, sont supposés nuls, mais les flux d'étudiants en médecine entre la France et l'étranger sont pris en compte, de même que les départs vers l'étranger de jeunes médecins diplômés en France, avant leur entrée dans la vie active. Les médecins diplômés à l'étranger et inscrits à l'Ordre au 31 décembre 2006 sont également comptabilisés dans les effectifs de médecins actifs au début de la période de projection.

Le taux de fuite, c'est-à-dire le pourcentage de médecins diplômés qui n'exerceront jamais la médecine, est fixé à 3 % sur toute la période.

Les effectifs médicaux devraient baisser de près de 10 % d'ici à 2019, avant de revenir à leur niveau actuel en 2030...

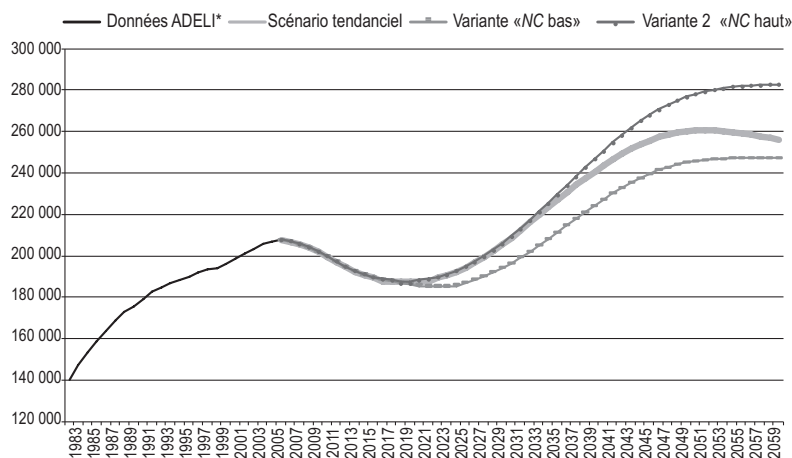
Dans le scénario tendanciel, le *numerus clausus* est fixé par hypothèse à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008 (valeurs observées), puis augmenté progressivement jusqu'à 8 000 en 2011, niveau auquel il est maintenu jusqu'en 2020, avant d'être diminué petit à petit pour atteindre 7 000 en 2030. Les comportements des médecins (choix du lieu et du mode d'installation, cessations temporaires d'activité...)

et les décisions politiques (répartition des postes aux ECN par spécialité et par région...) sont supposés identiques sur toute la période de projection à ceux actuellement observés.

Sous ces hypothèses, le nombre de médecins actifs passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7 %, à un rythme de plus en plus soutenu jusqu'en 2012, puis de plus en plus lent pendant les sept années suivantes (graphique 1). L'évolution des effectifs médicaux d'ici à 2019 est largement inéluctable. En effet, elle résulte presque entièrement de décisions déjà prises. La longueur des études de médecine est telle que pratiquement tous les médecins qui exerceront à cette date ont déjà commencé leurs études. Le volume des futures installations est donc relativement facile à prévoir. En outre, les départs en retraite dans les dix prochaines années sont modélisés de façon fiable dans les projections de la DREES dans la mesure où les comportements de cessation d'activité sont peu susceptibles de se modifier fortement à cet horizon (graphique 2).

GRAPHIQUE 1

NOMBRE DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « NC BAS » ET « NC HAUT »

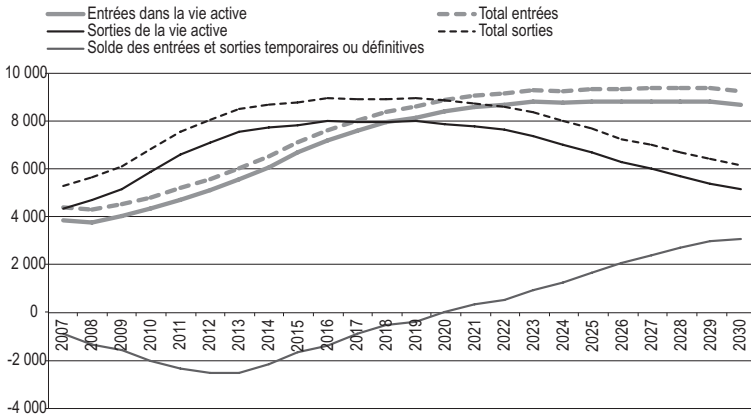


* Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent : il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité mais inclut les médecins exerçant dans les DOM-TOM.

Source : ADELI pour les années 1983 à 2006. Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour 2006, traitement DREES, projections DREES.

GRAPHIQUE 2

**NOMBRE D'ENTRÉES ET DE SORTIES DÉFINITIVES OU TEMPORAIRES DE LA VIE ACTIVE
D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL**



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Source : Projections DREES.

Au-delà de 2019, les évolutions de la démographie médicales sont très sensibles aux hypothèses faites sur l'évolution du *numerus clausus* dans les années à venir. Dans le scénario tendanciel, après 2019, les effectifs médicaux repartiraient à la hausse, croissant de plus en plus vite, pour revenir à un niveau proche de leur niveau actuel en 2030 (206 000). Sur la période 2006-2030, ils diminueraient donc de 1 % seulement.

ENCADRÉ 3 : LES VARIANTES

Chacune des variantes simulées diffère du scénario tendanciel par une seule hypothèse.

Variante « NC bas »

La différence entre la variante *numerus clausus* bas et le scénario tendanciel porte sur le niveau retenu pour le *numerus clausus*, fixé à 7 100 pour 2007, 7 300 pour 2008, 7 200 en 2009, 7 100 en 2010 et 7 000 à partir de 2011.

Variante « NC haut »

Alors que le *numerus clausus* passe de 8 000 à 7 000 entre 2021 et 2030 dans le scénario tendanciel, il est maintenu à 8 000 au-delà de 2020 dans la variante « NC haut ».

Variante « médecine générale »

Elle diffère du scénario tendanciel par l'hypothèse faite sur la part des postes proposés en médecine générale parmi l'ensemble des postes ouverts en première année d'internat, à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). Celle-ci, qui était fixée à 55 % à partir de 2008 pour le scénario tendanciel, est augmentée progressivement pour la variante « médecine générale » : elle reste fixée à 53,4 % en 2007 (valeur observée) et passe toujours à 55 % en 2008, mais est supposée égale à 57 % en 2009, à 59 % en 2010 et à 60 % à partir de 2011.

Pour la variante « médecine générale » comme pour le scénario tendanciel, la répartition par discipline des postes vacants en première année d'internat à l'issue de la procédure d'affectation est supposée constante et identique à celle observée actuellement. On suppose donc qu'une modification de la répartition par discipline des postes ouverts n'induit pas de modification de la répartition par discipline des postes non pourvus, ce qui constitue une limite de la variante « médecine générale ».

Variante « rééquilibrage régional »

Pour cette variante, la part des postes ouverts aux ECN dans une région parmi ceux ouverts dans une discipline donnée est corrigée de façon inversement proportionnelle à l'écart entre la densité régionale et la densité nationale de médecins de cette discipline observé en 2006 (écart mesuré par le rapport entre ces deux densités). Plus précisément, la nouvelle répartition régionale des postes ouverts aux ECN dans chaque discipline a été définie en appliquant à la répartition actuelle un coefficient inversement proportionnel à l'écart de la densité régionale à la densité nationale (France y compris DOM) et maintenue constante pendant toute la période de projection. Il a été jugé préférable de définir la nouvelle répartition à partir d'une situation existante, pour prendre en compte au moins en partie les capacités de formation des régions.

Compte tenu de la durée du troisième cycle des études médicales (trois ans pour la médecine générale, 4 à 5 ans pour les autres spécialités) et du délai à l'entrée dans la vie active, l'impact de cette mesure sur l'effectif de médecins en activité apparaît environ 6 ou 7 ans après le début de la période de projection, lorsque plusieurs promotions concernées par le changement sont entrées dans la vie active.

Comme la variante « médecine générale », la variante « rééquilibrage régional » présente une limite : la répartition par région (et par discipline) des postes non pourvus à l'issue des ECN est supposée inchangée. Ainsi, on suppose que, si on accroît le nombre de postes ouverts dans une région ou détrimment d'une autre région, tous les postes supplémentaires de la région sont pourvus, puisque le nombre total de postes non pourvus n'est pas modifié. Cette hypothèse forte conduit donc sans doute à majorer l'effet qu'aurait dans la réalité une telle mesure.

Variantes « rééquilibrage régional avec ajustements »

La variante « rééquilibrage régional » présente deux inconvénients. D'abord, la nouvelle répartition des postes ouverts aux ECN sur laquelle elle s'appuie est définie en fonction des inégalités régionales actuelles en matière de densité médicale. Or, compte tenu du « délai d'impact » d'une modification de la répartition des postes ouverts aux ECN, il n'est possible de corriger que les inégalités qui existeront dans 6 ou 7 ans. C'est donc par rapport à ces dernières que la nouvelle répartition des postes ouverts aux ECN doit être définie. Les densités futures ne sont pas connues, mais elles peuvent être approchées par les valeurs produites par le scénario tendanciel. Par ailleurs, la nouvelle répartition définie dans la variante « rééquilibrage régional » est maintenue constante pendant toute la période de projection, alors que, peu à peu, la répartition régionale des médecins actifs se modifie. Aussi, il a semblé plus pertinent de définir une variante qui simule les effets d'un ajustement de la répartition régionale des postes ouverts aux ECN s'adaptant au fur et à mesure aux évolutions des écarts régionaux à la densité nationale.

Une série de variantes dites « avec ajustements » ont donc été mises au point. Elles comportent plusieurs étapes qui s'emoitent :

1. Variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007 » : une nouvelle répartition régionale des postes ouverts aux ECN est définie à partir de la répartition actuelle, modifiée de façon inversement proportionnelle aux écarts entre les densités régionales et la densité nationale projetées en 2014 avec le scénario tendanciel (soit 7 ans après le début de la période de projection). Cette nouvelle répartition est appliquée pendant toute la période de projection.

2. Variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007 et un en 2012 » : une deuxième simulation est réalisée, dans laquelle la répartition des postes ouverts aux ECN est identique à celle de la variante avec un seul ajustement entre 2007 et 2011. Puis, à partir de 2012, une nouvelle répartition est définie à partir de celle-ci, modifiée de façon inversement proportionnelle aux écarts entre les densités régionales et la densité nationale projetées en 2019 avec la variante avec un seul ajustement. Cette nouvelle répartition est appliquée pendant tout le reste de la période de projection.

3. Variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007, un en 2012 et un en 2017 » : une dernière simulation est réalisée, dans laquelle les répartitions des postes ouverts aux ECN sont identiques à celles de la variante avec seulement deux ajustements sur les périodes 2007-2011 et 2012-2016. Puis, à partir de 2017, une nouvelle répartition est définie à partir de la répartition de la variante avec deux ajustements pour la période 2012-2016, modifiée de façon inversement proportionnelle aux écarts entre les densités régionales et la densité nationale projetées en 2024 avec la variante avec deux ajustements. Cette nouvelle répartition est appliquée pendant tout le reste de la période de projection.

■ ... mais cette baisse transitoire s'accompagnerait d'une hausse du nombre des internes

Les effectifs de médecins actifs projetés ne tiennent pas compte des internes. Or, ces derniers, dans le cadre des stages qu'ils effectuent, participent à la prise en charge des patients, pour la plupart en milieu hospitalier. L'augmentation de leur nombre au cours de la période de projection devrait être très rapide et importante, soulevant le problème des moyens de formation et des lieux de stage. Le nombre d'internes en formation, d'environ 20 000 au début de la période de projection, doublerait en moins d'une dizaine d'années et dépasserait les 40 000 dès 2017. Cette augmentation interviendrait concomitamment avec la baisse de l'effectif médical au cours de la première moitié de la période de projection. Même si les internes ne remplissent pas les mêmes fonctions que les médecins de plein exercice, en particulier ils ne sauraient intervenir en dehors de leur service hospitalier, on observe que le nombre de médecins actifs augmenté du nombre d'internes en formation serait en effet stable jusqu'au début des années 2020 (graphique 3).

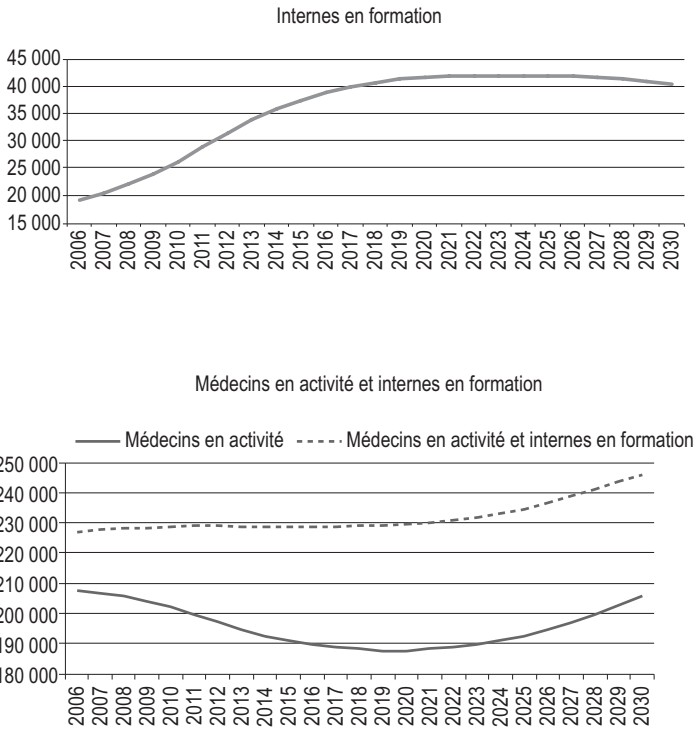
Au début des années 2020, le nombre d'internes se stabiliserait, puis il diminuerait très légèrement dans la deuxième moitié des années 2020 (l'effectif médical serait alors croissant), au moment où les étudiants appartenant aux générations correspondant aux *numerus clausus* décroissants des années 2020 entameraient leur troisième cycle. Il resterait cependant supérieur à 40 000 en 2030.

■ Le *numerus clausus* : un levier aux effets lents mais forts et durables sur l'effectif médical

Les effets d'une correction significative du *numerus clausus* ne sont nettement perceptibles qu'à partir d'un délai de l'ordre d'une quinzaine d'années. Ce n'est en effet que lorsque plusieurs promotions soumises successivement à des *numerus clausus* accrus (ou réduits) entrent dans la vie active que les effectifs de médecins en activité se trouvent sensiblement modifiés. Par ailleurs, les poursuites d'études en diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) et le délai à l'entrée dans la vie active, plus ou moins long, retardent parfois l'effet des variations du *numerus clausus* sur les effectifs de médecins actifs. Ainsi, l'impact d'un retour rapide du *numerus clausus* à 7 000 (variante « NC bas »), bien qu'intervenant dès 2009, ne commencerait à être sensible que vers 2020. Le nombre de médecins en activité en 2021 serait inférieur d'environ 2 000 médecins à ce qu'il serait dans le scénario tendanciel. Il serait inférieur de 5 000 médecins environ en 2024 et de 12 000 médecins environ en 2030. De même, le maintien du *numerus clausus* à 8 000 au-delà de 2020 (variante « NC haut ») serait sans conséquence avant 2030 sur le nombre de médecins actifs, qui ne commencerait à diverger nettement de celui correspondant au scénario tendanciel que vers 2035.

GRAPHIQUE 3

**NOMBRE D'INTERNES EN FORMATION ET DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ
D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL**



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, et internes inscrits à la préparation du diplôme d'État de docteur en médecine (diplôme d'études spécialisées), France entière.

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), SISE (Système d'information sur le suivi de l'étudiant de la DEPP), traitement DREES, projections DREES.

Le modèle fournit également des effectifs de médecins jusqu'en 2060. Les projections à si long terme ne visent évidemment pas le réalisme. L'exercice a été mené à seule fin d'illustrer la portée temporelle des décisions publiques. Elles montrent, en effet, que les décisions actuelles sur le choix du *numerus clausus* se répercuteront encore à cette date. Selon le scénario tendanciel, le nombre de médecins actifs atteindrait un maximum de 260 000 au début des années 2050 (encadré 4). Après 2052, l'effectif de médecins en exercice diminuerait à nouveau légèrement. Les effets des ajustements opérés sur le *numerus clausus* sont donc lents, mais à très long terme ils peuvent être particulièrement forts (graphique 1).

Il faut enfin prêter attention à l'impact de variations heurtées du *numerus clausus*. Si elles ne sont pas conçues en fonction d'une cible de long terme, parfois

compliquée à atteindre en raison du poids du passé, elles peuvent conduire à des déséquilibres importants entre entrées et sorties de la vie active et induire des évolutions heurtées de l'effectif médical. L'évolution projetée du nombre de médecins en activité entre 2006 et 2030 en est l'illustration.

ENCADRÉ 4 : PROJECTIONS À 2030 : UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA MOBILITÉ DES PARCOURS

La préparation d'un nouvel exercice de projection des effectifs de médecin a paru nécessaire compte tenu des changements intervenus récemment dans la régulation (relèvement du *numerus clausus*, épreuves classantes nationales) de la profession ou dans les comportements des médecins, mais aussi pour actualiser l'horizon de projection à 2030, voire 2060, pour illustrer les conséquences de long terme de décisions prises aujourd'hui. Ces résultats sont-ils comparables et prolongent-ils pour l'essentiel ceux publiés par l'Observatoire dans son rapport de 2004 ? En quoi différent-ils et pourquoi ?

Une opération de refonte du modèle de projection a été entreprise, avec l'objectif de mieux prendre en compte les évolutions récentes des études médicales, en particulier les épreuves classantes nationales (ECN), ainsi que la mobilité en cours d'étude, au moment de l'entrée dans la vie active et en cours de carrière. L'architecture du modèle a été revue en profondeur, de nouvelles données ont été utilisées qui permettent notamment de modéliser les cessations temporaires et les reprises d'activité, d'autres données ont été simplement actualisées en entrée : au total la lisibilité de l'ensemble du processus est sensiblement accrue. De plus, une documentation précise de l'opération, étape par étape, permet d'envisager des évolutions du modèle à l'avenir sans devoir le remettre entièrement en chantier.

Comme en 2004, les différents scénarios simulés dans le cadre de l'exercice de projection d'effectifs de médecins 2008, et plus particulièrement le scénario tendanciel, reposent largement sur l'hypothèse de comportements constants des médecins. Plus précisément, les comportements des médecins sont supposés rester identiques à ceux observés en moyenne au cours des années les plus récentes. De même, pour le scénario tendanciel au moins, on fait l'hypothèse que les pouvoirs publics ne modifient pas leurs décisions en matière de régulation : par exemple, la répartition géographique des postes ouverts aux épreuves classantes nationales est présumée égale à celle observée en 2007. Seul le niveau national du *numerus clausus* peut évoluer au cours de la période de projection : en effet, pour le scénario de référence il est défini *a priori* année par année, pour tenir compte des annonces les plus récentes du ministère ou de l'avis des pouvoirs publics, après un échange approfondi en comité de pilotage.

Entre 2004 et 2008, la procédure des ECN s'est stabilisée, le choix des étudiants s'est adapté et les comportements des médecins ont pu évoluer (choix de la spécialité, de la région ou du mode d'exercice notamment) à l'entrée dans la vie active ou plus tard dans la carrière. Surtout, le *numerus clausus* qui fixe le nombre de places en deuxième année du premier cycle des études médicales a été relevé par les pouvoirs publics pour atteindre 7 300 en 2008 et 7 400 en 2009. Cette décision a conduit à modifier fortement les hypothèses du scénario tendanciel concernant le *numerus clausus*. Or, ce levier détermine largement les flux d'entrée dans la profession, et par conséquent joue directement sur l'effectif de médecins en activité sur la période de projection.

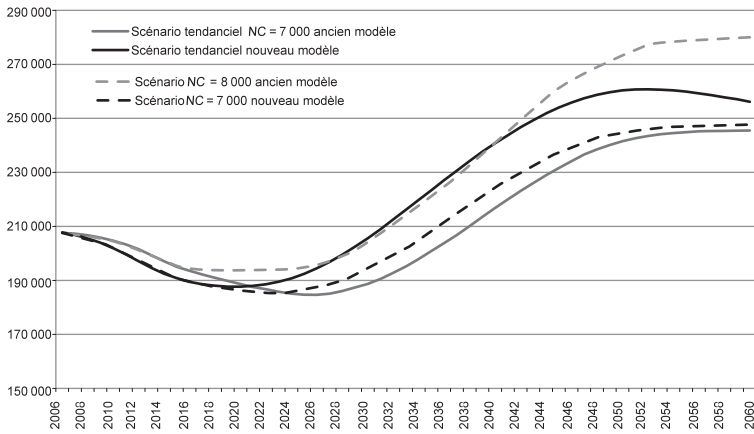
Le scénario tendanciel de l'exercice de projections réalisé en 2003-2004 reposait sur l'hypothèse d'un relèvement progressif du *numerus clausus* de 5 550 en 2004 à 7 000 en 2006 et maintenu à ce niveau par la suite. Une variante portait cependant ce *numerus clausus* à 8 000 dès 2006.

En 2008, le scénario tendanciel table sur un *numerus clausus* porté progressivement à 8 000 en 2011, maintenu à ce niveau jusqu'en 2020, puis décroissant lentement pour revenir à 7 000 en 2030. Une variante simule par ailleurs le maintien du *numerus clausus* à 7 000 sur l'ensemble de la période de projection.

Les résultats publiés en 2004 à partir du scénario tendanciel mettaient en évidence que le nombre de médecins culminerait entre 2005 et 2010, puis diminuerait ensuite pour atteindre 186 000 en 2025, soit une baisse de 9,4 % par rapport à 2002. La présentation des résultats de la projection de référence réalisée en 2008 diffère puisqu'elle indique que les effectifs diminueraient jusqu'en 2019, pour atteindre 188 000 (soit une baisse de 9,7 % par rapport à 2006), puis repartiraient à la hausse pour revenir à un niveau proche de leur niveau actuel (206 000 contre 208 000 observé au 31 décembre 2006). Au total, sur la période 2006-2030, au terme d'un profil en U, l'effectif de médecins diminuerait donc de 1 % seulement.

Lorsque l'on adopte la même période de projection et des hypothèses proches sur le niveau du *numerus clausus*, les résultats diffèrent peu d'un exercice à l'autre. C'est ce qu'illustre le graphique ci-après qui rapproche sur très longue période (2006-2060), d'une part, les résultats du scénario de référence de 2004 avec ceux de la variante de maintien du *numerus clausus* à 7 000 réalisée en 2008 et, d'autre part, la variante de *numerus clausus* à 8 000 de 2004 et le scénario tendanciel de 2008.

Projections d'effectif de médecins : comparaison des exercices 2004 et 2008



Source : ADELI, fichiers du Conseil national de l'Ordre des médecins, projections DREES.

Les différences portant sur le champ et les hypothèses retenues expliquent une bonne part des écarts entre les résultats des deux derniers exercices de projection. Ainsi, les effectifs projetés en 2004 incluaient les médecins en cessation temporaire mais excluaient les médecins exerçant dans les TOM, contrairement à ceux projetés en 2008.

Les différences ne se limitent pas à l'effectif total, elles concernent aussi les résultats par spécialité et par région. Ainsi, l'hypothèse portant sur la répartition par discipline des postes ouverts en première année d'internat favorise davantage les spécialités chirurgicales et la psychiatrie dans les nouvelles projections, car elle se base sur des proportions rehaussées de postes ouverts aux ECN dans ces deux disciplines, supposées rester à ce niveau sur toute la période de projection. Autre exemple, la répartition régionale du *numerus clausus*, d'une part, et celles des postes aux ECN, d'autre part, ont été plus ou moins favorables à certaines régions dans la période récente, dans un souci de rééquilibrage de la dotation en médecins, et c'est sur ces tendances qu'est bâti le scénario de référence : ainsi, tout au long de la période de projection, le modèle simule un nombre de diplômés proportionnellement assez faible dans des régions comme Midi-Pyrénées et PACA que l'attractivité de ces régions compense en partie par une forte propension de ces régions à retenir leurs propres diplômés et par des arrivées de médecins formés dans d'autres régions.

R

ésultats des projections par spécialité

D'ici à 2019, la baisse des effectifs serait moins marquée pour les diplômés de médecine générale

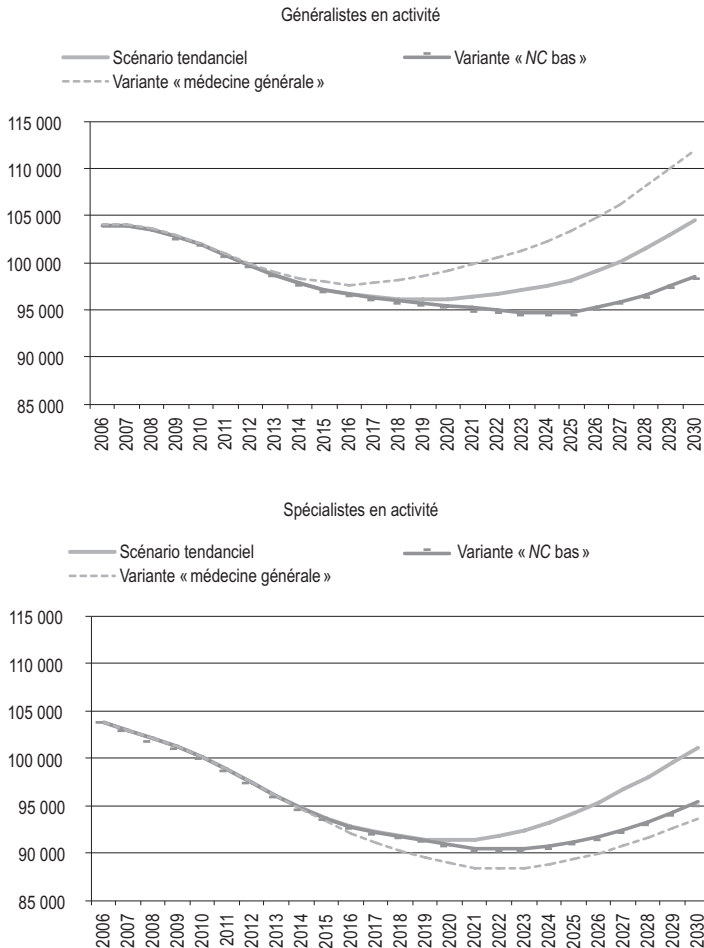
D'après le scénario tendanciel, le nombre de diplômés de médecine générale, quasiment égal au nombre des autres spécialistes en 2006, devrait diminuer entre 2008 et 2019, à un rythme de plus en plus rapide jusqu'en 2012, puis de plus en plus lent (graphique 4). Au point bas (en 2019), il serait de 96 000, c'est-à-dire inférieur de 7,5 % à son niveau de 2006. Il augmenterait ensuite, de plus en plus fortement, pour retrouver son niveau de 2006 en 2030. En 2030, on compterait en effet 105 000 diplômés de médecine générale, contre 104 000 en 2006, soit 0,6 % de plus. Le nombre des autres spécialistes évoluerait selon la même tendance, mais il diminuerait dès 2007 et ne repartirait à la hausse qu'en 2021. Au point bas, en 2020, il serait de 91 000, en baisse de 11,9 % par rapport à 2006. En 2030, le nombre des autres spécialistes serait de 101 000, c'est-à-dire inférieur de 2,7 % à son niveau de 2006 (104 000).

Leurs effectifs diminueraient donc davantage que ceux des diplômés de médecine générale. Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse d'une répartition des postes ouverts aux ECN favorable à la médecine générale puisque l'on suppose que 55 % des postes ouverts aux ECN chaque année seraient proposés dans cette discipline. Cependant, les postes restés vacants à l'issue de la procédure d'affectation en première année de troisième cycle seraient principalement des postes d'interne en médecine générale, si l'on admet l'hypothèse de comportements constants. Finalement, le nombre de nouveaux internes affectés en médecine générale serait très proche du nombre de nouveaux internes affectés dans les autres spécialités. Les nouveaux médecins généralistes entrant dans la vie active chaque année entre 2006 et 2030 seraient donc à peine plus nombreux que les nouveaux médecins exerçant une autre spécialité. Ce sont en fait principalement les sorties de la vie active, proportionnellement un peu plus fréquentes pour les spécialistes que pour l'ensemble des médecins jusqu'en 2023, qui expliqueraient la baisse plus marquée des effectifs de spécialistes. La structure par âge actuelle des diplômés de médecine générale est en effet un peu plus favorable que celle des autres spécialités : ils sont en moyenne un peu plus jeunes. Alors que le nombre de généralistes était encore supérieur de près d'un tiers au nombre de spécialistes au milieu des années quatre-vingt, et de

plus de 10 % au tout début des années quatre-vingt-dix, on comptait en 2006 autant de diplômés de médecine générale que d'autres spécialités. En 2020, les effectifs de généralistes seraient en revanche supérieurs d'environ 6 % à ceux des spécialistes. D'après le scénario tendanciel, ces deux effectifs convergeraient à nouveau entre 2020 et 2030. En 2030, l'écart entre les effectifs de diplômés de médecine générale et ceux des autres spécialités ne serait plus que de 3 %.

GRAPHIQUE 4

NOMBRE DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « NC BAS » ET « MÉDECINE GÉNÉRALE »



Champ: Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Source: Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Afin de modifier la répartition entre les diplômés de médecine générale et les autres médecins spécialistes, le régulateur peut modifier la répartition des postes ouverts aux ECN. La variante « médecine générale » simule une telle mesure en augmentant progressivement la part des postes offerts en médecine générale de façon à la porter de 55 % actuellement à 60 % en 2011. Les premiers effets d'une telle mesure commenceraient à se faire sentir environ 6 ans après sa mise en place en 2015 (graphique 4). En 2030, 20 ans après la réforme, le nombre de diplômés de médecine générale serait de 7 % supérieur à ce que l'on observe dans le scénario tendanciel. Il y aurait alors 112 000 diplômés de médecine générale en activité et 93 000 diplômés d'une autre spécialité.

■ Les évolutions des effectifs seraient très contrastées pour les spécialistes

Dans le scénario tendanciel, la répartition par discipline des postes ouverts et des postes pourvus à l'issue des ECN, ainsi que la répartition par spécialité des diplômés des disciplines « spécialités médicales¹ » et « spécialités chirurgicales »² sont fixées pour toute la période de projection et identiques à celles observées actuellement. Sous ces hypothèses, les évolutions des effectifs seraient très marquées pour la majorité des spécialités, mais aussi très contrastées d'une spécialité à l'autre (tableau 1). L'évolution des effectifs de spécialistes jusqu'en 2015 est pratiquement déjà déterminée, puisque même une modification de la répartition des postes aux ECN n'aurait que peu d'effet avant cette date. Entre 2006 et 2015, les effectifs de la majorité des spécialités devraient baisser. Seules la neurologie, l'endocrinologie et dans une moindre mesure la biologie médicale et la chirurgie feront exception. Les baisses les plus fortes se produiront en médecine du travail (-35,9 %), rééducation et réadaptation fonctionnelle (-23,3 %), ophtalmologie (-19,2 %), médecine interne (-18,1 %) et psychiatrie (-16,9 %).

Au-delà de 2015, les évolutions projetées dans le scénario tendanciel, qui postule que la répartition des postes d'interne entre les spécialités serait identique à ce qu'elle est actuellement sur toute la période de projection, ne visent pas le réalisme. En effet, les pouvoirs publics ajustent chaque année les postes ouverts dans les disciplines filiarisées ainsi que les regroupements spécialités médicales

1. La discipline « spécialités médicales » regroupe les spécialités suivantes : cardiologie, anatomie et cytologie pathologiques, dermatologie-vénérologie, endocrinologie, gastro-entérologie, médecine interne, neurologie, pneumologie, radiologie, rééducation et réadaptation fonctionnelle, rhumatologie et un ensemble de spécialités à très faibles effectifs : génétique, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, oncologie médicale, pour lesquelles la projection s'avère impossible. Ces dernières ont donc été rassemblées pour l'analyse avec la gynécologie médicale, qui présente les mêmes caractéristiques, sous une rubrique « autres spécialités » dont l'évolution ne sera cependant pas commentée en raison de sa nature composite.

2. La discipline « spécialités chirurgicales » regroupe la chirurgie générale, la neurochirurgie, l'ORL et l'ophtalmologie.

et spécialités chirurgicales. Une fois encore, il s'agit d'illustrer la nécessité d'un pilotage fin, différencié et prospectif de la démographie de chaque spécialité, en tenant compte du fait qu'elles vont être confrontées à des départs en retraite plus ou moins importants dans les décennies à venir compte tenu de leurs structures d'âge actuelles, assez diverses. La part des médecins de plus de 50 ans varie de 25 % en biologie médicale à plus de 65 % en médecine du travail. Les projections illustrent aussi le fait que l'on ne peut favoriser durablement certaines spécialités qu'au détriment des autres et que l'on prend alors le risque de créer des inégalités fortes et durables entre spécialités, mais aussi, au sein d'une même spécialité, entre générations.

TABLEAU 1

ÉVOLUTION (EN %) DU NOMBRE DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ PAR SPÉCIALITÉ, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « NC BAS » ET « MÉDECINE GÉNÉRALE »

Spécialité	Entre 2006 et 2015		Entre 2006 et 2030	
	Scénario tendanciel	Scénario tendanciel	Variante « NC bas »	Variante « MG »
Anesthésie-réanimation	-13,0	-4,9	-9,6	-11,2
Autres spécialités*	18,3	74,8	63,0	60,4
Biologie médicale	1,8	-8,6	-12,8	-14,0
Cardiologie	-7,0	-3,7	-8,7	-10,4
Chirurgie	0,1	39,9	32,0	28,9
Anatomie et cytologie pathologiques	-10,1	-18,7	-23,0	-24,9
Dermatologie-vénérologie	-14,9	-32,2	-35,4	-36,4
Endocrinologie	8,7	24,1	17,7	15,7
Gastro-entérologie	-5,3	-12,6	-17,6	-18,6
Médecine générale	-6,5	0,6	-5,2	7,7
Gynécologie-obstétrique	-2,8	12,8	6,7	4,7
Médecine du travail	-35,9	-61,7	-64,3	-65,3
Médecine interne	-18,1	-12,2	-17,3	-17,8
Neurologie	14,3	47,4	39,9	37,3
Ophthalmologie	-19,2	-35,5	-39,1	-40,2
ORL	-15,8	-18,7	-23,1	-24,6
Pédiatrie	-4,6	19,9	14,0	11,9
Pneumologie	-7,3	-19,1	-22,8	-24,5
Psychiatrie	-16,9	-8,1	-14,3	-15,8
Radiologie	-8,5	-9,8	-14,4	-15,8
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	-23,3	-47,1	-49,5	-50,3
Rhumatologie	-14,9	-29,8	-33,0	-34,1
Santé publique	0,0	46,8	35,1	32,4

* La catégorie « autres spécialités » regroupe la spécialité gynécologie médicale, ainsi que des spécialités médicales de très faible effectif et pour lesquelles la projection s'avérerait impossible : génétique, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, gériatrie médicale, oncologie-hématologie, oncologie médicale.

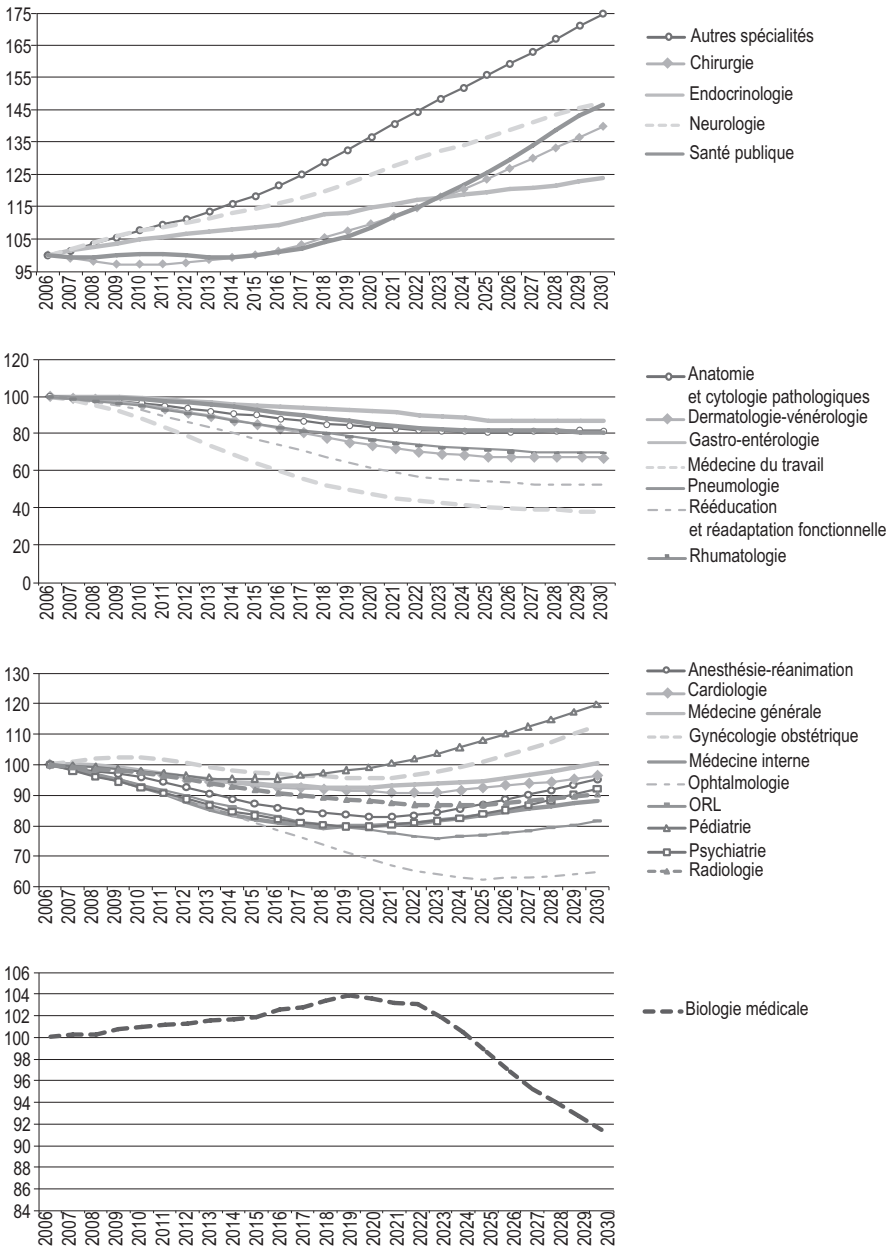
Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

En définitive, entre 2006 et 2030, sous les hypothèses du scénario tendanciel, les profils d'évolution diffèrent sensiblement selon les spécialités. On peut les regrouper selon leur évolution démographique. En neurologie, en santé publique, en chirurgie et en endocrinologie entre 2006 et 2030, la croissance des effectifs serait forte et continue ou quasi continue au cours de la période (graphique 5). Au contraire, les effectifs diminueraient fortement et de façon continue ou quasi continue sur toute la période de projection pour la médecine du travail, la rééducation et réadaptation fonctionnelle, la dermatologie-vénérologie et la rhumatologie. Le nombre d'ophtalmologues diminuerait lui aussi dès le début de la période de projection et la baisse se prolongerait jusqu'en 2025 puis repartirait légèrement à la hausse après 2025. Les nombres de pneumologues, d'ORL, d'anatomo-cytopathologistes et de gastro-entérologues diminueraient sensiblement jusqu'au début des années 2020, puis se stabiliseraient (ou augmenteraient un peu en fin de période pour l'ORL). En 2030, leur nombre aurait donc diminué nettement par rapport à 2006. Enfin, l'évolution des effectifs des autres spécialités ne serait pas continue : sauf pour la biologie, pour laquelle l'évolution serait inverse, ils tendraient à se contracter au cours de la première moitié de la période de projection, puis à augmenter, sans que cette hausse compense systématiquement la baisse de début de période. En définitive, le nombre de pédiatres, qui repartirait précocement et fortement à la hausse, augmenterait au total de 20 %, le nombre de gynécologues-obstétriciens de 13 %, tandis que les effectifs de spécialistes de médecine interne et de psychiatres seraient respectivement en baisse de -12 % et -8 %. Le point bas serait atteint selon les spécialités entre 2017 et 2021. Ainsi, le nombre de psychiatres serait inférieur d'environ 20 % à son niveau de 2006 entre 2018 et 2021, et le nombre de gynécologues-obstétriciens serait inférieur d'environ 4 % entre 2017 et 2021.

GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION EN BASE 100 EN 2006 DU NOMBRE DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ POUR CHAQUE SPÉCIALITÉ DE 2006 À 2030 D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

■ Les médecins se concentreraient dans les pôles urbains dotés d'un CHU

En 2006, 54 % des médecins exerçant en France métropolitaine hors Corse³ travaillent dans un pôle urbain pourvu d'un centre hospitalier universitaire (CHU), 31 % dans un pôle urbain sans CHU, 7 % en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée et 8 % dans un espace à dominante rurale. Selon le scénario tendanciel, la part des médecins exerçant dans un pôle avec CHU progresserait jusqu'à 58 % en 2030, en défaveur des autres types de zone, notamment les espaces à dominante rurale, où, en 2030, moins de 6 % des médecins exerceraient. Cependant, le scénario tendanciel ne tient pas compte des contraintes limitant le choix du type de zone d'exercice, telles que l'offre de postes salariés, ou encore l'évolution éventuelle des caractéristiques du territoire.

Selon qu'ils sont diplômés de médecine générale ou d'autres spécialités, les médecins ne se répartissent pas de la même façon dans les différents types de zone d'exercice. En 2006, 46 % des diplômés de médecine générale exercent dans un pôle urbain avec CHU, 30 % dans un pôle urbain sans CHU, 11 % dans une commune monopolarisée ou multipolarisée et 13 % dans un espace à dominante rurale. Ces proportions sont respectivement de 62 %, 32 %, 3 % et 3 % pour les spécialistes. Le rapport Berland portant sur la démographie médicale hospitalière (septembre 2006) et avant lui le rapport de la Commission de la démographie médicale (avril 2005) avaient d'ailleurs souligné que les choix de localisation des spécialités autres que la médecine générale étaient très largement déterminés par la localisation des plateaux techniques.

Entre 2006 et 2030, d'après le scénario tendanciel, sous l'hypothèse de comportements constants, le nombre de diplômés de médecine générale diminuerait dans presque tous les types de zone (-3 % dans les pôles urbains avec CHU, -7 % dans les communes monopolarisées ou multipolarisées et -20 % dans les espaces à dominante rurale), sauf dans les pôles urbains sans CHU où il progresserait de 15 %. La répartition en 2030 des diplômés de médecine générale serait légèrement modifiée au profit de ce dernier type de zone (34 % en 2030). Les effectifs de médecins d'autres spécialités s'accroîtraient dans les pôles urbains avec CHU (+12 %), et se contracteraient fortement dans les autres types de zone : -25 % dans les pôles urbains sans CHU, -24 % dans les communes monopolarisées ou multipolarisées et -51 % dans les espaces à dominante rurale. La part de médecins exerçant une autre spécialité que la médecine générale installés dans ce dernier type de zone ne serait plus que de 1,4 % en 2030, contre 72 % pour les pôles urbains avec CHU.

3. Les effectifs de médecins actifs par zone d'exercice ne sont projetés que pour la France métropolitaine hors Corse. Les résultats présentés dans cette partie sont donc obtenus sur ce champ restreint.

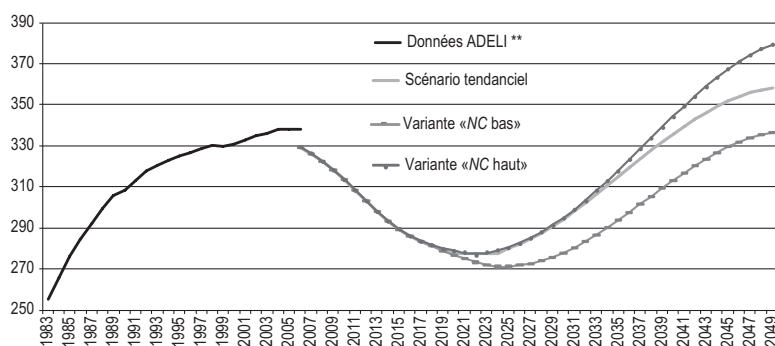
La densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel

La baisse ou la hausse du nombre de médecins ne peut s'interpréter directement en termes de pénurie ou de pléthore. La situation de la démographie médicale ne peut s'apprécier de façon pertinente à un moment donné qu'à l'aune des besoins de soins de la population. Modéliser l'évolution de la demande de soins est en dehors des objectifs des exercices de projections, néanmoins l'évolution du nombre de médecins peut être mise en regard de celle de la population, qui détermine, en première approximation, la demande de soins.

La population française devrait croître d'environ 10 % entre 2006 et 2030 de façon continue. Par conséquent, la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, devrait chuter plus fortement que l'effectif de médecins dans les années à venir. D'après le scénario tendanciel, pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, elle passerait de 327 à 276 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020 (graphique 6), diminuant ainsi de 16 %, pour retrouver son niveau du milieu des années quatre-vingt en 2020. La baisse, qui s'accélérait jusqu'en 2012, serait de moins en moins prononcée par la suite. Si les comportements des médecins et les décisions publiques restaient inchangés (scénario tendanciel), la densité médicale serait à nouveau croissante entre 2024 et 2030, date à laquelle elle serait de 292 médecins pour 100 000 habitants, c'est-à-dire inférieure de 10,6 % à son niveau de 2006.

GRAPHIQUE 6

DENSITÉ* DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ POUR LA FRANCE MÉTROPOLITAINE D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « NC BAS » ET « NC HAUT »



* Nombre de médecins pour 100 000 habitants.

** Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent : il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité.

Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine.

Source : ADELI pour les années 1983 à 2006. Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour 2006, traitement DREES, projections DREES.

R

ésultats régionalisés des projections

La répartition des médecins sur le territoire est plus inégale que celle de la population. Ces dernières années, les pouvoirs publics ont commencé à infléchir la répartition des postes aux ECN entre régions afin de corriger ces inégalités en favorisant les régions les moins dotées. En effet, on observe qu'en moyenne 79,5 % des médecins diplômés dans une région s'y installent. Le scénario tendanciel suppose que la répartition actuelle des postes aux ECN est maintenue constante sur toute la période de projection. C'est bien sûr une hypothèse forte et peu réaliste, mais elle a le mérite de mettre en évidence l'impact, pour chaque région, de la mobilité en cours de carrière et des départs en retraite des médecins, à flux d'installation donnés, figés aux niveaux relatifs actuels. D'autres scénarios examinent l'impact sur les inégalités régionales d'un pilotage plus prospectif de la répartition des postes aux ECN, conformes aux nouvelles orientations définies par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (juillet 2009) et tenant compte notamment de l'évolution des populations régionales, c'est-à-dire, indirectement, de la demande de soins adressée aux professionnels.

L'effectif de médecins serait en forte baisse dans certaines régions actuellement bien dotées

L'évolution à l'horizon 2030 du nombre de médecins actifs dans une région donnée est déterminée principalement par le niveau des flux d'entrées dans la vie active, la structure par âge actuelle de la population médicale, qui détermine le nombre de sorties de la vie active au cours de la période de projection, et enfin les flux migratoires au moment de l'entrée dans la vie active, mais aussi en cours de carrière. Bien entendu, la capacité des régions à retenir leurs diplômés ou à en attirer d'autres régions est plus ou moins importante, et les projections prennent en compte l'attractivité différenciée des territoires. Le scénario tendanciel fait l'hypothèse que ces comportements seraient stables sur l'ensemble de la période de projection, sans préjuger d'éventuelles ruptures qui pourraient intervenir, dans certaines régions, du fait des départs en retraite dans les prochaines années des médecins des générations nombreuses du baby-boom. On ne peut exclure cependant que les migrations vers les régions attractives se renforcent au cours de la période du fait des nouvelles opportunités qui pourraient s'offrir aux jeunes générations du fait du départ de leurs aînés.

Entre 2006 et 2030, sous les hypothèses du scénario tendanciel, les effectifs de médecins actifs diminueraient en Corse (-26,6 %), en Île-de-France (-19,5 %), en PACA (-12,8 %), en Bourgogne (-10,9 %), en Languedoc-Roussillon (-8,5 %), dans le Centre (-7 %), en Midi-Pyrénées (-5,5 %), en Alsace (-4,9 %). Ils seraient stables ou quasi stables en Limousin (+0,0 %), en Nord-Pas-de-Calais (-1 %), en Picardie (-0,8 %) et en Champagne-Ardenne (-0,3 %). Pour ces régions, la tendance à la hausse des effectifs régionaux de médecins actifs, observée au cours des vingt dernières années pour toutes les régions, ne se poursuivrait pas. Mais le nombre de médecins en activité continuerait à augmenter modérément en Haute-Normandie (+1,2 %), en Lorraine (+6,9 %) et en Rhône-Alpes (+8,9 %). L'augmentation du nombre de médecins serait enfin marquée en Auvergne (+10,2 %), Aquitaine (+13,5 %), Basse-Normandie (+14,5 %), Franche-Comté (+18,3 %) et plus encore aux Antilles (+19 %), en Pays de la Loire (+21,5 %), à La Réunion (+23 %), en Bretagne (+25 %), en Poitou-Charentes (+26 %) et dans les TOM (+31,8 %).

Pour certaines des régions dont l'effectif médical serait en hausse en 2030 par rapport à 2006, le nombre de médecins actifs serait quasiment stable au début de la période de projection (Bretagne, Pays de la Loire, Réunion et TOM), tandis que pour d'autres (Antilles-Guyane, Basse-Normandie et Poitou-Charentes), il diminuerait un peu jusqu'au milieu des années 2010. Il augmenterait fortement, voire très fortement par la suite pour toutes ces régions. À l'opposé, l'effectif médical diminuerait presque jusqu'au terme de la période de projection pour la Corse, et jusqu'au début des années 2020 pour l'Alsace, la Bourgogne, le Centre, l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées, régions qui perdraient toutes une proportion plus ou moins importante, mais significative, de leur effectif médical. Le nombre de médecins actifs dans les autres régions serait en baisse jusqu'au cours de la deuxième moitié des années 2010. La Franche-Comté, l'Aquitaine, l'Auvergne, Rhône-Alpes, la Lorraine, pour lesquelles la baisse de l'effectif médical en début de période serait faible ou sa hausse en fin de période marquée, compteraient plus de médecins en 2030 qu'en 2006. Au contraire, le Limousin, la Champagne-Ardenne, la Picardie, la Haute-Normandie, dont l'effectif médical se contracterait nettement en début de période pour augmenter ensuite, et Nord-Pas-de-Calais, dont le nombre de médecins actifs augmenterait modérément en fin de période, en compteraient presque autant.

■ La plupart des régions verraient leur population augmenter

Selon les projections de l'INSEE, seules Champagne-Ardenne, dont la population diminuerait tout au long de la période de projection, ainsi que la Lorraine, la Bourgogne et l'Auvergne, dont les populations commenceraient à diminuer dans les années 2010, seraient un peu moins peuplées en 2030 qu'en 2006. Les populations des autres régions devraient augmenter d'ici à 2030, le plus souvent de

façon continue. Au terme de la période de projection, la population régionale serait en hausse de plus de 30 % par rapport à 2006 pour le Languedoc-Roussillon, La Réunion et les Antilles-Guyane, de 15 à 20 % environ pour les régions Aquitaine, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées, d'environ 13 % pour la Corse, l'Alsace et la Bretagne, de 5 à 10 % pour le Centre, l'Île-de-France et Poitou-Charentes. Les populations des régions Nord-Pas-de-Calais, Limousin, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie et Franche-Comté, qui ne croîtraient pas toutes de façon continue au cours de la période, n'augmenteraient que très modérément. On le voit, l'évolution projetée, pour chaque région, des effectifs de médecins sous les hypothèses du scénario tendanciel est rarement parallèle à celle des populations régionales.

■ Les évolutions des densités régionales seraient très contrastées

Les densités régionales devraient cependant toutes diminuer sur la première partie de la période de projection. Il s'agirait donc là d'une rupture de tendance, puisqu'au cours des vingt dernières années elles tendaient à croître. Leur hausse a été assez marquée jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, puis s'est un peu ralentie. En 2030, en revanche, les résultats sont relativement contrastés. Sous les hypothèses du scénario tendanciel, les évolutions des densités régionales seraient très différenciées (tableau 2 et graphique 7). Entre 2006 et 2030, la densité régionale croîtrait de 10 à 16 % en Poitou-Charentes, en Franche-Comté, en Basse-Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine. Pour ces régions, elle serait décroissante jusqu'au milieu des années 2010, mais augmenterait assez nettement par la suite. Au contraire, la densité médicale chuterait fortement d'ici à 2030 en Corse (-35 %), en Languedoc-Roussillon (-30 %), en Île-de-France (-26 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-26 %) et en Midi-Pyrénées (-22 %), régions pour lesquelles elle diminuerait sensiblement presque jusqu'au terme de la période de projection. La baisse de la densité médicale de l'Alsace, de la Bourgogne, du Centre et des Antilles-Guyane, un peu moins marquée, mais aussi moins durable, serait finalement de l'ordre de -10 à -20 % en 2030 par rapport à 2006. En 2030, les densités des autres régions ne seraient pas très éloignées de leurs valeurs de 2006. Celles de la Champagne-Ardenne et des Pays de la Loire seraient supérieures et les autres inférieures aux densités actuelles. Cependant, elles seraient dans un premier temps décroissantes, jusqu'au début des années 2020 pour la plupart d'entre elles, donc plus faibles au cours d'une partie de la période de projection.

TABLEAU 2 • NOMBRE ET DENSITÉ DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ PAR RÉGION EN 2006 ET EN 2030 D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « NC BAS », « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL » ET « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL AVEC 3 AJUSTEMENTS (EN 2007, 2012 ET 2017) »

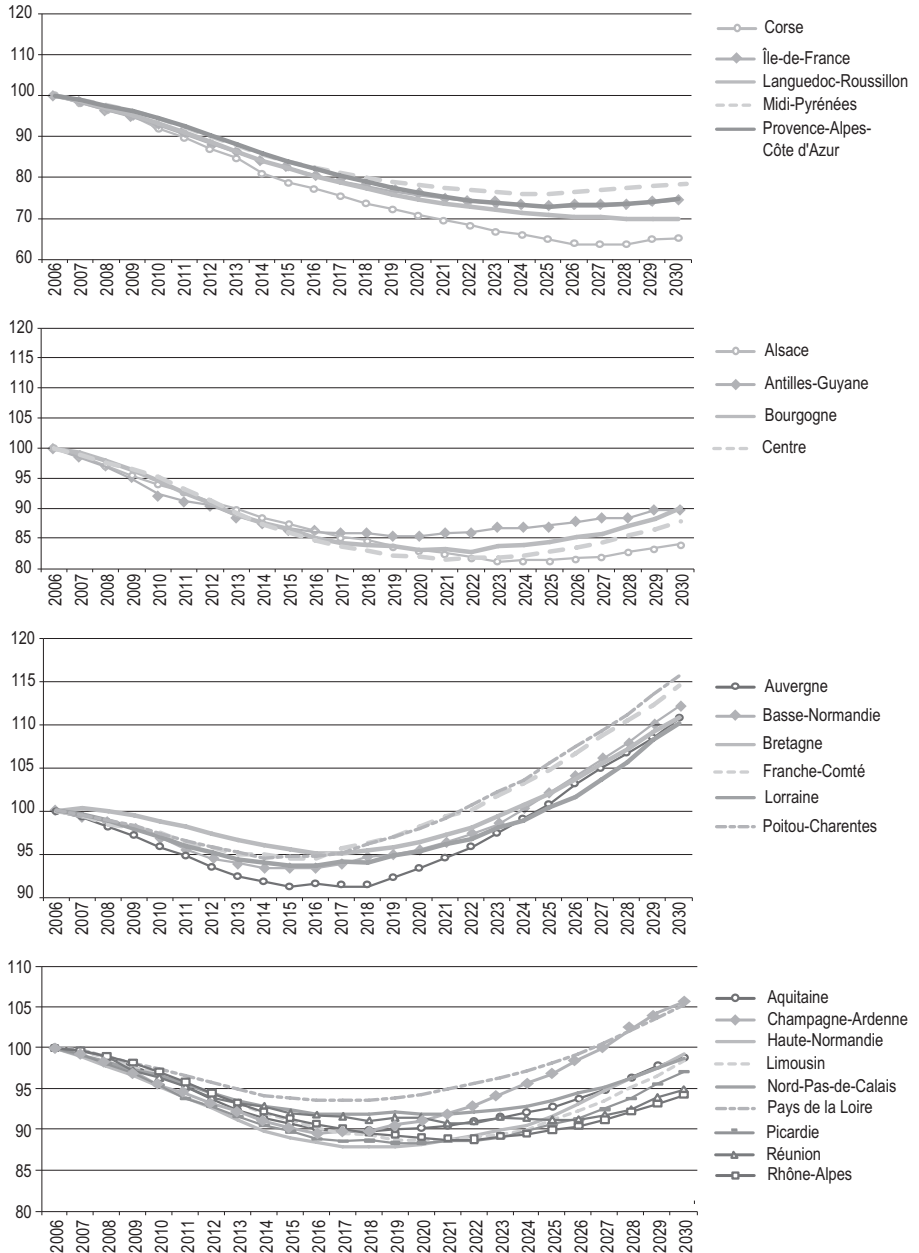
	Nombre de médecins			Population			Densité pour 100 000 habitants			Évolution (en %) de 2006 à 2019			Évolution (en %) de 2006 à 2030		
	En 2006	En 2019 - Scénario tendanciel	En 2030 - Scénario tendanciel	En 2006	En 2019*	En 2030*	En 2006	En 2019 - Scénario tendanciel	En 2030 - Scénario tendanciel	Du nbre de médecins - Scénario tendanciel	De la population*	De la densité - Scénario tendanciel	De la densité - Variante « NC bas »	De la densité - Variante « rééquilibrage régional »	De la densité - Variante « rééquilibrage régional avec 3 ajustements »
Abscise	6 101	5 504	5 802	1 831 004	1 975 831	2 072 544	333	279	280	-9,8	7,9	-16,4	-20,8	-18,4	-16,3
Amilles-Guyane	2 337	2 324	2 782	1 066 342	1 240 239	1 415 811	219	187	196	-0,6	16,3	-14,5	-15,8	-10,2	-9,4
Aquitaine	10 694	10 439	12 139	3 117 403	3 381 865	3 580 334	343	309	339	-2,4	8,5	-10,0	-10,2	-7,5	0,8
Auvergne	3 921	3 642	4 320	1 334 620	1 342 569	1 327 607	294	271	325	-7,1	0,6	-7,7	10,8	3,6	8,0
Basse-Normandie	4 000	3 872	4 569	1 452 769	1 481 495	1 479 424	275	261	309	-3,2	2,0	-5,1	14,2	5,4	22,8
Bourgogne	4 565	3 832	4 070	1 630 514	1 637 457	1 615 956	280	234	252	-16,1	0,4	-16,4	-10,9	-10,0	-15,4
Bretagne	9 258	9 543	11 586	3 086 677	3 321 402	3 484 477	300	287	333	3,1	7,6	-4,2	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	5 663	6 160	2 510 694	2 609 017	2 657 059	264	217	232	-14,6	3,9	-17,8	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 320	3 737	1 332 860	1 304 012	1 256 901	281	255	297	-11,5	-2,2	-9,5	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	708	668	279 065	300 465	314 583	326	236	212	-22,2	7,7	-27,8	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 345	3 971	1 151 025	1 182 808	1 188 741	292	283	334	-0,3	2,8	-3,0	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 363	4 916	1 814 967	1 853 047	1 851 002	268	235	266	-10,2	2,1	-12,0	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 085	37 132	11 473 958	12 043 008	12 437 093	402	308	299	-19,6	5,0	-23,4	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	7 934	8 274	2 556 931	2 966 015	3 335 634	354	267	248	-12,2	16,0	-24,3	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 172	2 415	726 573	736 367	738 356	332	295	327	-10,1	1,3	-11,3	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	6 439	7 303	2 336 859	2 323 539	2 266 273	292	277	322	-5,8	-0,6	-5,2	6,9	-3,0	10,2
Midi-Pyrénées	9 668	8 439	9 132	2 780 005	3 086 327	3 352 609	348	273	287	-12,7	11,0	-21,4	-5,5	20,6	-21,7
Nord-Pas-de-Calais	11 770	10 959	11 651	4 045 974	4 089 867	4 058 348	291	268	287	-6,9	1,1	-7,9	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	9 615	11 408	3 441 251	3 753 450	3 968 621	273	256	287	2,4	9,1	-6,1	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 342	4 778	1 887 128	1 925 857	1 929 229	255	225	248	-9,8	2,1	-11,6	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	5 111	6 296	1 719 704	1 815 034	1 872 381	291	282	336	2,3	5,5	-3,1	26,0	8,9	15,7
PIACA	19 286	16 296	16 821	4 816 117	5 273 394	5 645 972	400	309	298	-15,5	9,5	-22,8	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 237	2 573	792 674	933 358	1 034 343	262	240	249	7,6	17,7	-8,6	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	19 150	21 448	6 039 851	6 581 087	6 982 250	326	291	307	-2,8	9,0	-10,8	8,9	15,6	-5,8
TOM*	1 244	1 347	1 640												31,8

* Les projections de population sont réalisées par l'INSEE. Elles ne sont pas disponibles pour les TOM, les densités ne peuvent donc pas être calculées.

Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière. Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

GRAPHIQUE 7

ÉVOLUTION EN BASE 100 EN 2006 DES DENSITÉS MÉDICALES RÉGIONALES DE 2006 À 2030
D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Les mécanismes expliquant les évolutions de la démographie médicale régionale

Pour comprendre les changements qui marquent la démographie médicale régionale, il faut prendre en compte l'évolution de la population régionale ainsi que chacun des facteurs influençant la démographie médicale, qui se combinent d'une façon particulière pour chaque région (tableau 3). On peut examiner de façon détaillée les mécanismes à l'œuvre en Midi-Pyrénées, qui est une des régions dont la densité médicale diminuerait d'au moins 10 % au cours de la période.

Avec une densité de 348 médecins pour 100 000 habitants, Midi-Pyrénées fait actuellement partie des régions à densité médicale élevée. La répartition régionale du *numerus clausus*, d'une part, et celle des postes ouverts et pourvus aux ECN, d'autre part, sont « défavorables¹ » à la région Midi-Pyrénées : chaque année, 3,7 % des places en deuxième année de premier cycle des études médicales (PCEM) sont proposées dans la région et 3,7 % des nouveaux internes sont affectés en Midi-Pyrénées. Or, la population de la région représente 4,4 % de la population française début 2007. Par rapport à l'ensemble des régions, la région Midi-Pyrénées « retient » légèrement plus les jeunes médecins qu'elle forme et « attire » aussi un peu plus les jeunes médecins diplômés dans une autre région. Sous l'hypothèse de comportements constants, 80 % des médecins diplômés dans cette région au cours de la période de projection y commencent leur carrière, contre 79,5 % en moyenne pour l'ensemble des régions, et 21,8 % des médecins débutant leur carrière dans la région Midi-Pyrénées ont été diplômés dans une autre région, contre 20,5 % en moyenne. Toutefois, cette capacité de « rétention » et cette attractivité un peu accrues n'annulent pas totalement l'effet du nombre proportionnellement assez faible de nouveaux diplômés formés chaque année dans la région au cours des années à venir. En effet, tout au long de la période de projection, les entrées dans la vie active dans la région Midi-Pyrénées représentent une part plus faible de l'effectif médical régional qu'au niveau national (graphique 8 et annexe A). Or, les médecins exerçant dans la région au début de la période de projection sont plus âgés que la moyenne : 52,2 % d'entre eux ont plus de 50 ans, contre 50,4 % au niveau national (tableau 3). De 2012 à 2030, la part de médecins actifs dans la région cessant définitivement leur activité est donc un peu supérieure à la proportion nationale de sorties de la vie active (graphique 8). Dans la région, le solde entre entrées et sorties de la vie active n'est positif qu'à partir de 2025.

En matière de migrations en cours de carrière, la région Midi-Pyrénées se distingue des autres régions par un volume d'arrivées rapporté à l'effectif médical

1. Le terme reflète ici le fait qu'en 2007 la part de la région dans les postes ouverts aux ECN était inférieure à la part de la population de la région dans la population totale (respectivement 3,4 % versus 4,4 %).

de la région plus important. Les départs de la région sont quant à eux légèrement moins fréquents (graphique 8). Finalement, la région « gagne » chaque année en moyenne 42 médecins du fait des migrations en cours de carrière (tableau 3).

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE, DE LA DENSITÉ DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ ET DE LEURS FACTEURS, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL, EN %

	Évolution de 2006 à 2030 d'après le scénario tendanciel			Part de la région dans le <i>numerus clausus</i> *	Part de la population régionale dans la population de l'ensemble France métropolitaine et DOM au 01/01/2007**	Part de la région dans les postes ouverts aux ECN*	Part de la région dans les postes pourvus aux ECN*	Part des diplômés de la région entrant dans la vie active dans la région***	Part des médecins entrant dans la vie active dans la région, diplômés dans une autre région	Part des médecins de plus de 50 ans en 2006	Solde migratoire moyen*** (effetif annuel)
	du nombre de médecins	de la population	de la densité de médecins pour 100 000 habitants								
Alsace	-4,9	13,2	-16,0	3,4	2,9	3,6	3,9	74,7	10,9	48,4	-28
Antilles-Guyane	19,0	32,8	-10,3	1,1	1,7	1,7	1,3	-	-	50,3	18
Aquitaine	13,5	14,8	-1,2	5,0	4,9	4,0	4,3	77,9	15,5	50,7	14
Auvergne	10,2	-0,5	10,8	2,3	2,1	2,5	2,8	75,1	12,2	49,3	-16
Basse-Normandie	14,2	1,8	12,2	2,3	2,3	3,8	3,0	73,9	11,8	51,1	-13
Bourgogne	-10,9	-0,9	-10,0	2,5	2,6	3,7	2,5	62,8	14,9	51,2	-1
Bretagne	25,2	12,9	10,9	4,3	4,9	4,8	5,2	81,8	21,4	49	29
Centre	-7,0	5,8	-12,2	2,8	4,0	4,5	2,9	78,6	19,0	53,1	17
Champagne-Ardenne	-0,3	-5,7	5,7	2,4	2,1	3,7	2,7	73,8	7,2	50,3	-22
Corse	-26,6	12,7	-34,9	0,3	0,4	0,0	0,0	-	-	53,6	9
Franche-Comté	18,3	3,3	14,6	2,0	1,8	2,4	2,6	79,4	10,1	48,3	-17
Haute-Normandie	1,2	2,0	-0,7	2,6	2,9	3,9	3,5	68,2	12,4	50,8	-9
Île-de-France	-19,5	8,4	-25,8	22,8	18,3	14,7	16,1	87,0	24,7	53,1	-166
Languedoc-Roussillon	-8,5	30,5	-29,8	3,2	4,0	2,7	3,0	82,8	23,7	50,3	55
Limousin	0,0	1,6	-1,6	1,8	1,1	1,4	1,5	76,2	11,9	50,2	-5
Lorraine	6,9	-3,0	10,2	3,7	3,7	4,8	4,7	78,8	9,2	49,6	-30
Midi-Pyrénées	-5,5	20,6	-21,7	3,7	4,4	3,4	3,7	80,0	21,8	52,2	42
Nord-Pas-de-Calais	-1,0	0,3	-1,3	7,1	6,4	6,8	7,4	78,2	9,4	43,9	-75
Pays de la Loire	21,5	15,3	5,3	4,5	5,5	5,5	6,0	78,9	15,0	47,9	14
Picardie	-0,8	2,2	-2,9	2,4	3,0	3,9	3,2	70,0	14,2	49,1	-18
Poitou-Charentes	26,0	8,9	15,7	2,4	2,7	3,5	3,6	71,2	21,0	51,3	14
PACA	-12,8	17,2	-25,6	6,8	7,6	5,2	5,7	86,0	24,5	52,7	120
Réunion	23,8	30,5	-5,1	0,5	1,3	0,8	0,9	-	-	42,4	15
Rhône-Alpes	8,9	15,6	-5,8	10,0	9,6	8,6	9,4	83,9	20,4	47,6	32
Ensemble								79,5	20,5	50,4	

* Valeurs observées en 2007 et supposées constantes tout au long de la période de projection.

** Estimations de population au 1^{er} janvier 2007, INSEE.

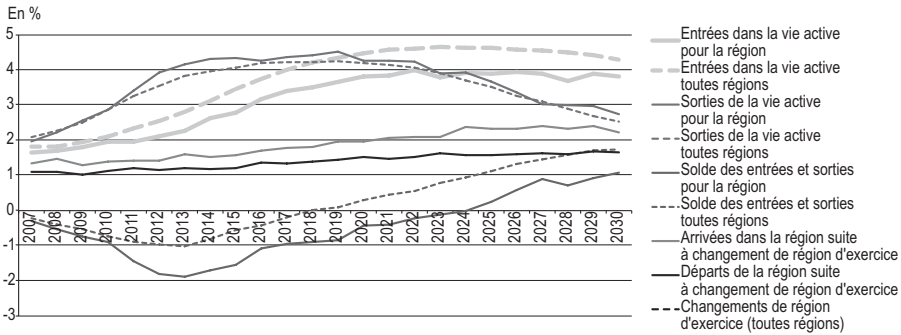
*** Valeurs moyennes au cours de la période de projection.

Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

GRAPHIQUE 8

PROPORTIONS D'ENTRÉES ET DE SORTIES DÉFINITIVES DE LA VIE ACTIVE, D'ARRIVÉES ET DE DÉPARTS DUS AUX CHANGEMENTS DE RÉGION D'EXERCICE POUR LA RÉGION MIDI-PYRÉNÉES, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL



Note de lecture : En 2017, 4,4% des médecins exerçant dans la région Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente sortiraient de la vie active, tandis que le volume de l'ensemble des sorties de la vie active représenterait seulement 4,2% de l'effectif total de médecins actifs. Inversement, les entrées dans la vie active de nouveaux médecins dans la région Midi-Pyrénées représenteraient 3,4% de l'effectif de médecins exerçant dans la région au cours de l'année précédente, contre 4% pour l'ensemble des médecins. En 2017, 1,3% des médecins exerçant en Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente quitteraient la région, et les arrivées en Midi-Pyrénées de médecins exerçant dans une autre région au cours de l'année précédente représenteraient 1,8% de l'effectif de médecins exerçant en Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente. Ces deux dernières proportions sont à rapporter à la proportion des médecins qui changeraient de région à cette date (1,4%).

Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, région Midi-Pyrénées.

Source : Projections DREES.

Dans les autres régions dont la densité médicale diminuerait d'au moins 10% d'ici à 2030 – à l'exception des Antilles-Guyane – (Corse, Languedoc-Roussillon, Île-de-France, PACA, Alsace, Bourgogne et Centre), la population régionale serait également en hausse (sauf pour la Bourgogne) et le nombre de médecins actifs en baisse en 2030 par rapport à 2006. Ces régions seraient dans l'ensemble plutôt « défavorisées » pour ce qui concerne les entrées dans la vie active : les parts des postes offerts (ou pourvus) en deuxième année de PCEM et en première année d'internat dans ces régions seraient généralement plutôt faibles au regard de la part de leurs populations régionales. Parmi ces régions, celles dont la densité médicale diminuerait le plus fortement seraient pourtant plutôt attractives et « retiendraient » bien leurs diplômés. Dans la plupart de ces régions, la population médicale est actuellement plus âgée qu'au niveau national. Les arrivées dans ces régions seraient en général plus fréquentes et, dans certaines d'entre elles, les départs seraient également plus rares. Le solde migratoire résultant des changements de région d'exercice en cours de carrière serait positif chaque année (sauf pour l'Île-de-France, l'Alsace et la Bourgogne). Les Antilles-Guyane se carac-

tériseraient par des flux migratoires entrants et sortants particulièrement importants.

En Auvergne, en Basse-Normandie, en Bretagne, en Franche-Comté, en Lorraine et en Poitou-Charentes, régions dont la densité médicale augmenterait nettement dès la fin des années 2010, le nombre de médecins augmenterait sensiblement au cours de la période alors même que la population régionale ne serait pas forcément croissante entre 2006 et 2030. Les entrées dans la vie active seraient assez nombreuses au regard des effectifs régionaux de médecins actifs, notamment parce que ces régions bénéficieraient d'une part assez importante des postes d'internes ouverts et pourvus à l'issue des ECN. Leur attractivité et leur capacité de « rétention » seraient en revanche plutôt faibles, même si la Bretagne se distinguait en la matière. Les médecins actifs dans ces régions seraient généralement un peu plus jeunes en moyenne que l'ensemble des médecins. Les cessations définitives d'activité ne seraient donc pas particulièrement fréquentes au cours de la période de projection. À l'exception de la Bretagne et de Poitou-Charentes, ces régions perdraient chaque année des médecins du fait des migrations en cours de carrière.

Les densités des régions Aquitaine, Pays de la Loire, Réunion, Rhône-Alpes, d'une part, et de Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et Picardie, d'autre part, resteraient proches de leurs niveaux actuels. Pour les premières, la population régionale et l'effectif médical augmenteraient nettement entre 2006 et 2030, mais l'évolution de la population de la région et celle du nombre de médecins actifs dans la région se compenseraient en grande partie. Pour les secondes au contraire, ni l'évolution de la population régionale ni celle de l'effectif médical ne seraient marquées.

La population médicale des régions Aquitaine, Pays de la Loire, Réunion et Rhône-Alpes est plutôt plus jeune que la moyenne. Les sorties de la vie active seraient par conséquent moins nombreuses. En revanche, ces régions ne sont pas vraiment favorisées par la répartition géographique actuelle des postes ouverts en deuxième année de PCEM et en première année d'internat. Sauf pour La Réunion, caractérisée comme les Antilles-Guyane et les TOM par des flux entrants et sortants importants, les migrations en cours de carrière à destination ou en provenance de ces régions ne seraient pas particulièrement fréquentes, mais le solde migratoire serait chaque année positif.

Les régions Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et Picardie bénéficieraient d'un volume d'entrées un peu plus important que l'ensemble des régions, plutôt en raison d'une répartition géographique des postes ouverts en deuxième année de PCEM et en première année d'internat un peu favorable, leur attractivité et leur capacité de « rétention » des jeunes diplômés étant assez faibles. Les médecins exerçant en 2006 dans ces régions ne sont pas particulièrement âgés, et ceux exerçant en Nord-Pas-de-Calais sont même plutôt jeunes. Les sorties de la vie active au cours de la période ne seraient donc pas particulièrement fréquentes. Sauf pour le Nord-Pas-de-Calais, les arrivées de

médecins dans ces régions seraient plus fréquentes que dans l'ensemble des régions, mais il en serait de même des départements. Le solde migratoire serait négatif chaque année.

Les inégalités régionales continueraient à se réduire avant de se creuser à nouveau et de s'inverser d'après le scénario tendanciel

La baisse ou la hausse de la densité médicale dans une région n'a cependant pas la même signification selon que la région était initialement bien ou mal dotée en médecins. Par ailleurs, les inégalités entre régions n'ont pas la même ampleur pour les diplômés de médecine générale et les autres spécialistes.

La répartition des médecins sur le territoire n'est pas uniforme. En 2006, la densité moyenne pour la France métropolitaine et les DOM est de 327 médecins pour 100 000 habitants mais la densité médicale varie d'une région à l'autre, entre 219 médecins pour 100 000 habitants aux Antilles-Guyane², ou encore 255 en Picardie et 402 en Île-de-France (tableau 2). Les densités régionales s'éloignent en moyenne de 15 % de la densité nationale³. Cette moyenne est la mesure des inégalités régionales retenues dans la suite de l'article.

Les spécialistes sont moins bien répartis sur le territoire national que les diplômés de médecine générale : la densité de spécialistes est plus de deux fois plus élevée en Île-de-France (228 spécialistes pour 100 000 habitants) qu'aux Antilles-Guyane (101) ou en Picardie (111), alors que le rapport entre les densités extrêmes est de 1,6 pour les diplômés de médecine générale (191 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre 118 aux Antilles-Guyane ou 137 dans le Centre). Les écarts entre les densités régionales et la densité nationale représentent en moyenne 10 % de la densité nationale pour les diplômés de médecine générale et 21 % pour les spécialistes.

Les disparités régionales sont pourtant bien moindres aujourd'hui que par le passé et se sont réduites de façon continue au cours des vingt dernières années. Les écarts entre les densités régionales et la densité métropolitaine représentaient en moyenne 21 % de la densité de la France métropolitaine en 1983. Ils n'en représentent plus que 14 % (et 15 % de la densité nationale) en 2006 (graphique 9). La réduction des inégalités régionales au cours de cette période a concerné toutes les spécialités, mais elle a été beaucoup plus marquée pour les diplômés de médecine générale, pour lesquels l'écart moyen des densités régionales à la densité métropolitaine s'est réduit de moitié sur cette période.

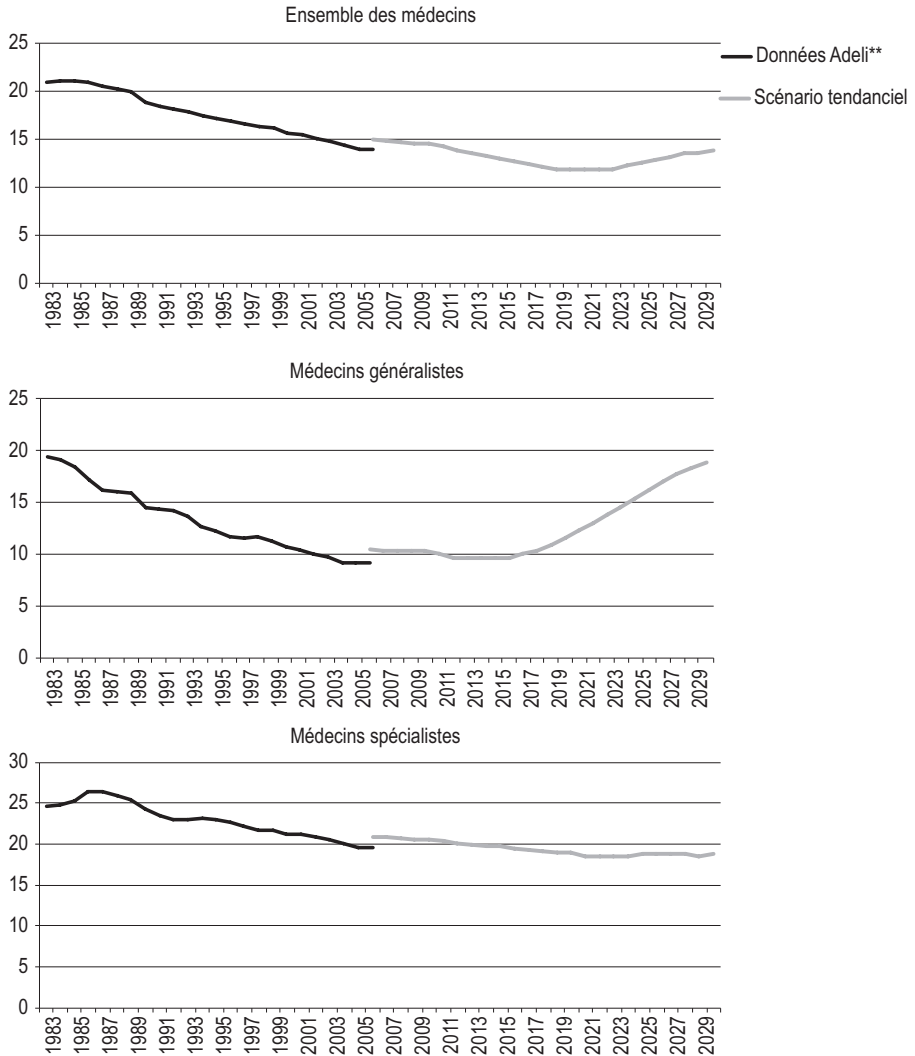
2. Dans le cadre des projections d'effectifs de médecins, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane constituent une seule « région », du fait de leurs faibles effectifs de médecins.

3. Par densité nationale, on entend ici la densité médicale calculée pour l'ensemble France métropolitaine et DOM.

GRAPHIQUE 9

ÉCART MOYEN À LA DENSITÉ NATIONALE DE MÉDECINS* EN POURCENTAGE DE LA DENSITÉ NATIONALE

En % de la densité nationale



* La densité nationale est ici la densité calculée pour l'ensemble France métropolitaine et DOM. Il s'agit de l'écart quadratique moyen des densités régionales à la densité nationale, chaque région comptant pour 1.

** Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent: il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité mais inclut les médecins exerçant dans les DOM.

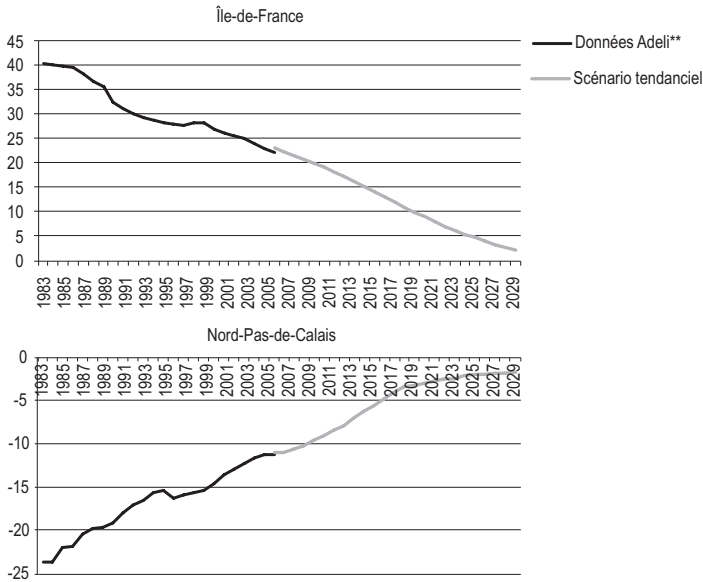
Champ: Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Source: Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Elle a profité également à presque toutes les régions, avec plus ou moins d'ampleur : l'écart à la densité métropolitaine s'est réduit fortement entre 1983 et 2006 en Île-de-France (région pour laquelle il est passé de +40 % à +22 %), en Languedoc-Roussillon (de +20 % à +8 %), en Nord-Pas-de-Calais (de -24 % à -11 %), en Bretagne (de -18 % à -9 %) et dans le Limousin (de -10 % à 0 %), alors qu'il est resté quasiment stable (et négatif) en Auvergne (graphique 10).

GRAPHIQUE 10

ÉCART ENTRE LA DENSITÉ RÉGIONALE DE MÉDECINS ET LA DENSITÉ NATIONALE* EN POURCENTAGE DE LA DENSITÉ NATIONALE POUR LE NORD-PAS-DE-CALAIS ET L'ÎLE-DE-FRANCE



* La densité nationale est ici la densité calculée pour l'ensemble France métropolitaine et DOM. Il s'agit de l'écart quadratique moyen des densités régionales à la densité nationale, chaque région comptant pour 1.

** Données ADELI sur le champ composé des médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité exerçant en France métropolitaine. Pour les effectifs projetés, le champ est différent : il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité mais inclut les médecins exerçant dans les DOM.

Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

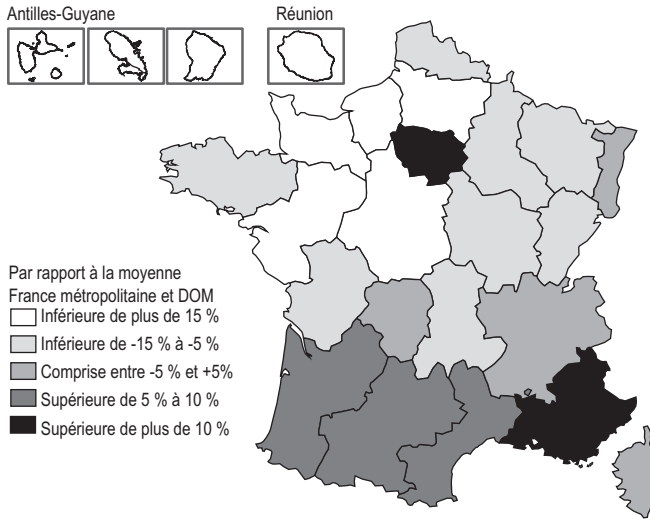
Sous les hypothèses du scénario tendanciel, les inégalités régionales en matière de densité médicale seraient peu atténuées en 2030 par rapport à 2006. Certaines régions seraient donc toujours bien mieux dotées en médecins que d'autres. Cependant, la carte des écarts régionaux à la densité médicale nationale serait assez bouleversée (cartes 1 et annexe B). En 2030, l'Île-de-France et la région

PACA ne se distingueraient plus par des densités élevées, tandis que la Bretagne, la Franche-Comté, la Lorraine, Poitou-Charentes, le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine seraient mieux dotés en médecins que les autres régions.

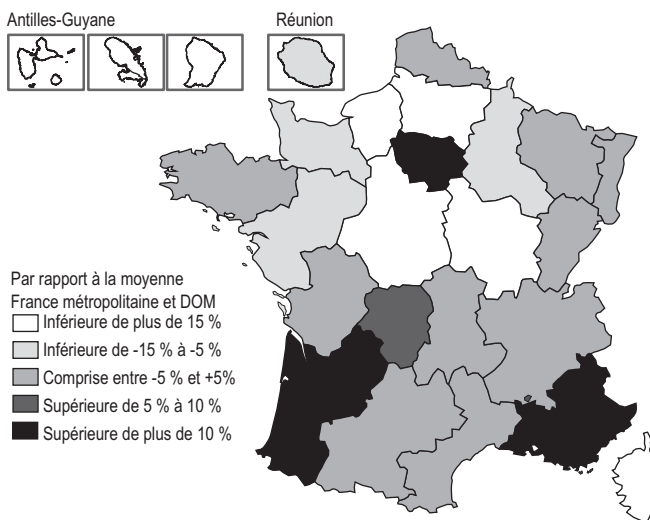
CARTES 1

DENSITÉ DE MÉDECINS PAR RAPPORT À LA MOYENNE FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DOM EN 2006, EN 2019 ET EN 2030 D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL »

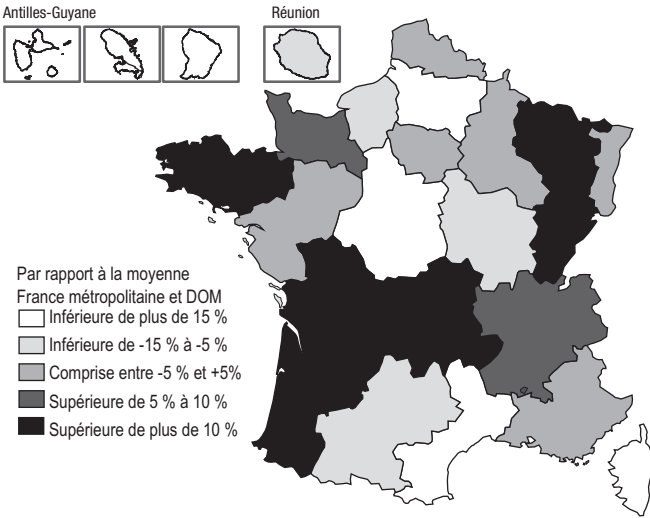
EN 2006



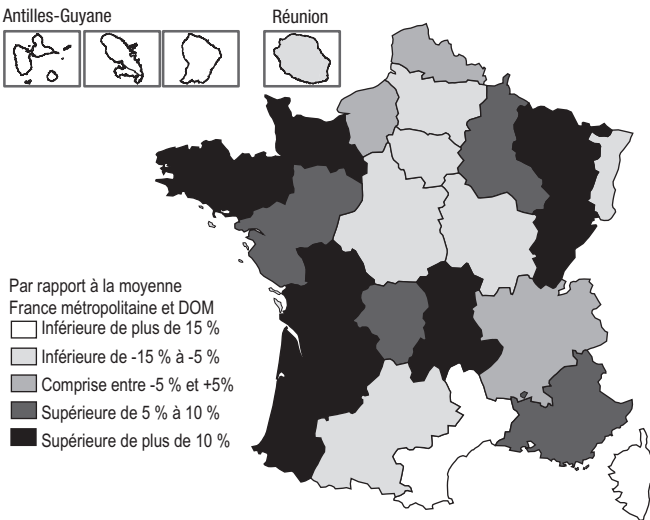
EN 2019, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL



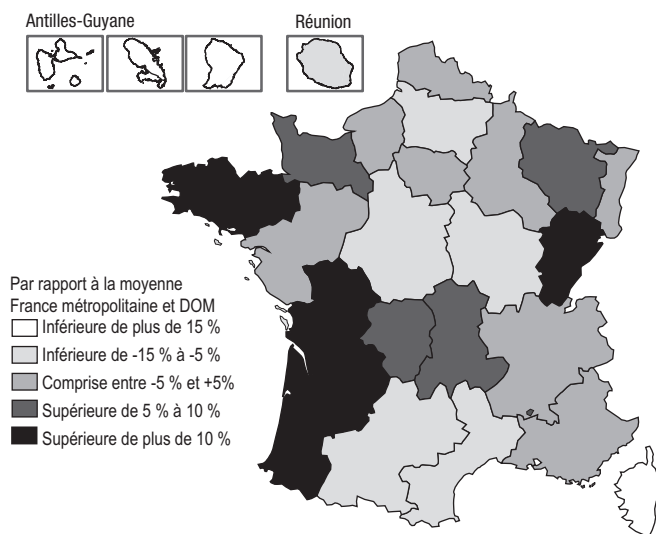
EN 2030, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL



DENSITÉ ENSEMBLE DES MÉDECINS EN 2030, VARIANTE « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL »



**DENSITÉ ENSEMBLE DES MÉDECINS EN 2030, VARIANTE « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL
AVEC UN AJUSTEMENT EN 2007, UN EN 2012 ET UN EN 2017 »**



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Toutefois, ce renversement de situation n'interviendrait que dans la deuxième moitié de la période de projection : au cours des dix prochaines années, la tendance à la réduction des inégalités observée depuis une vingtaine d'années se prolongerait. L'écart moyen des densités régionales à la densité nationale continuerait à décroître, pour atteindre un minimum de 12 % en 2019 (contre 15 % en 2006), avant d'augmenter à nouveau à partir de 2022, jusqu'à 14 % en 2030.

La densité régionale se rapprocherait de la densité nationale pour la plupart des régions au cours de la première moitié de la période de projection, puis, pour l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Bretagne, la Franche-Comté, le Languedoc-Roussillon, la Lorraine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Alsace, la même tendance – à la hausse pour les uns, à la baisse pour les autres – se prolongerait. En conséquence, entre 2019 et 2030 la densité médicale régionale, après avoir croisé la densité nationale, s'en éloignerait pour ces régions. Les inégalités se creuseraient donc à nouveau mais en 2030 les régions les mieux dotées ne seraient plus les mêmes qu'en 2006. Les densités de quelques régions ne se rapprocheraient pas de la densité nationale au cours de la période de projection, voire s'en éloigneraient. Ainsi, l'avantage actuel de l'Aquitaine s'accroîtrait pendant toute la période de projection, tandis que la Bourgogne et le Centre conserveraient une densité inférieure à la densité nationale. Les densités des régions Corse, Limousin et Rhône-Alpes, proches de la densité nationale, s'en éloigneraient fortement, dans un sens défavorable pour la Corse et dans un sens favorable pour les deux autres régions.

Les inégalités régionales se réduiraient légèrement jusqu'en 2014 pour les généralistes, mais elles se creuseraient fortement à nouveau par la suite et seraient finalement presque aussi marquées en 2030 qu'au milieu des années quatre-vingt. Pour les spécialistes, les inégalités régionales continueraient à se réduire légèrement durant toute la période de projection et, en 2030, l'écart moyen des densités régionales à la densité nationale serait inférieur de plus d'un tiers à son niveau du milieu des années quatre-vingt.

Réduire les inégalités régionales en matière de densité médicale n'est pas un objectif en soi, puisque les besoins de soins, et le recours aux différentes spécialités qu'ils supposent, peuvent différer selon les régions en fonction de la structure par âge et de l'état de santé de leur population. S'il paraît opportun de réduire les inégalités régionales de densité médicale, modifier la répartition régionale des postes proposés en première année de troisième cycle, à l'issue des ECN, constitue actuellement un levier seulement pour les disciplines filiarisées et les regroupements spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Certaines variantes permettent d'apprécier l'impact potentiel de telles mesures.

Un pilotage plus prospectif de la répartition des postes aux ECN permettrait de réduire davantage les inégalités entre régions

La variante « rééquilibrage régional » rend compte de l'impact potentiel d'une modification de la répartition régionale des postes ouverts dans chaque discipline en première année d'internat, à l'issue des ECN. Pour chaque discipline, la proportion des postes ouverts dans la région est supposée inversement proportionnelle à l'écart actuel entre la densité régionale et la densité nationale de médecins de la discipline. La nouvelle répartition ainsi obtenue est maintenue constante tout au long de la période de projection. Sous cette hypothèse, pour chaque région sauf l'Aquitaine, la Corse et les DOM, l'écart entre la densité régionale et la densité nationale se réduirait plus rapidement qu'avec le scénario tendanciel (ou se creuserait moins rapidement, comme pour le Limousin), mais l'inversion de cette tendance se produirait plus tôt, et la densité régionale serait plus éloignée de la densité nationale en fin de période.

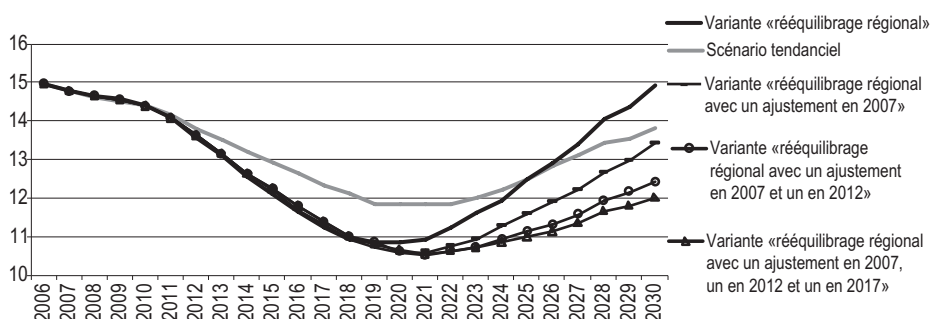
Globalement, les inégalités régionales se réduiraient plus rapidement et plus fortement, mais recommenceraient à se creuser plus tôt et plus nettement qu'avec le scénario tendanciel, au point d'être plus marquées en fin de période (graphique 11).

Compte tenu de la durée du troisième cycle (de 3 à 5 ans selon les spécialités), un ajustement de la répartition des postes ouverts en première année de troisième cycle ne peut produire d'effet qu'à moyen terme. Pour être efficace, une modification de la répartition des postes ouverts aux ECN doit donc viser à corriger non pas les inégalités actuelles, mais celles qui pourraient être observées à l'avenir.

Les variantes « rééquilibrage régional avec ajustements » simulent l'effet d'une modification de la répartition des postes ouverts aux ECN déterminée en fonction des écarts entre les densités régionales et la densité nationale projetées pour les années à venir (encadré 3).

GRAPHIQUE 11

ÉCART MOYEN À LA DENSITÉ NATIONALE* EN POURCENTAGE DE LA DENSITÉ NATIONALE
D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LES VARIANTES « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL »



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Sous les hypothèses des variantes « rééquilibrage régional avec ajustements », dont les résultats sont dans un premier temps très proches de ceux de la variante « rééquilibrage régional », les inégalités régionales en matière de densité médicale se réduiraient davantage que sous les hypothèses du scénario tendanciel. En revanche, à partir de 2019, les résultats des variantes « rééquilibrage régional avec ajustements » se distinguent de ceux de la variante « rééquilibrage régional » initiale : la tendance à la réduction des inégalités se retournerait toujours, mais les inégalités se creuseraient moins que d'après la variante « rééquilibrage régional » et le scénario tendanciel par la suite. Le simple fait de modifier la répartition des postes ouverts aux ECN non pas en fonction des inégalités actuelles (variante « rééquilibrage régional »), mais en fonction des inégalités anticipées à un horizon de 7 ans, en se fiant aux effectifs de médecins actifs projetés par le scénario tendanciel (variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007 ») permettrait de réduire davantage les inégalités que dans la variante « rééquilibrage régional ». Les actualisations de l'ajustement initial intervenant 5 ans plus tard (variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007 et un en 2012 ») et 10 ans plus tard (variante « rééquilibrage régional avec un ajustement en 2007, un en 2012 et un en 2017 ») limiteraient encore un peu plus le creusement des inégalités après le retournement de tendance.

Finalement, d'après la variante « rééquilibrage régional avec trois ajustements », en 2030, les inégalités seraient moins marquées que d'après le scénario tendanciel, et nettement moindre que celles observées en 2006 : l'écart moyen à la densité nationale représenterait 12 % de la densité nationale en 2030, contre 13,8 % d'après le scénario tendanciel, tandis qu'il représentait encore 15 % de la densité nationale en début de période.

Pour les variantes « rééquilibrage régional » et « rééquilibrage régional avec ajustements », la modification de la répartition régionale des postes ouverts aux ECN est effectuée non pas globalement, mais pour chaque spécialité distinguée par le modèle (la médecine générale étant l'une de ces spécialités). Il en résulte qu'une part du rééquilibrage n'est pas perceptible au niveau de la densité médicale globale. En effet, les écarts à la densité nationale obtenus avec la variante « rééquilibrage régional avec trois ajustements » diffèrent assez peu de ceux obtenus avec le scénario tendanciel pour chaque région. En revanche, la variante « rééquilibrage régional avec trois ajustements » fait apparaître une nette réduction de l'écart à la densité nationale pour les diplômés de médecine générale⁴. L'écart moyen à la densité nationale se réduirait aussi sensiblement par rapport au scénario tendanciel pour les médecins généralistes, passant de 18,8 % à 14,3 % en 2030.

4. Sauf pour l'Aquitaine et La Réunion, car en 2004-2005 les postes d'internes de La Réunion étaient ouverts en Aquitaine. Le modèle reproduit ce fonctionnement, ce qui conduit dans les variantes « rééquilibrage régional » à maintenir une forte proportion de médecins généralistes en Aquitaine.

onclusion

Sous l'hypothèse de comportements constants, le nombre de médecins actifs se réduirait jusque vers 2020 et la densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel. Après 2020, les effectifs médicaux repartiraient à la hausse, croissant de plus en plus vite, pour revenir à un niveau proche de leur niveau actuel en 2030 (206 000). La hausse se poursuivrait à un rythme soutenu au-delà de cet horizon. Une modification du *numerus clausus* n'aurait aucun effet significatif avant une quinzaine d'années ; ainsi l'évolution de la population médicale à l'horizon 2020 est pratiquement inéluctable. En revanche, les variations du *numerus clausus* ont un impact fort à long terme, il faut donc prêter attention à l'effet de variations heurtées du *numerus clausus*. Une inversion de tendance dans l'évolution du niveau national du *numerus clausus* produit inmanquablement des déséquilibres entre entrées et sorties de la vie active, sur le long, voire le très long terme, déséquilibres d'autant plus sévères que les variations sont soudaines, marquées ou durables. La baisse du nombre de médecins en activité qui s'amorce actuellement en est la parfaite illustration : elle résulte directement du resserrement rapide du *numerus clausus* dans les années quatre-vingt-dix.

Concernant la répartition des médecins par spécialité, la baisse des effectifs médicaux serait plus marquée pour les spécialistes que pour les diplômés de médecine générale. Le nombre de diplômés de médecine générale, quasiment égal au nombre des autres spécialistes en 2006, lui serait de 3,4 % supérieur en 2030. Une hausse permanente de 9 % de la part des postes ouverts à l'internat en médecine générale à partir de 2009 conduirait 20 ans après, soit vers 2030, à une hausse de 7 % du nombre de diplômés de médecine générale en activité.

Enfin, au cours des dix prochaines années, la tendance à la réduction des inégalités régionales observée depuis une vingtaine d'années se prolongerait, sous l'hypothèse de comportements constants. Puis les inégalités régionales augmenteraient à nouveau à partir de 2022 ; en 2030, leur niveau serait proche de celui actuellement observé. Étant donné les comportements des médecins en termes de choix de région d'installation, modifier la répartition régionale des postes à l'internat permettrait de réduire les inégalités régionales. Toutefois, pour être vraiment efficace, cette modification doit être basée sur les inégalités régionales à venir, et non sur les inégalités actuelles, en prenant en compte non seulement l'évolution de la population médicale par spécialité mais aussi celle de la démographie régionale. Les effets de ces ajustements ne sont visibles qu'au

bout de 7 ans environ. En outre, la répartition des postes à l'internat doit être régulièrement réactualisée de façon prospective pour réduire durablement les inégalités régionales.

Bibliographie

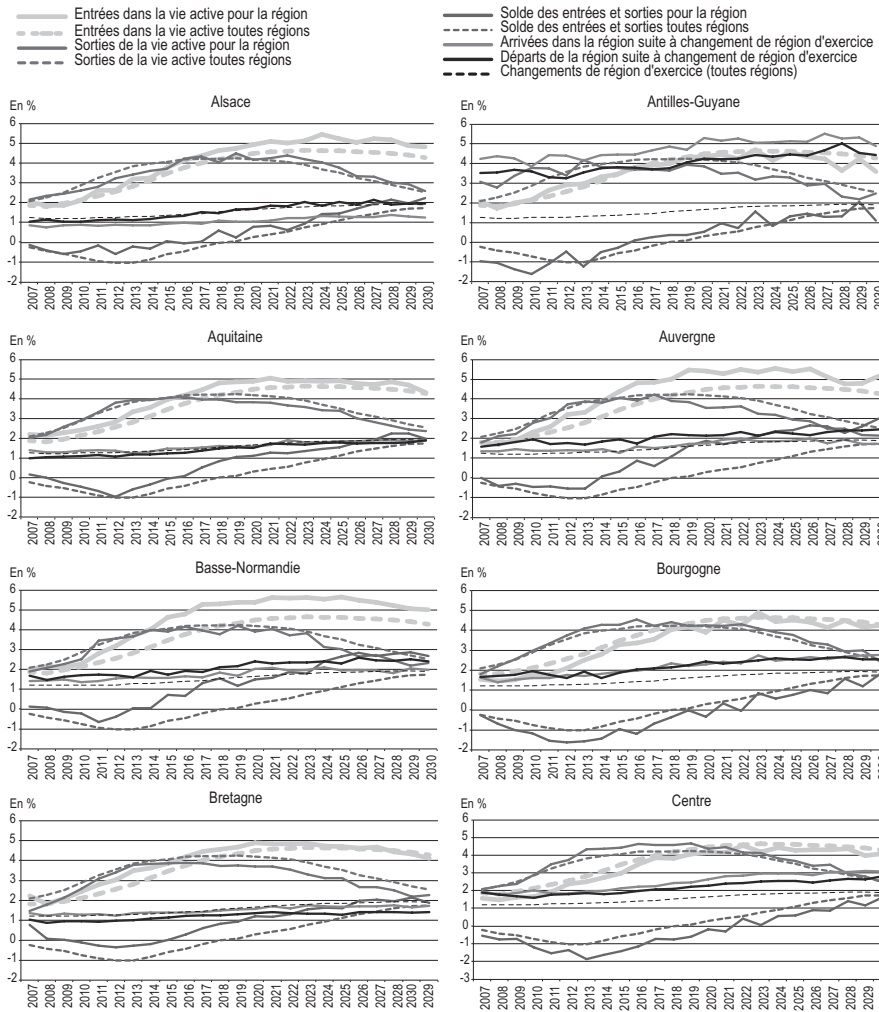
Attal-Toubert K., Vanderschelden M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n° 12.

Attal-Toubert K., Vanderschelden M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et Résultats*, DREES, n° 679, février.

Rapports de l'ONDPS 2004, tome 2, « Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025, 2004 ».

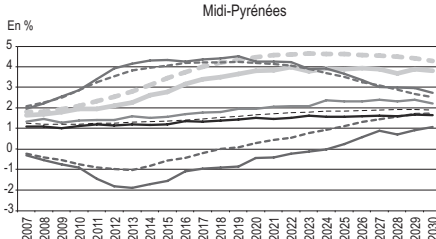
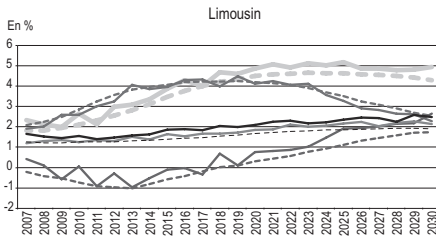
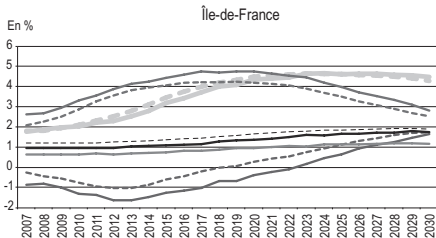
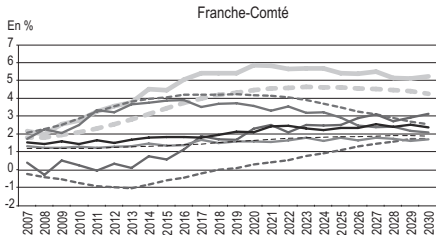
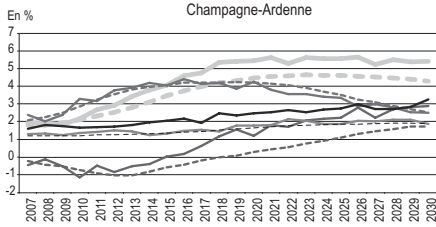
Annexe A

PROPORTIONS D'ENTRÉES ET DE SORTIES DÉFINITIVES DE LA VIE ACTIVE, D'ARRIVÉES ET DE DÉPARTS DUS AUX CHANGEMENTS DE RÉGION D'EXERCICE, POUR CHAQUE RÉGION D'EXERCICE, D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL

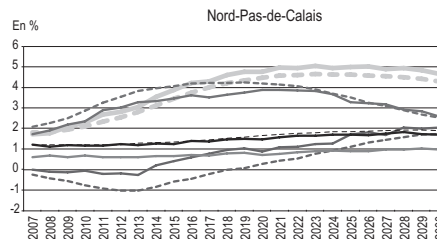
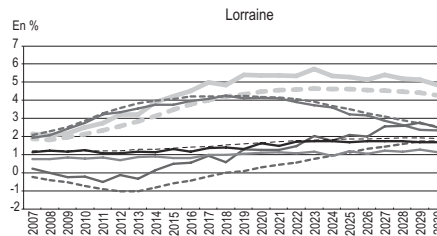
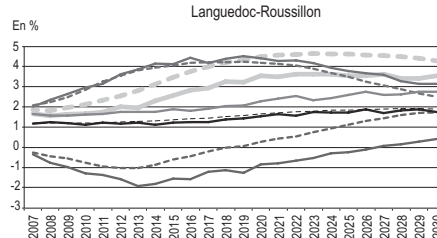
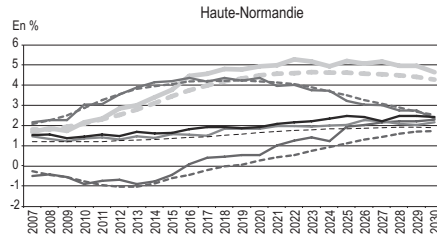
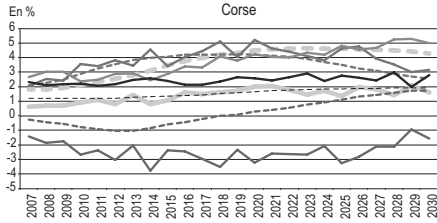


QUELLES PERSPECTIVES POUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?

— Entrées dans la vie active pour la région
 - - - Entrées dans la vie active toutes régions
 — Sorties de la vie active pour la région
 - - - Sorties de la vie active toutes régions

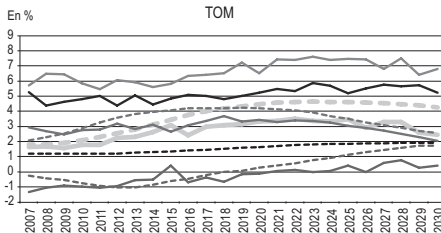
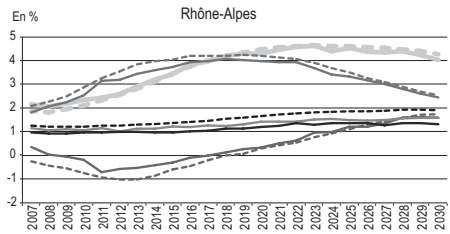
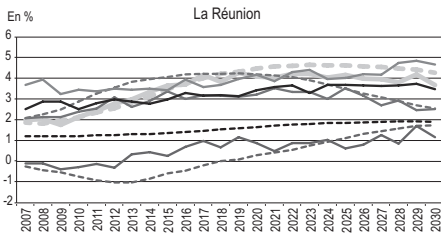
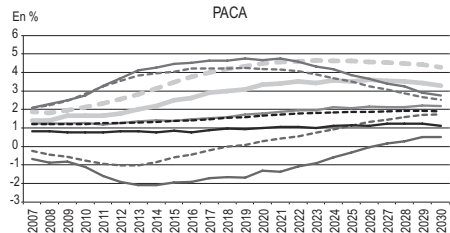
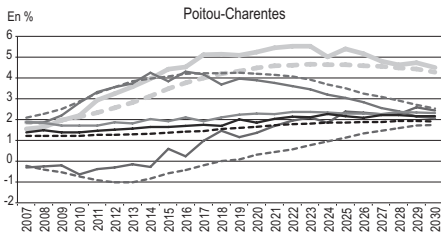
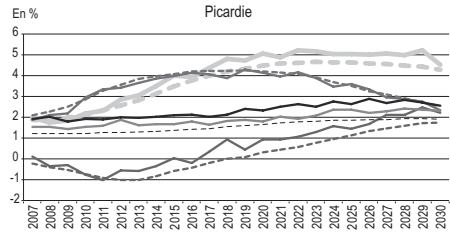
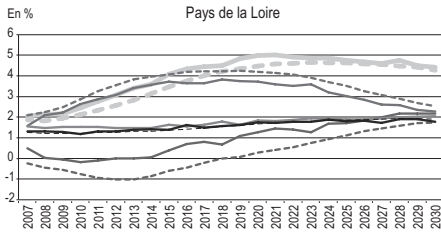


— Solde des entrées et sorties pour la région
 - - - Solde des entrées et sorties toutes régions
 — Arrivées dans la région suite à changement de région d'exercice
 - - - Départs de la région suite à changement de région d'exercice
 — Changements de région d'exercice (toutes régions)



— Entrées dans la vie active pour la région
 - - Entrées dans la vie active toutes régions
 — Sorties de la vie active pour la région
 - - Sorties de la vie active toutes régions

— Solde des entrées et sorties pour la région
 - - Solde des entrées et sorties toutes régions
 — Arrivées dans la région suite à changement de région d'exercice
 - - Départs de la région suite à changement de région d'exercice
 - - Changements de région d'exercice (toutes régions)



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

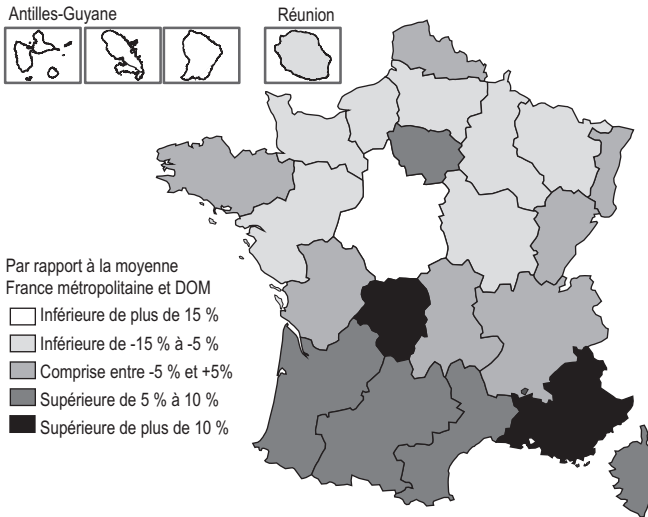
Sources : Projections DREES.

LECTURE : En 2017, 4,4 % des médecins exerçant dans la région Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente sortiraient de la vie active, tandis que le volume de l'ensemble des sorties de la vie active représenterait seulement 4,2 % de l'effectif total de médecins actifs. Inversement, les entrées dans la vie active de nouveaux médecins dans la région Midi-Pyrénées représenteraient 3,4 % de l'effectif de médecins exerçant dans la région au cours de l'année précédente, contre 4 % pour l'ensemble des médecins. En 2017, 1,3 % des médecins exerçant en Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente quitteraient la région, et les arrivées en Midi-Pyrénées de médecins exerçant dans une autre région au cours de l'année précédente représenteraient 1,8 % de l'effectif de médecins exerçant en Midi-Pyrénées au cours de l'année précédente. Ces deux dernières proportions sont à rapporter à la proportion des médecins qui changeraient de région à cette date (1,4 %).

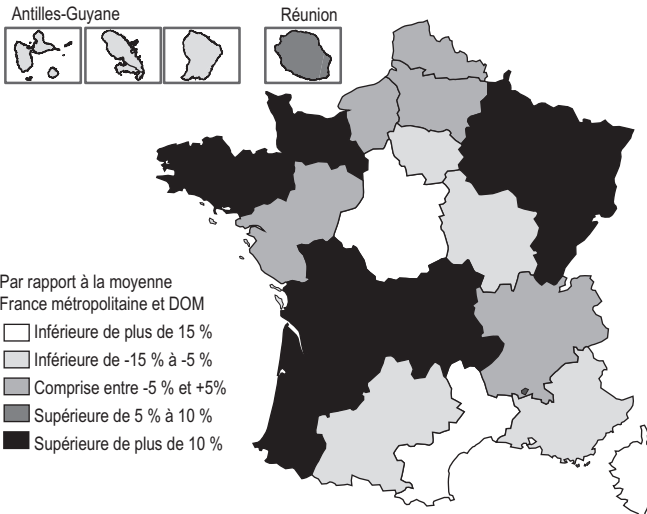
Annexe B

DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES EN 2006 ET EN 2030 D'APRÈS LE SCÉNARIO TENDANCIEL ET LA VARIANTE « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL AVEC UN AJUSTEMENT EN 2017, UN EN 2012 ET UN EN 2017 » PAR RAPPORT À LA MOYENNE FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DOM

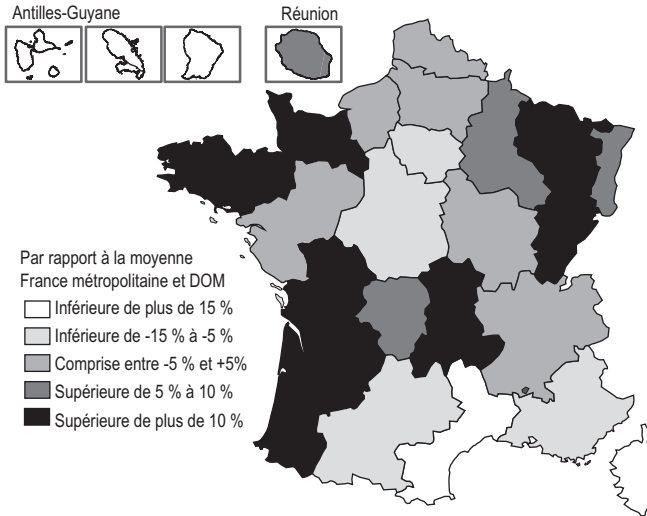
DENSITÉ RÉGIONALE DE GÉNÉRALISTES EN 2006



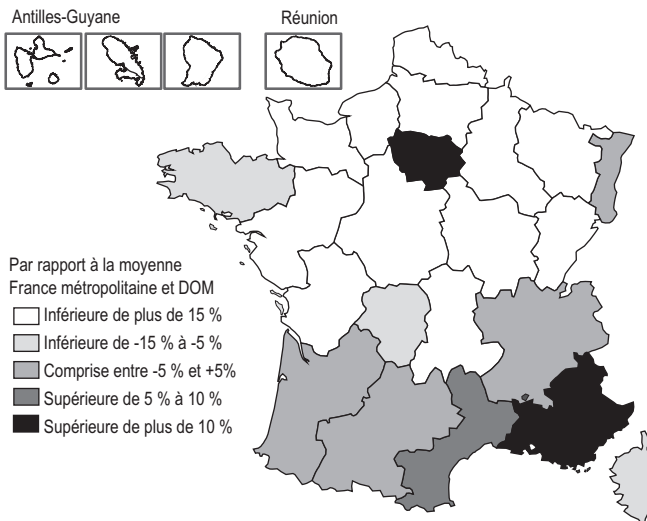
DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES EN 2030, SCÉNARIO TENDANCIEL



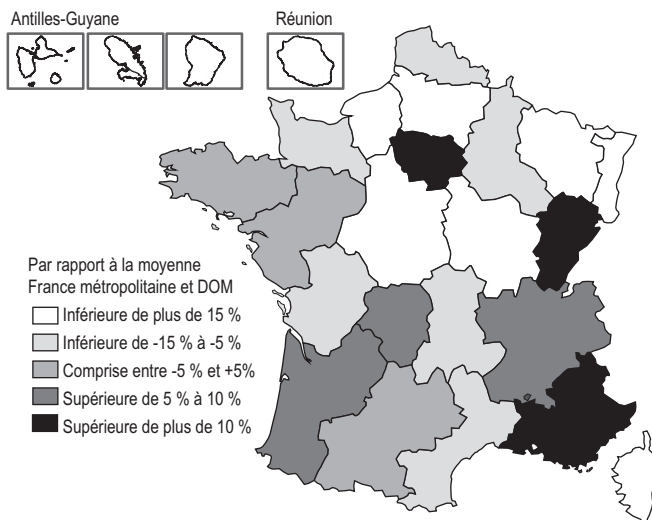
**DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES EN 2030, VARIANTE « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL
 AVEC UN AJUSTEMENT EN 2007, UN EN 2012 ET UN EN 2017 »**



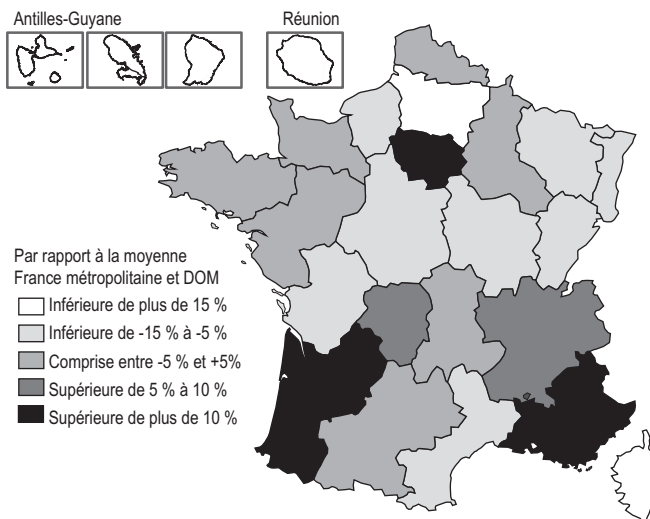
DENSITÉ RÉGIONALE DE SPÉCIALISTES EN 2006



DENSITÉ DE SPÉCIALISTES EN 2030, SCÉNARIO TENDANCIEL



DENSITÉ DE SPÉCIALISTES EN 2030, VARIANTE « RÉÉQUILIBRAGE RÉGIONAL AVEC UN AJUSTEMENT EN 2007, UN EN 2012 ET UN EN 2017 »



Champ : Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Ce troisième tome du rapport 2008-2009, consacré au *renouvellement des effectifs médicaux*, rassemble trois contributions.

Un état des lieux dresse un panorama de la démographie des internes en formation en 2008-2009. Puis, un rapprochement de la démographie des médecins et des internes en formation s'inscrit dans une démarche prospective réalisée par région et par spécialité à l'horizon de cinq à dix ans. Enfin, des projections des effectifs de médecins, réalisées selon plusieurs scénarios, éclairent les perspectives d'ici à 2030.

Une attention particulière est portée aux situations régionales.

Ce quatrième rapport de l'**Observatoire national de la démographie des professions de santé** comportera une synthèse. Il a donné lieu à deux publications :

Le tome 1, *Les métiers du diagnostic biologique du cancer*, issu d'un travail mené en partenariat avec l'INCa, s'attache plus particulièrement aux spécialistes de l'anatomo-cytopathologie, de la biologie médicale et de la génétique.

Le tome 2, *Analyse des professions: insuffisance rénale chronique, masseur kinésithérapeute* décrit la situation et les perspectives de la prise en charge médicale de l'insuffisance rénale chronique, à partir d'un état des lieux plus particulièrement approfondi dans quatre régions. Il comporte également la synthèse d'une étude consacrée au métier de masseur kinésithérapeute.

ONDPS

Ministère de la Santé et des Sports
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36

ONDPS © 2009
Éditions DICOM : 10.002
Imprimé en France

TOME 3

LE RENOUVELLEMENT DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Le rapport 2008-2009

