



ONDPS

RAPPORT 2013-2014



■ ■
Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



ONDPS

RAPPORT 2013-2014

La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants

Le numerus clausus des trois professions médicales
et des pharmaciens

La situation démographique des chirurgiens-dentistes

Etude ONDPS-Plein Sens

Bilan de la filiarisation

Les mouvements qui ont affecté
les deux premières cohortes concernées (2010 et 2011)

Avant-propos

Ce rapport de l'ONDPS présente trois études qui ont en commun d'apporter un éclairage concret à la question, souvent évoquée de façon théorique et politique, de la régulation quantitative, qualitative et géographique de la démographie des professionnels de santé en France : sont en effet abordés successivement le numerus clausus de quatre professions de santé, la situation démographique des chirurgiens-dentistes, enfin le bilan de la filiarisation des épreuves classantes nationales (ECN).

S'agissant du **numerus clausus, sa mise en œuvre est analysée depuis sa création pour les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes**. Ce panorama comparatif et historique, outre qu'il pointe d'importantes différences entre les professions dont les caractéristiques et les problèmes structurels sont trop souvent assimilés, permet de dresser plusieurs constats.

Certains objectivent des critiques fréquemment émises, telles que l'absence de perspectives claires en matière d'organisation de l'offre de soins (en définissant qui doit faire quoi) et la gestion en dents de scie et à très court terme d'un instrument puissant mais dont les effets sont différés. Il en va de même de la capacité réelle du numerus clausus régionalisé à réduire les disparités géographiques, compte tenu de phénomènes connexes tels que les épreuves classantes nationales qui déplacent la moitié des étudiants en médecine ou la localisation des UFR d'odontologie qui concentre les étudiants dans treize régions.

D'autres constats mettent en évidence des phénomènes plus récents : d'une part, les divergences importantes, au moins pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, entre les projections d'effectifs réalisées ces dernières années et la situation observée ; d'autre part, et cela explique en partie le constat précédent, l'influence sur la démographie du nombre croissant de professionnels de santé titulaires d'un diplôme étranger qui exercent dans notre pays.

Ce sont ces constats qui conduisent aujourd'hui à s'interroger sur l'intérêt de maintenir le numerus clausus et militent, en tout cas, en faveur d'un travail approfondi sur la nécessaire adaptation de cet outil de régulation.

La démographie des chirurgiens-dentistes, particulièrement bien cernée dans l'étude qui est proposée, illustre de façon détaillée le propos précédent, en particulier le maintien d'inégalités régionales de l'offre due à la répartition des UFR d'odontologie sur le territoire ainsi que le manque de référentiels et de perspectives en matière de couverture des soins dentaires.

Enfin, concernant la filiarisation au terme des épreuves classantes nationales, l'observation des mouvements qui ont affecté les deux premières cohortes concernées par la réforme montre que, globalement, les mouvements interspécialités ou interdisciplinaires sont peu importants. Il conviendra d'examiner si ce constat se vérifie dans les prochaines années.

Ce rapport ouvre des réflexions dont, j'en suis certain, les professionnels sauront s'emparer. L'ONDPS poursuivra, quant à lui, sur cet axe de travail en réalisant deux nouvelles études : l'une concerne les conditions d'installation des médecins en ambulatoire dans cinq pays européens, l'autre les mobilités internationales des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Professeur Yvon Berland, Président

Sommaire

PARTIE I : LA REGULATION DEMOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE PAR LES FLUX D'ETUDIANTS	9
Introduction	11
1. Etudes et entrée en seconde année des étudiants en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique	15
1.1. Le déroulement des études	17
1.2. Les modalités d'entrée en deuxième année	19
1.2.1. La première année commune aux études de santé (PACES)	19
1.2.2. Les procédures d'admission directe qui augmentent les flux d'entrée	22
1.2.3. La régulation des étudiants étrangers	24
2. Le numerus clausus des quatre professions au niveau national : évolution historique et perspectives	27
2.1. Evolution historique	29
2.1.1. Observation des séries	29
2.1.2. NC et effectifs d'étudiants : le cas de la médecine	31
2.1.3. NC et effectifs des professionnels en exercice	33
2.1.4. NC et densité des professionnels en exercice	34
2.2. Des perspectives insuffisantes qui incitent à figer les situations depuis 2012	37
2.2.1. Une évolution des métiers peu intégrée dans le processus actuel de régulation	37
2.2.2. Des projections de la démographie des professionnels devenues en partie obsolètes	41
3. Numerus clausus et inégalités régionales	53
3.1. La fidélité au lieu de formation	55
3.2. Les évolutions de la répartition régionale	64
3.2.1. Evolution régionale du NC des quatre professions	65
3.2.2. Evolution du NC régionalisé par rapport à la population générale	68
3.2.3. Evolution du NC régionalisé par rapport aux professionnels en activité	71
3.2.4. Evolution du NC par rapport au nombre de bacheliers	73

Conclusion générale	77
Annexes de la partie I	79
Annexe 1 Article L631-1 du code de l'éducation : PACES et Numerus clausus	81
Annexe 2 Liste et durée des spécialités	82
Annexe 3 Liste et durée des DESC	83
Annexe 4 Lettre du conseil d'orientation de l'ONDPS à l'attention de la ministre chargée de la santé	85
Annexe 5 Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées	87

PARTIE II : LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

1. Constat au plan national	101
1.1 La démographie des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 au niveau national	103
1.1.1. Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes	103
1.1.2. Age et sexe des chirurgiens-dentistes	104
1.1.3. Mode et lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes	106
1.2. Deux facteurs d'évolution de la démographie : le numerus clausus et les flux de praticiens formés à l'étranger	106
1.2.1. Le dispositif du numerus clausus	107
1.2.2. L'évolution du numerus clausus	109
1.2.3. Une projection de la démographie des chirurgiens-dentistes non confirmée	111
1.2.4. Les professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger	113
2. Constat au plan régional	117
2.1. L'évolution de la démographie régionale	119
2.1.1. Les disparités régionales de densité	119
2.1.2. Les inégalités régionales de la structure par âge des praticiens	121
2.2. L'impact des lieux de formation	123
2.2.1. Une inégale répartition des places au concours en fin de PACES	123
2.2.2. Le rôle déterminant de l'inégale répartition des facultés de chirurgie dentaire	125
2.2.3. Apport des praticiens diplômés à l'étranger par région	127
2.3. Profil des dynamiques régionales	130
2.4. Les capacités de formation des régions	134
2.4.1. Les capacités de formation	134
2.4.2. Historique du numerus clausus par région	135
2.4.3. L'internat	136

3.	La consommation des soins dentaires en 2012	137
3.1.	Un suivi statistique limité à l'activité présentée au remboursement	139
3.2.	L'impact de la densité de chirurgiens-dentistes	139
3.2.1.	Sur l'activité des chirurgiens-dentistes selon les régions	139
3.2.2.	Sur la consommation par habitant selon les régions	140
3.3.	La structure de consommation des soins dentaires	142
3.3.1.	Par catégorie d'actes	142
3.3.2.	Par classe d'âge	143
4.	Perspectives	145
4.1.	L'impossibilité d'évaluer précisément la qualité de la prise en charge des besoins de soins dentaires	147
4.2.	Une projection « mécanique » de la consommation jusqu'en 2040	149
4.3.	Des questions prospectives à peine ébauchées	149
<hr/>		
	PARTIE III : BILAN DE LA FILIARISATION	153
<hr/>		
1.	Introduction	155
1.1.	Contexte	157
1.2.	Informations exploitables	157
1.3.	Les flux mesurés	159
1.4.	Les phénomènes observés	161
2.	Principaux constats	163
2.1.	La réduction des cohortes	165
2.2.	Le phénomène d'attractivité/désaffection des spécialités	166
2.2.1.	Par groupe de spécialités	166
2.2.2.	Par spécialité	166
3.	Quelques spécialités significatives (cohorte 2011)	171
3.1.	Les spécialités les plus et les moins attractives	173
3.2.	Médecine du travail et médecine générale	174
	Annexe I Dispositif de la filiarisation	177
	Annexe II Détails de la cohorte 2011	181

ANNEXES GENERALES

	187
1. Sigles et acronymes utilisés	189
2. Liste des figures du rapport	195
3. Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'ONDPS	201



PARTIE I

LA REGULATION DEMOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE PAR LES FLUX D'ETUDIANTS

Introduction

Le contexte

En France, la régulation démographique des professionnels de santé s'exerce essentiellement par la détermination du nombre d'étudiants à former, leur exercice en fin d'études étant fondé, au contraire, sur le principe de liberté.

Pour les trois professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et pour les pharmaciens, le principal instrument en est le numerus clausus (NC) qui, dans chaque filière, fixe le nombre de places offertes à l'entrée en seconde année d'études après le baccalauréat, et ce, par unité de formation et de recherche (UFR).

Le premier numerus clausus pour les études médicales, arrêté en octobre 1971 en application d'une loi votée quelques semaines plus tôt, a fixé à 8 588 le « nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers [...] » pour l'année universitaire 1974-1975.

L'objectif affiché était celui d'une adaptation du nombre d'étudiants aux capacités d'accueil hospitalières, même si cette démarche répondait surtout au souci d'optimiser la couverture des besoins de santé de la population dans un contexte de ressource rare, selon une problématique apparue dans les années 70 après une période de très forte croissance du nombre de professionnels de santé et, concomitamment, des dépenses d'Assurance maladie.

Quelque 40 ans plus tard, les objectifs du numerus clausus relatif aux trois professions médicales et aux pharmaciens sont à la fois plus nombreux et plus ambitieux : **« ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. »** (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011)¹.

Depuis sa création, la légitimité et la gestion par à-coups du numerus clausus ont souvent été critiquées et, depuis quelques années, son efficacité même est controversée, en raison d'un phénomène récent qui en dégrade la logique : la forte augmentation des professionnels à diplôme étranger (de nationalité française ou étrangère) qui s'installent en France.

L'expansion de cet apport extérieur concerne surtout les médecins et les chirurgiens-dentistes : il a pour conséquence de rendre en partie caduques les projections démographiques actuellement disponibles pour orienter les décisions en matière de numerus clausus. Il semble même faire redouter un excès d'offre, alors que, jusqu'à maintenant, la conjonction de la forte chute du NC à partir de 1980 et des importants départs en retraite des professionnels issus d'une période antérieure au NC ou à NC élevé avait au contraire tracé la perspective d'une probable pénurie.

Dans ce contexte en mutation, l'ONDPS a jugé utile de consacrer son rapport 2013-2014 à un bilan rétrospectif et évaluatif du numerus clausus.

¹ Voir annexe 1 de la partie 1, page 81.

Ce bilan montre que les quatre professions ont connu des évolutions différenciées de leur NC sur longue période et présentent aujourd'hui des situations démographiques hétérogènes. Il met aussi en évidence les insuffisances qui ont marqué la gestion du NC et ont empêché cet instrument de régulation de remplir pleinement tous ses objectifs mentionnés supra.

Le défaut de perspectives claires quant à l'évolution souhaitable de l'offre de soins, des compétences et des métiers a d'ailleurs conduit, depuis 2012, à une stabilisation du NC des quatre professions que l'on pourrait qualifier de gel par défaut. Cette indécision peut difficilement perdurer puisqu'elle impactera la démographie des professionnels en activité avec un délai de quatre à onze ans selon la durée de leurs études.

Par ailleurs, la fixation du numerus clausus n'a pas réussi à réduire les disparités régionales en harmonisant de manière significative le rapport entre le nombre de places offertes dans une région d'une part, la population générale de cette région, ses professionnels en exercice ou son vivier de bacheliers d'autre part. Cette situation est sans doute imputable à la rigidité des capacités de formation qui, elle-même, découle d'une absence de visibilité, le numerus clausus étant arrêté annuellement pour la rentrée universitaire suivante.

Les derniers chiffres-clefs disponibles

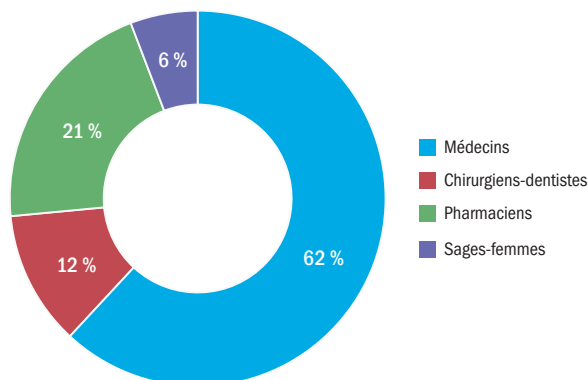
Pour mémoire, au 1^{er} janvier 2014, les effectifs des professionnels en exercice étaient les suivants :

	Effectifs au 01/01/2014
Médecins	219 834
Chirurgiens-dentistes	41 186
Pharmaciens	73 598
Sages-femmes	20 772
TOTAL	355 390

Source : RPPS 2014, traitement DREES.

FIGURE 1

Répartition des 4 professions de santé au 1^{er} janvier 2014 (total = 355 390)



Leur âge moyen est le suivant :

- médecins : 51,5 ans (51,3 ans en 2013) ;
- chirurgiens-dentistes : 48,3 ans (48,4 ans en 2013) ;
- pharmaciens : 46,5 ans (idem en 2013) ;
- sages-femmes : 40,1 ans (idem en 2013).

L'ONDPS et les procédures de régulation des étudiants

Depuis 2010, l'ONDPS participe au processus de régulation des étudiants, le décret du 13 juillet 2010² lui ayant confié une nouvelle mission : « Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ; » (Article 1 2°).

Sur la base d'orientations nationales formulées par le ministre de la santé et grâce à ses comités régionaux qui réunissent l'ensemble des acteurs concernés, l'Observatoire recueille les propositions de chaque région ; celles-ci sont étayées sur des indicateurs qui prennent en compte les caractéristiques démographiques des professionnels en activité et les capacités de formation des Unités de formation et de recherche (UFR), et ce, pour une période quinquennale glissante. Le conseil d'orientation de l'Observatoire peut infléchir ces propositions régionales, en particulier pour que leur agrégation soit compatible avec l'encadrement quantitatif préconisé au plan national.

Depuis 2010, l'Observatoire a investi par étape les procédures suivantes :

- propositions du numerus clausus des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ;
- propositions des postes d'internes pour les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie.

² Voir texte complet du décret n° 2010-804 du 13 juillet 2014 en annexes générales, 3°, page 201.

1.

**Etudes et entrée
en seconde année
des étudiants en médecine,
odontologie, pharmacie
et maïeutique**

La majorité des pays utilise le système de formation pour optimiser le nombre, la spécialisation ou la localisation des professionnels de santé, comme le montrent les récents travaux de l'OCDE sur les inégalités géographiques d'effectifs de médecins³, mais ils accordent souvent une place plus importante aux dispositifs de régulation à l'installation.

Par ailleurs, le système français présente des spécificités :

- une sélection par concours à la fin de la première année universitaire et non après le baccalauréat ;
- l'existence d'une seconde étape à l'entrée de l'internat⁴ qui régule les spécialités et leur localisation⁵ ;
- sa gouvernance centralisée qui, malgré l'autonomie des universités et l'existence des ARS (Agences régionales de santé), arrête au niveau national les quotas d'étudiants par UFR, définit des règles identiques de gestion des étudiants et des internes sur l'ensemble du territoire, enfin fixe à toutes les régions les mêmes objectifs de répartition des postes d'internes entre spécialités.

Depuis 2010, des réformes importantes sont intervenues pour améliorer les dispositifs de régulation des flux d'étudiants en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique, en particulier l'instauration de la première année commune d'études en santé (PACES) qui ouvre l'accès aux concours et à la poursuite des études dans l'une des quatre filières, mais aussi la filiarisation de l'internat en médecine et la création des DES⁶ qualifiants en odontologie.

De nouvelles réformes sont en cours relatives aux admissions directes en 2^e ou 3^e année des études de santé ainsi qu'au 3^e cycle des études médicales.

1.1.

Le déroulement des études

Aujourd'hui, pour les quatre professions étudiées dans ce rapport, les études ont une durée qui varie de 5 à 11 ans après le baccalauréat :

- les étudiants en médecine ont des études qui, selon la spécialité choisie en fin de second cycle lors de l'entrée dans l'internat, durent de **9 à 11 ans après le baccalauréat**, sans les diplômes d'études spécialisées complémentaires⁷ en médecine (DESC qualifiants ou non qualifiants qui durent de deux à trois ans, mais dont la première année se chevauche avec la dernière année d'internat) ;

³ OCDE Health Working Paper n° 69, *Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses*, 2014 : ces travaux auxquels l'ONDPS a participé ont été en partie financés par la DREES.

⁴ Cette seconde étape ne concerne pas les étudiants en maïeutique.

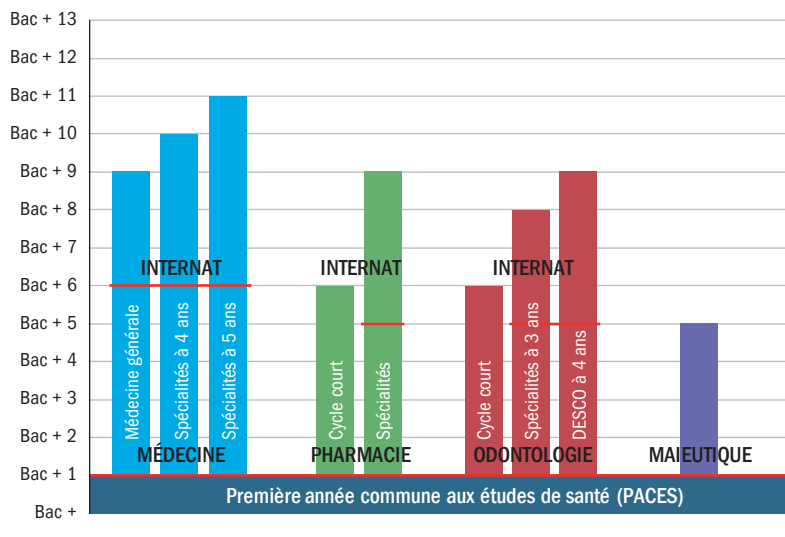
⁵ Depuis 2010 le nombre de postes d'internes est fixé par UFR (Unités de formation et de recherche) et pour chacune des trente spécialités en médecine.

⁶ DES : diplôme d'études spécialisées.

⁷ Voir la liste et durée des spécialités et des DESC en annexe de la partie 1, pages 82-83.

- en pharmacie et odontologie, la majorité des étudiants termine un troisième cycle court 5 ans après la PACES, soit **baccalauréat + 6 ans**, seule une minorité accédant à l'internat (cf. figure 3) ;
- dans ce cas, pour les internes en pharmacie, s'ajoutent 4 ans après les 5 premières années, soit au total **baccalauréat + 9 ans** ; pour les internes en odontologie, 3 ou 4 années s'ajoutent selon les spécialités, soit au total **baccalauréat + 8 ou 9 ans** ;
- quant aux sages-femmes, elles entrent dans un cursus de 4 ans après le concours de fin de PACES, soit au total **baccalauréat + 5 ans**.

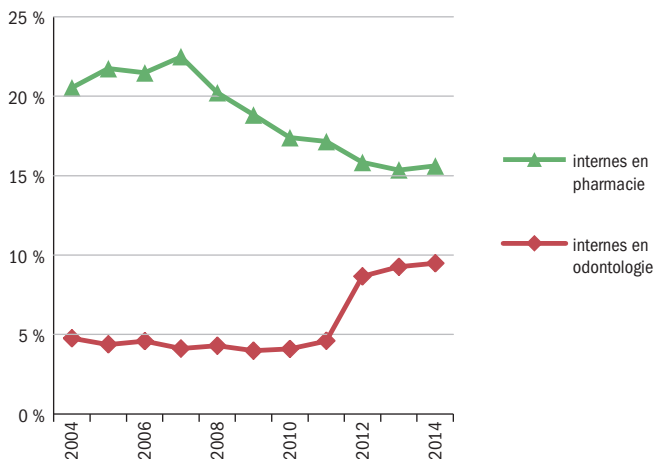
FIGURE 2
 Organisation des études et régulation des quatre professions



Les étudiants qui poursuivent leurs études comme internes représentent une part très variable par filière : elle est théoriquement de 100 % en médecine, puisque tous les étudiants ayant validé leur second cycle et passant les épreuves classantes nationales se voient proposer un poste d'interne. En revanche, en odontologie, la part d'internes n'est que de 10 % avec une forte progression depuis 2011, celle de pharmacie est de 15 % mais diminue depuis 2007.

FIGURE 3

Part d'internes/NC correspondant en odontologie et pharmacie



1.2.

Les modalités d'entrée en deuxième année

1.2.1. La première année commune aux études de santé (PACES)

En France, la sélection par voie de concours ne s'opère pas à l'entrée à l'université, contrairement à la pratique généralement observée dans les pays qui opèrent une sélection (par voie de concours ou sur dossiers). En effet, tout bachelier, quelle que soit sa série⁸, peut s'inscrire en **première année commune aux études de santé (PACES)**, mise en œuvre à partir de 2010⁹.

En revanche, c'est à la fin de la PACES que s'exerce une forte régulation quantitative et géographique par le biais des concours dont le nombre d'admis par région (par UFR et école) est fixé chaque année par les ministres chargés de l'Enseignement Supérieur et de la Santé : il s'agit du **numerus clausus (NC)**.

La réforme de la première année commune des études de santé, qui a été précédée d'une dizaine d'années de réflexion et de rapports (rapports Debouzie en 2003, Thulliez en 2006 et Bach en 2008), répondait à plusieurs préoccupations :

→ l'intégration des formations de santé au Processus de Bologne et notamment au format LMD (Licence, Master, Doctorat) ;

⁸ Dans la pratique, l'essentiel du recrutement provient du baccalauréat série S.

⁹ Définie dans la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 – art. 1 (V), L 631-1 du code de l'éducation, annexe 1, page 81.

- l'intégration de plusieurs filières au sein d'une première année commune (médecine, odontologie, maïeutique, mais aussi pharmacie jusqu'alors séparée)¹⁰, la mutualisation de certains enseignements entre les étudiants des formations de santé devant favoriser à terme une meilleure coopération professionnelle ;
- la facilitation des réorientations des étudiants afin « d'éviter le gâchis humain ».

Les enseignements communs, au cours du premier semestre, portent essentiellement sur l'étude de l'anatomie et des tissus humains (biologie, histologie, biochimie), des mécanismes organiques (biophysique, physiologie et pharmacologie) et traitent des sciences humaines en santé.

À l'issue de ce premier semestre commun qui s'achève par la première session du concours (qui a lieu en décembre ou janvier selon les facultés), les étudiants apprennent leur rang de classement puis choisissent la ou les filières auxquelles ils souhaitent candidater. Au second semestre, les étudiants suivent des enseignements communs mais également des enseignements spécifiquement dédiés à la ou les filières choisies par l'étudiant.

Outre l'idée de tronc commun, la PACES a donc été organisée pour permettre de mieux réorienter les étudiants soit après leur échec au concours (lequel ne peut être présenté que deux fois), mais aussi dès la fin du premier semestre, ce qui ne laisse pas de poser des problèmes pratiques aux universités qui souhaitent permettre aux étudiants de raccrocher un autre cursus dès janvier ou février et d'éviter de perdre 6 mois avant de pouvoir reprendre leurs études.

À partir de 2012-2013, cette réorientation est réputée être obligatoire pour les 15 % des étudiants de PACES les moins bien classés suite au concours du premier semestre.

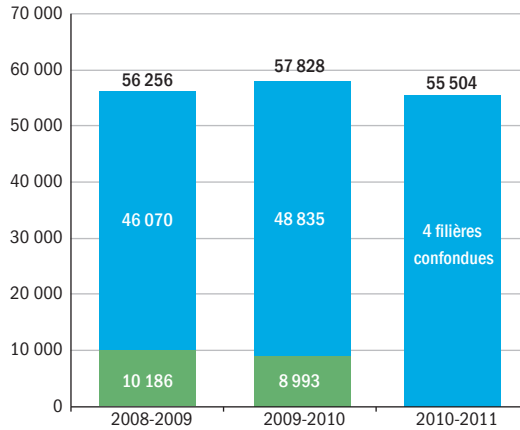
Le bilan de la PACES 2010-2011 réalisé par la DGESIP en 2012 (Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle) permet de tirer quelques enseignements de la mise œuvre de la réforme à ses débuts. Il montre un nombre d'inscrits initial inférieur de 4 % à celui de l'année précédente (55 504 au lieu de 57 828, pharmacie comprise), dont 36 % de redoublants-triplants¹¹ et 64 % de primants.

¹⁰ Certaines facultés permettent également d'intégrer les filières d'ergothérapie et de masso-kinésithérapie ; celle-ci est de facto le mode de sélection pour plus de deux tiers des instituts de formations en kinésithérapie et une perspective consiste à faire de la kinésithérapie la cinquième filière de la PACES.

¹¹ Le triplement a été autorisé pendant la période de transition.

FIGURE 4

Nombre d'étudiants en 1^{re} année, rentrées 2008 à 2010



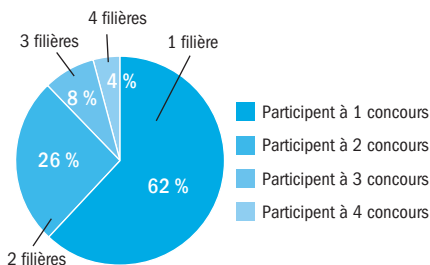
Sur les 54 714 étudiants définitivement inscrits en PACES, 52 767 (96 %) étaient inscrits aux concours de fin d'année. En 2011, la réorientation a en effet concerné 945 étudiants (639 en réorientation obligatoire très partiellement appliquée, auxquels se sont ajoutés 306 volontaires) selon les proportions suivantes : 15 % des effectifs dans deux centres d'examen, 10 % dans un centre, 5 % dans deux centres et un pourcentage non précisé dans un centre (sur 40 centres d'examen).

Comme les étudiants peuvent candidater à plusieurs concours, il y a eu 72 677 inscriptions pour 52 767 étudiants, soit une moyenne de 1,38 filière par présent aux concours qui se décompose comme suit :

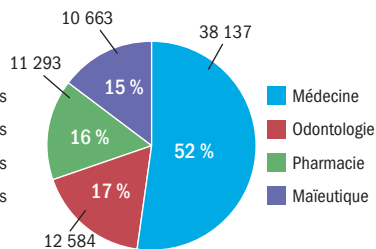
Participant à 1 concours	62 %
Participant à 2 concours	26 %
Participant à 3 concours	8 %
Participant à 4 concours	4 %

FIGURE 5

Pourcentage de candidats qui ont passé de 1 à 4 concours



Décomposition des 72 677 inscriptions par filière



Source : DGESIP.

Sur les 52 767 étudiants qui ont finalement concouru, 12 674 ont été admis (soit un taux moyen d'admission de 24 %).

Les admis sont majoritairement des doublants : 39 % des doublants (qui étaient 36 % en PACES) sont admis contre 15 % des primants (qui étaient 64 % en PACES). **Au final, les doublants représentent donc 61 % des admis et les primants 39 %. Ainsi, la proportion initiale primants/doublants des étudiants inscrits en PACES est presque inversée.**

TABLEAU 1

Année universitaire	Taux d'intégration en 2 ^e année de médecine	Taux d'intégration en 2 ^e année d'odontologie	Taux d'intégration en école de sages-femmes	Taux d'intégration en 2 ^e année de pharmacie
2006-2007	16,0 %	2,2 %	2,3 %	-
2007-2008	15,9 %	2,3 %	2,2 %	27,6 %
Premier bilan PACES	19,4 %	9,2 %	9,5 %	27,4 %

La filière médecine n'est pas la plus sélective au vu du ratio « admis » sur « candidats ». Les filières les plus sélectives sont les filières d'odontologie et de maïeutique avec moins de 10 % de candidats admis.

1.2.2. Les procédures d'admission directe qui augmentent les flux d'entrée

L'analyse de la régulation quantitative opérée à l'entrée en deuxième année des études de santé se réfère généralement au numerus principal, mais depuis quelques années, ce chiffre est augmenté de façon significative par les admissions directes en 2^e et 3^e années, surtout en médecine et en odontologie.

Des places supplémentaires sont ouvertes par arrêté pour permettre l'admission directe en 2^e ou 3^e année des études de santé selon des modalités diverses. Leur importance est variable selon les filières, de + 7,2 % du numerus clausus principal en médecine à + 2,8 % en pharmacie et en maïeutique pour la rentrée 2013.

Les modifications du dispositif ont conduit depuis 2011 à une amplification du phénomène, là encore variable selon les filières : ainsi, depuis 2001, le nombre des places complémentaires réservées aux admissions directes a été multiplié par 13 en médecine, par 29 en pharmacie, par 50 en odontologie. En maïeutique, il n'existe de places supplémentaires que depuis 2010 et leur nombre est le même depuis lors.

TABLEAU 2

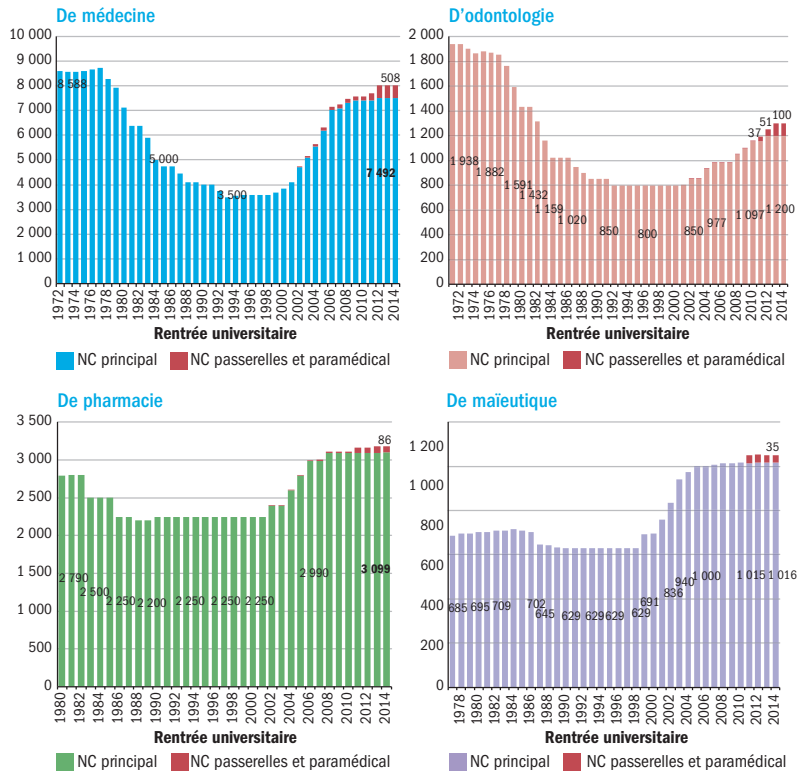
Les places supplémentaires ouvertes						
	En 2001-2002		En 2012-2013		En 2013-2014	
	Nombre de places autorisées	Part du NC principal	Nombre de places autorisées	Part du NC principal	Nombre de places autorisées	Part du NC principal
Médecine	42	0,9 %	420	5,6 %	536	7,2 %
Pharmacie	3	0,1 %	58	1,9 %	86	2,8 %
Odontologie	2	0,2 %	42	3,5 %	71	5,9 %
Maïeutique	néant	néant	26	2,6 %	28	2,8 %

Source : enquête DGESIP 2014.

Ainsi, l'évolution du NC principal et des places ouvertes en admission directe a été la suivante pour chacune des quatre professions étudiées :

FIGURE 6

Evolution du numerus clausus



Toutefois, les places supplémentaires ouvertes ne sont pas pourvues en totalité : le taux de places pourvues est variable selon les filières et les années.

TABLEAU 3

Les places supplémentaires pourvues				
	En 2012-2013		En 2013-2014	
	Taux d'admission	Part finale du NC principal	Taux d'admission	Part finale du NC principal
Médecine	77 %	4,3 %	68 %	4,8 %
Pharmacie	74 %	1,4 %	67 %	1,9 %
Odontologie	88 %	3,1 %	66 %	3,9 %
Maïeutique	73 %	1,9 %	82 %	2,3 %

Source : enquête DGESIP 2014.

Au total, la part de places pourvues par rapport au NC principal augmente au cours des deux derniers exercices connus dans chacune des filières.

Un changement important à titre expérimental sans impact sur le niveau du NC.

Pour une durée de six ans, l'article 39 de la loi du 22 juillet 2013¹² relative à l'enseignement supérieur et à la recherche a introduit la possibilité d'expérimenter l'admission par voie directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques après une à trois années d'un premier cycle universitaire adapté, conduisant à un diplôme national de licence.

Les modalités d'application, fixées par décret et arrêté en février 2014, prévoient un démarrage dans sept universités (à partir des rentrées 2014, 2015 ou 2016 selon les universités), avec des diplômes requis et des pourcentages de places variables selon les universités.

À titre d'illustration, les pourcentages de places attribuées aux admissions directes en seconde année de médecine vont de 5 % à 30 % selon les universités, avec ou non selon les cas, une progression de ce pourcentage au cours des années d'expérimentation.

1.2.3. La régulation des étudiants étrangers

L'entrée d'étudiants étrangers dans le système de formation français est également soumise à une régulation. **Le dispositif en vigueur à l'entrée en deuxième année – ainsi qu'à l'entrée dans l'internat – distingue deux groupes de pays d'origine des étudiants :**

- France, Union européenne (UE), pays membres de l'Espace économique européen (EEE)¹³, Principauté d'Andorre, Confédération helvétique ;
- les « autres » pays.

¹² Article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013, décret et arrêté d'application du 20 février 2014.

¹³ Les pays de l'Espace économique européen (EEE) comprennent, outre les 28 Etats membres de l'Union européenne, la Norvège, l'Islande et le Lichtenstein.

Les places ouvertes aux étudiants originaires du premier groupe de pays sont incluses dans le numerus clausus fixé à titre principal ; pour les étudiants étrangers du second groupe de pays, chaque unité de formation et de recherche (UFR) peut utiliser un « dépassement admis » de 8 % maximum du NC principal : toutefois le nombre d'étudiants effectivement admis à ce titre ne semble pas faire l'objet d'un suivi systématique par les universités, a fortiori au niveau national.

Ainsi, en médecine, le numerus clausus principal généralement cité en référence peut théoriquement être augmenté en 2014 de 7 % en raison des admissions directes en 2^e et 3^e année et de 8 % en raison du quota réservé aux étudiants étrangers originaires du second groupe de pays.

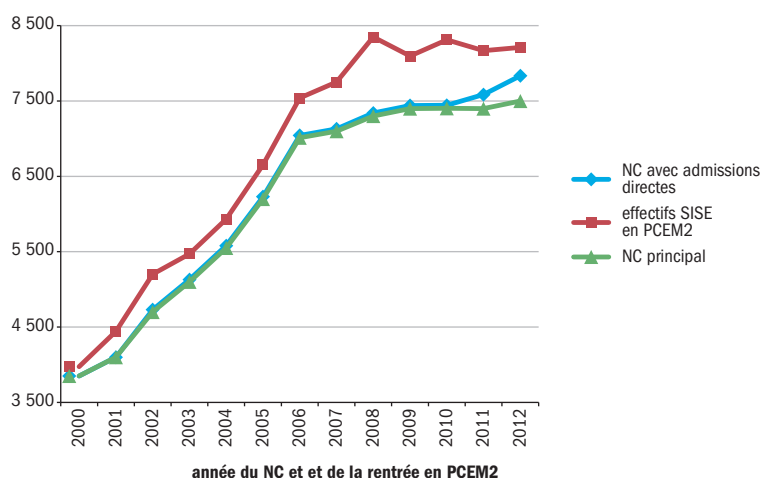
En pratique, on constate que le surplus d'étudiants en 2^e année par rapport au NC principal correspondant a été de + 3,4 % en 2004 et de + 7,1 % en 2014 et que cette croissance des effectifs supplémentaires est due à l'amplification des admissions directes, la part des étudiants d'origine étrangère demeurant stable. Toutefois, le NC principal ayant lui-même augmenté de + 35 % entre 2004 et 2014, le nombre des étudiants étrangers en valeur absolue a augmenté d'autant.

TABLEAU 4

Pourcentage d'effectifs supplémentaires PCEM2/NC principal			
	Admissions directes en 2 ^e année	Etudiants étrangers ¹⁴	Ecart total au NC principal
2004	0,5 %	2,8 %	3,4 %
2014	4,3 %	2,8 %	7,1 %

FIGURE 7

Evolution comparée des NC et des effectifs en PCEM2

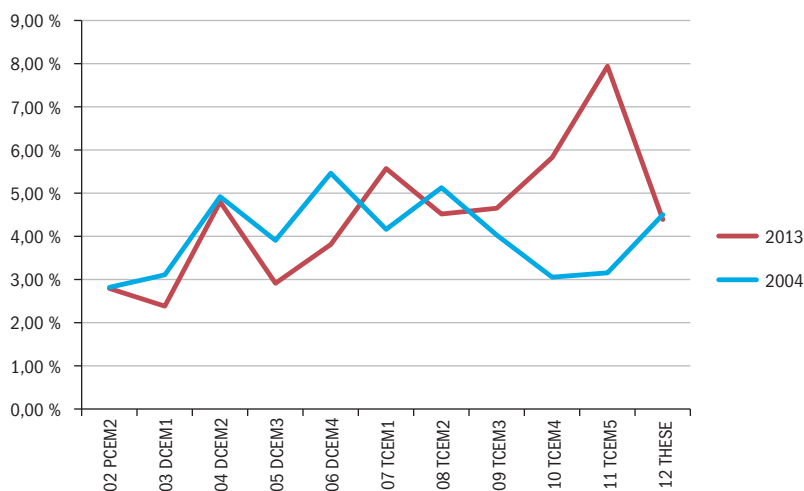


¹⁴ Les données relatives aux effectifs d'étudiants sont extraites de la base SISE (Système d'information sur le suivi de l'étudiant, source statistique de l'Enseignement supérieur).

Par ailleurs, les étudiants d'origine étrangère représentent une part fluctuante de l'effectif total selon les années d'études prises en considération. En outre, en comparant deux années universitaires (2004-2005 et 2012-2013), un changement de leur comportement dans le choix des spécialités semble probable : en 2004, leur part dans l'effectif total diminue en TCEM¹⁵ 10 et 11 (de 5 % à 3 %) alors qu'elle augmente fortement en 2013 (d'un peu moins de 5 % à 8 %). Ce constat conduit à émettre une hypothèse selon laquelle les étudiants étrangers seraient davantage inscrits dans les spécialités à 4 ou 5 ans d'internat, alors qu'au préalable, ils auraient été plus concentrés en médecine générale.

FIGURE 8

Pourcentage d'étudiants non français par année d'études en 2004 et 2013



Source : SISE.

¹⁵ PCEM : premier cycle des études médicales.
DCEM : deuxième cycle des études médicales.
TCEM : troisième cycle des études médicales.

2.

Le numerus clausus des quatre professions au niveau national : évolution historique et perspectives

Comme on l'a déjà indiqué dans l'introduction, les objectifs et la mise en œuvre du NC ont évolué au fil du temps.

Le premier numerus clausus pour les études de médecine a été arrêté en 1971. Il fixait à 8 588 le « **nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis** pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers [...] » à la rentrée 1972. Cette limitation du nombre d'étudiants a conduit à baisser brutalement le NC au cours des années 80 et à le maintenir à son niveau le plus bas au cours des années 90.

Après sa réouverture à partir de 1999, plus ou moins accentuée selon les filières, les objectifs du NC sont devenus à la fois plus nombreux et plus ambitieux : aujourd'hui, « **ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.** » (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011).

2.1.

Evolution historique

2.1.1. Observation des séries

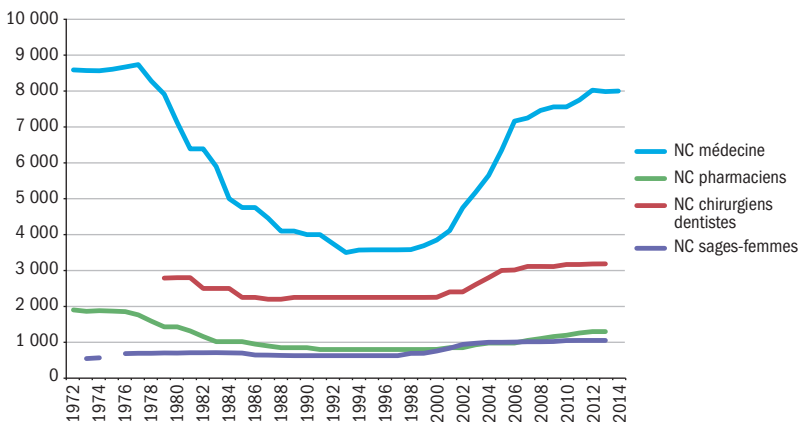
L'évolution des NC depuis leur création, en valeur et en indice

La gestion du NC des quatre professions a répondu à deux orientations contraires, sans aucun lien avec l'évolution régulière (en orange) de la population générale qui a augmenté de 25 % sur la même période : une baisse de 1978 à 1998, suivie d'une réouverture jusqu'en 2011.

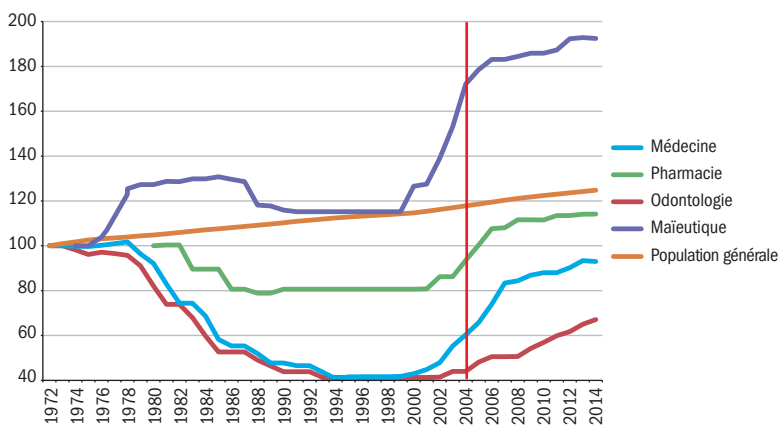
Si ces deux phases ont affecté le NC des quatre professions, les évolutions ont été néanmoins différentes : en fin de période (2014), le NC de médecine a presque retrouvé son niveau initial (indice 93), celui d'odontologie est très en dessous (indice 67), ceux de pharmacie et de maïeutique sont supérieurs (en particulier celui de maïeutique qui a presque doublé).

FIGURE 9

Évolution en valeur du NC des quatre professions depuis l'origine



Évolution en indice du NC des quatre professions depuis l'origine

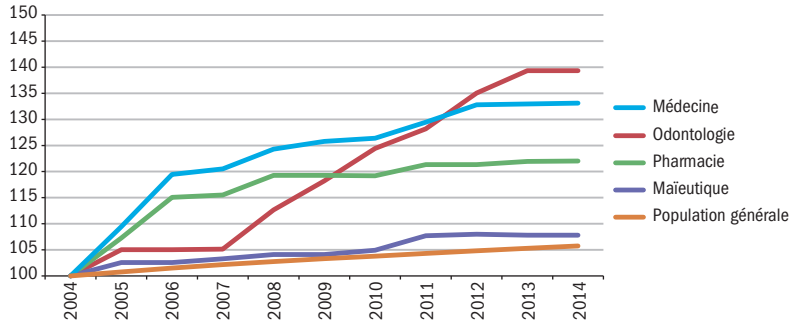


Zoom sur la dernière décennie

Au cours de la dernière décennie, les quatre NC ont connu une croissance supérieure à celle de la population. À l'exception du NC d'odontologie qui évolue avec un décalage, les NC ont connu pendant les trois premières années (2004, 2005 et 2006) une hausse très brutale introduite en réalité en 2000, suivie d'une faible progression de 2007 à 2011. Enfin, à partir 2012, un gel a été instauré (2012, 2013, 2014).

FIGURE 10

Evolution en indice du NC des quatre professions depuis 2004



2.1.2. NC et effectifs d'étudiants : le cas de la médecine

Comme vu supra, le NC de médecine est celui qui a connu les variations les plus fortes et les plus brutales ; c'est également celui dont les effets se font sentir le plus longtemps dans le système de formation, puisqu'après l'entrée en 2^e année, les études durent de 8 à 10 ans selon la spécialité, hors DESC.

L'objectif initial selon lequel la fixation du NC doit tenir compte des capacités de formation semble difficilement tenable face à de tels bouleversements.

Depuis sa réouverture en 1999, **l'augmentation du NC en médecine s'est particulièrement concentrée sur cinq années, de 2002 à 2006** : compte tenu de la durée des études, celle-ci a engendré un gonflement de l'effectif total en stock (tous étudiants ou internes) à la fois décalé dans le temps, progressif et très important, et dont l'impact n'est pas encore arrivé à son terme.

Cet impact a été observé à partir des données de SISE, disponibles de la rentrée 2003 à celle de 2012¹⁶. Il a ensuite été projeté à partir de 2013 sur la base des NC arrêtés, selon un scénario tendanciel (à comportement et réglementation constants).

¹⁶ Au moment où l'étude a été réalisée.

FIGURE 11

Croissance du NC total¹⁷, des effectifs d'étudiants et des internes en base 100 = rentrée 2003 constatés jusqu'en 2012

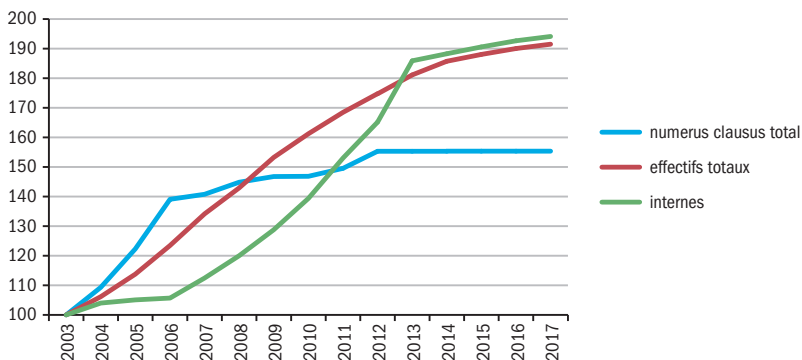


TABLEAU 5

Données correspondantes

Rentrée	Taux de croissance NC total ¹⁶ /année précédente	Effectifs totaux	Taux de croissance effectif total/année précédente	Evolution en indice 100 = 2003	Effectifs d'internes	Taux de croissance effectif internes/année précédente	Evolution en indice 100 = 2003
1999	3,0 %	Données indisponibles					
2000	4,3 %						
2001	6,5 %						
2002	15,7 %						
2003	8,9 %	39 333		100	16 054		100
2004	9,7 %	41 748	6,1 %	106	16 701	4,0 %	104
2005	12,9 %	44 745	7,2 %	114	16 867	1,0 %	105
2006	15,0 %	48 555	8,5 %	123	17 652	4,7 %	106
2007	2,9 %	52 768	8,7 %	134	18 789	6,4 %	113
2008	4,6 %	56 216	6,5 %	143	20 044	6,7 %	120
2009	3,0 %	60 264	7,2 %	153	21 503	7,3 %	129
2010	1,7 %	63 418	5,2 %	161	23 284	8,3 %	139
2011	3,5 %	66 274	4,5 %	168	25 554	9,7 %	153
2012	5,5 %	68 726	3,7 %	175	27 584	7,9 %	165
2013	2,1 %	71 246	3,7 %	181	29 844	8,2 %	186
2014	2,4 %	73 054	2,5 %	186	30 226	1,3 %	188
2015		73 944	1,2 %	188	30 595	1,2 %	191
2016		74 742	1,1 %	190	30 925	1,1 %	193
2017		75 316	0,8 %	191	31 162	0,8 %	194

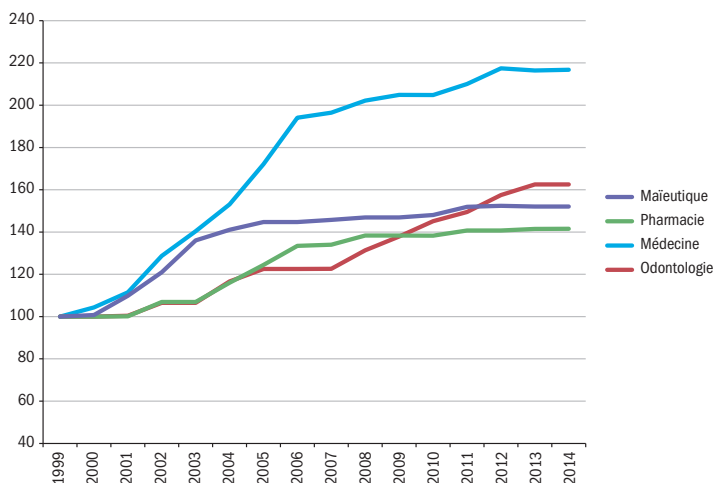
¹⁷ Numerus clausus incluant les admissions directes autorisées par arrêté.

2.1.3. NC et effectifs des professionnels en exercice

Depuis la réouverture du NC en 1999 son évolution et son impact sur l'effectif des professionnels en activité ont été très différents selon les professions.

FIGURE 12

Evolution en indice du NC des quatre professions depuis 1999



Le NC de médecine a connu sa plus forte croissance de 2002 à 2006. Sont retracés dans le tableau 6 ci-dessous, l'évolution du NC des quatre professions au cours de la même période, et son impact sur les effectifs (avec un décalage de 4 à 9¹⁸ ans selon les professions).

TABLEAU 6

Professions	Evolution du numerus clausus sur 5 ans de 2002 à 2006	Evolution des effectifs en exercice sur 5 ans	Période correspondante par profession
Médecins	+ 74 %	+ 3,7 %	De 2011 à 2015
Chirurgiens-dentistes	+ 22 %	+ 0,9 %	De 2007 à 2011
Pharmaciens	+ 33 %	+ 4,0 %	De 2007 à 2011
Sages-femmes	+ 32 %	+ 13,0 %	De 2006 à 2010

L'impact du NC sur l'effectif des professionnels en activité est en effet plus ou moins différé selon la durée des études. En outre, il découle de plusieurs facteurs que sont principalement :

→ le rapport entre le flux entrant d'étudiants (NC) et le stock d'actifs caractérisé par sa pyramide des âges ;

¹⁸ La durée moyenne pondérée de l'internat toutes spécialités confondues était de 3,7 ans de 2004 à 2008 et de 3,6 ans de 2009 à 2013.

- les comportements des étudiants en cours d'études (redoublements, abandons) ;
- le flux entrant d'actifs supplémentaires (diplômes étrangers) ;
- les flux sortants d'actifs (départs en retraite liés à la pyramide des âges de la profession, « fuite¹⁹ »)

Ainsi, le taux d'augmentation du NC arrêté en 2004 est rapporté ci-dessous au nombre de professionnels en exercice (dont les plus de 60 ans) de l'année correspondant à la fin des études de chaque profession.

Le taux de progression du NC est du même ordre pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens alors que celui des sages-femmes apparaît très inférieur. **Cependant, le NC des sages-femmes représentait 80 % des actives de plus de 60 ans, quatre ans plus tard alors, qu'à l'autre extrême, le NC des médecins représentait 10 % des actifs de 60 ans et plus, 9 ans plus tard.**

TABLEAU 7

	Médecins	Chirurgiens-dentistes	Pharmaciens	Sages-femmes
NC 2004	5 580	932	2 606	975
Evolution par rapport à l'année précédente	+ 9,3 %	+ 9,4 %	+ 8,3 %	+ 3,7 %
Nombre d'années d'études après le NC	9 ans ¹⁸	5 ans	5 ans	4 ans
Année de fin d'études	2013	2009	2009	2008
Nombre d'actifs cette année-là	218 296	41 116	73 128	17 998
Nombre d'actifs de 60 ans et plus	53 775	6 620	8 848	1 218
Part des 60 ans et plus dans les actifs	24,6 %	16,1 %	12,1 %	6,8 %
Rapport entre NC 2004 et nombre d'actifs l'année de fin d'études	2,6 %	2,3 %	3,6 %	5,4 %
Rapport entre NC 2004 et nombre d'actifs de 60 ans et plus l'année de fin d'études	10 %	14 %	29 %	80 %

2.1.4. NC et densité des professionnels en exercice

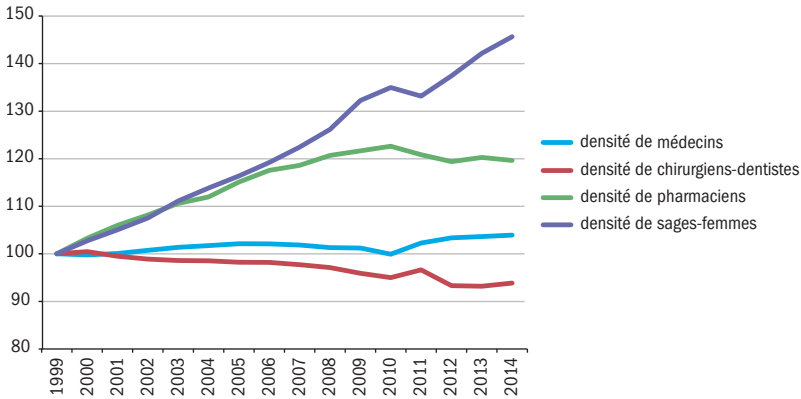
En conséquence, sur la même période, les densités de professionnels en exercice présentaient, toujours en indice 100 en 1999, des évolutions contrastées qui découlent des facteurs vus supra, en hausse pour les pharmaciens et surtout les sages-femmes, stagnante pour les médecins et en baisse pour les chirurgiens-dentistes. **La question centrale est donc de savoir si cette gestion irrégulière et différenciée des NC par profession répondait à une vision claire du devenir à long terme de l'organisation des soins.**

¹⁹ Estimée à 3 % pour les médecins dans les projections démographiques de la DREES (cf. document de travail, *Série Sources et Méthodes - 7 - Méthodologie des projections d'effectifs de médecins*).

²⁰ La durée moyenne pondérée de l'internat toutes spécialités confondues était de 3,7 ans de 2004 à 2008 et de 3,6 ans de 2009 à 2013.

FIGURE 13

Evolution ou indice des densités de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants et de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans



Faute de référentiels ou de cibles jugées optimales, sont présentées sur la même période et à titre de comparaison les densités des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de quelques pays de l'OCDE²¹.

En médecine : trois pays augmentent leur densité au cours de la période, dont deux avec une densité nettement supérieure à celle de la France en fin de période (l'Allemagne et l'Espagne) et un pays avec une densité très inférieure (le Royaume-Uni). La France et la Belgique ont une densité stable, celle de la Belgique étant inférieure.

Concernant les chirurgiens-dentistes, là encore, la France et la Belgique présentent des tendances similaires, mais à la baisse cette fois, la densité en France étant en l'occurrence inférieure à celle de la Belgique. Comme pour la densité de médecins, l'Allemagne se caractérise par une densité à la fois plus élevée et orientée à la hausse.

En revanche pour la densité de pharmaciens, l'Allemagne se rapproche du Royaume Uni, avec une densité inférieure et stagnante par rapport à celle des autres pays dont la France.

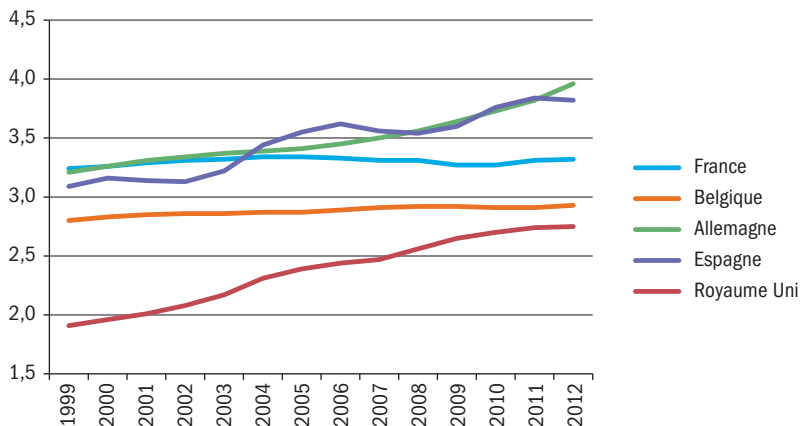
Il ressort de ces données que la France et la Belgique présentent des évolutions similaires, très différentes de celles de l'Allemagne et du Royaume-Uni : dans ces deux pays, les densités de professionnels sont orientées à la hausse, mais avec des niveaux aux deux extrêmes pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Il conviendrait bien entendu de prolonger cette description statistique par une analyse de l'organisation de l'offre de soins dans chacun des pays et pour chacune des professions et de les rapprocher des démarches de régulation qui y ont été mises en œuvre ou non.

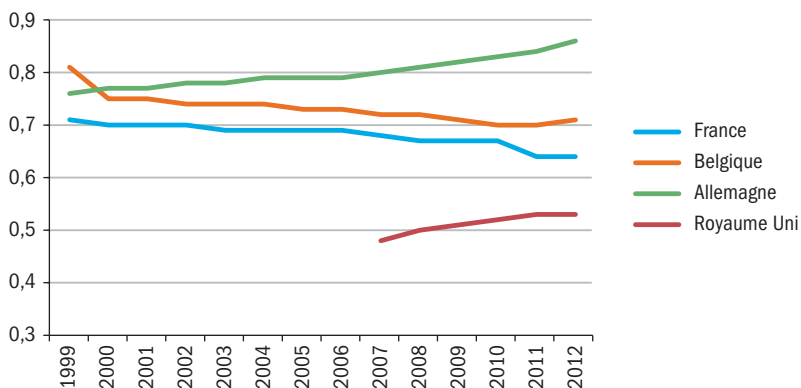
²¹ Les données statistiques qui dépendent des réponses des pays ne sont pas toujours complètes sur l'ensemble de la période et ne comportent pas la profession de sage-femme.

FIGURE 14

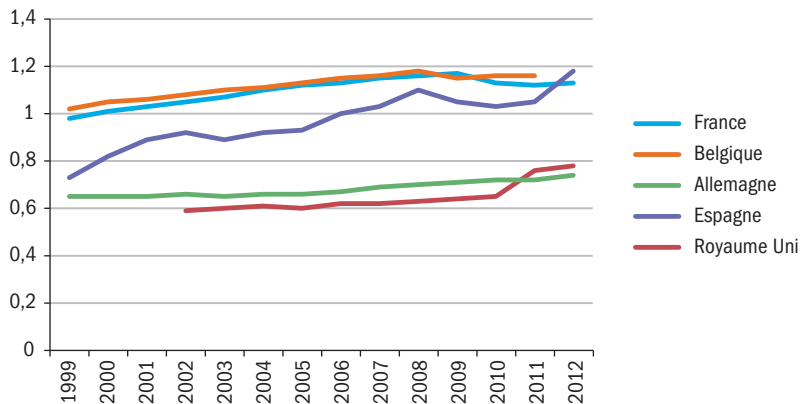
Densité de médecins pour 1 000 habitants



Densité de chirurgiens-dentistes pour 1 000 habitants



Densité de pharmaciens pour 1 000 habitants



2.2.

Des perspectives insuffisantes qui incitent à figer les situations depuis 2012

L'impact du numerus clausus sur les effectifs des professionnels en activité est à la fois puissant et différé : son anticipation est donc absolument nécessaire. Faute de quoi, le dispositif de régulation ne peut atteindre ses objectifs : garantir à terme une densité de professionnels jugée optimale pour couvrir les besoins de la population en tenant compte des évolutions souhaitables de l'organisation des soins et des métiers.

Les modalités actuelles de fixation du NC, si le dispositif est conservé, devraient donc être largement améliorées et répondre à certaines conditions pour l'instant non remplies :

- ainsi l'étape initiale de la démarche devrait consister à fixer les orientations à long terme en matière d'organisation de l'offre de soins (en définissant qui doit faire quoi) et à en déduire les densités cibles de professionnels ;
- un modèle de projection de la démographie des professionnels devrait par ailleurs permettre d'estimer de façon régulière les niveaux de numerus clausus qui correspondent à ces référentiels de long terme, ce qui supposerait d'actualiser fréquemment les variables introduites dans le modèle initial sur la base des observations disponibles.

La procédure devrait enfin être pluriannualisée selon un horizon adapté à la durée d'études de chacune des professions, car seule une visibilité sur l'évolution du NC dans le futur peut favoriser l'adaptation de l'appareil de formation ainsi que la réduction des inégalités régionales (cf. 3, page 53).

2.2.1. Une évolution des métiers peu intégrée dans le processus actuel de régulation

La pertinence du numerus clausus repose donc avant tout sur la capacité des pouvoirs publics à développer une véritable prospective en matière d'organisation des soins et des professions. Le conseil d'orientation de l'ONDPS a formulé cet avis à plusieurs reprises, en particulier en 2012. L'insuffisance d'orientations claires en la matière conduit d'ailleurs depuis quelques années à un gel par défaut du NC dont les effets se feront sentir dans de nombreuses années.

Extrait du courrier adressé par le conseil d'orientation de l'ONDPS aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur le 29 octobre 2012²⁰

(...) Il nous semble donc à la fois nécessaire et urgent de les compléter par une approche prospective consistant à cerner au plus près les besoins prévisibles de la population à moyen et long terme, puis à faire des choix sur le système de santé souhaité en précisant les missions, les métiers et les modes d'exercice que ces besoins impliquent.

Par exemple, le choix des modes de prise en charge de la mère et du nourrisson, à la sortie de la maternité, doit permettre de déterminer les missions respectives des sages-femmes, puéricultrices, médecins gynécologues, pédiatres et médecins généralistes. Sans ce préalable, il est impossible de quantifier le nombre optimal de sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, gynécologues et pédiatres à former à partir de l'an prochain, compte tenu des projections démographiques à 10 et 20 ans de ces professions et de la patientèle qui s'y attache.

D'autres facteurs, pour l'instant non pris en compte, seraient également à intégrer dans cette démarche prospective, tels que la régulation des flux des formations spécialisées complémentaires des internes de médecine générale, l'augmentation du nombre des professions paramédicales plus rapide que celle des médecins conjuguée au développement des coopérations, enfin les flux de professionnels à diplôme communautaire ou extracommunautaire susceptibles d'être autorisés à exercer en France.

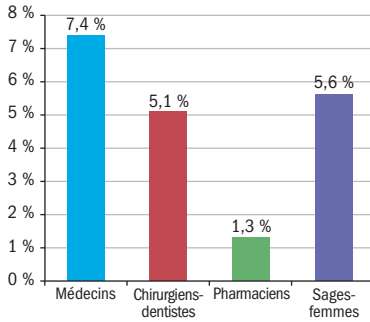
Par ailleurs, la question du NC est trop souvent formulée de façon générale en assimilant les quatre professions dans une problématique commune ; or, leurs caractéristiques et les incertitudes qui pèsent sur l'évolution souhaitable de leur démographie sont différentes.

Ainsi, la crainte récente et souvent exprimée par les professionnels d'une offre qui deviendrait excédentaire et d'un possible chômage ne peut être attribuée au seul gonflement des installations de diplômés étrangers en France : en réalité, ce phénomène ne concerne actuellement que les médecins et les chirurgiens-dentistes. En revanche, l'avenir des professions de pharmaciens et de sages-femmes, majoritairement salariées, dépend principalement des décisions structurantes qui seront prises en matière de distribution du médicament pour les premiers et d'activité en ambulatoire pour les secondes.

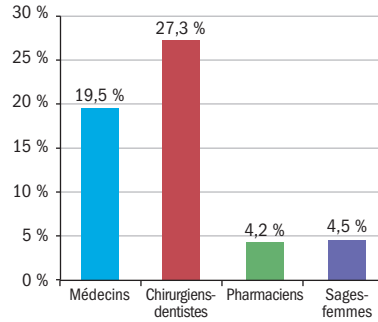
²² Voir le courrier complet en annexe de la partie I, page 85.

FIGURE 15

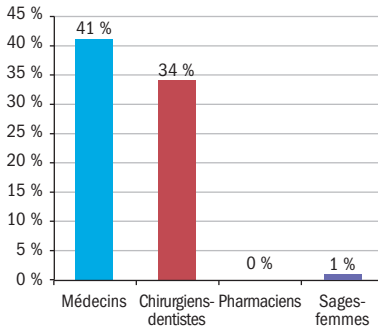
Part des diplômes étrangers dans l'effectif total en exercice



Part des diplômes étrangers dans les primo-inscrits



Part de français dans l'effectif en exercice à diplôme étranger



Part de français dans les primo-inscrits à diplôme étranger

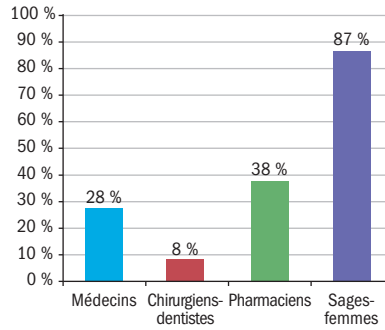


FIGURE 16

Part de salariés dans chaque profession au 1/1/2014

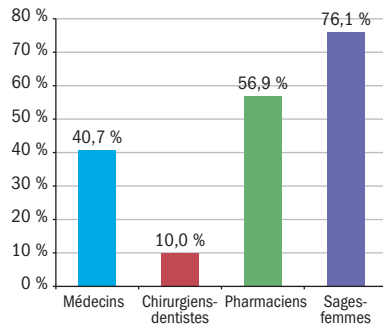
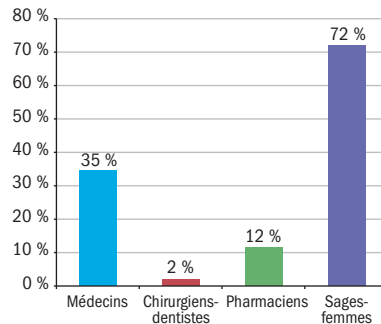


FIGURE 17

Part de professionnels exerçant en établissement de santé dans chaque profession au 1/1/2014



Les sages-femmes, dont l'âge moyen est beaucoup plus bas que celui des trois autres professions, présente une part faible et stable de diplômés étrangers et une part très forte de salariés en établissements. Par ailleurs, le nombre de naissances ne baisse pas.

Le problème structurel de cette profession semble donc découler principalement de deux facteurs : d'une part, la mutation qui s'opère dans l'organisation des accouchements et des maternités avec la mise en place notamment de dispositifs de retour précoce à domicile (PRADO), d'autre part, le développement de l'activité de gynécologie de prévention qui leur est désormais dévolu en ville. Le métier de sage-femme n'est donc plus le même : il s'est enrichi en contenu et ouvre à des activités plus diversifiées, à des responsabilités plus affirmées, lesquelles concernent surtout l'emploi libéral en ambulatoire.

Aussi le gel du NC national constitue-t-il une position d'attente qui ne peut perdurer longtemps. Il en va de même du gel également appliqué au plan régional, compte tenu de l'ampleur des disparités constatées entre les régions quel que soit l'indicateur examiné (densité d'offre en maternité et en ville, flux de diplômés, indicateur de remplacement etc.).

Les pharmaciens sont à la fois peu concernés par le phénomène des installations de diplômés étrangers et peu présents en établissements de santé, mais ils présentent un taux élevé de salariés : l'avenir de leur démographie est donc principalement lié à la mutation qui peut s'opérer dans l'organisation de la distribution du médicament et du nombre d'officines.

Ainsi, pour ces deux professions, la fixation du NC ne peut redevenir pertinente que si ces questions structurelles sont posées et tranchées. En l'absence de perspectives claires en revanche, le maintien du niveau de NC, pratiqué depuis plusieurs années, risque de se poursuivre et d'amplifier les problèmes qui se poseront à terme.

La démographie des chirurgiens-dentistes, libéraux exerçant en cabinet de ville dans leur grande majorité, est quant à elle très concernée par l'augmentation des installations de diplômés étrangers, ce qui explique en partie l'écart de + 14 % en 2014 entre l'effectif projeté par la DREES et le constat (cf. infra). Pour autant, il serait dommageable d'en déduire la nécessité de stabiliser, voire de baisser le NC en odontologie : en effet, leur densité en France est faible comparée aux autres pays et est marquée par de très fortes disparités régionales dues à la répartition inégalitaire des UFR d'odontologie. Peu d'études prospectives ont été réalisées pour tracer l'évolution des besoins en matière de soins dentaires²³.

Quant aux médecins, ils sont également très concernés par l'augmentation des installations de diplômés étrangers, ce qui explique une partie de l'écart de + 14 % en 2014 entre l'effectif projeté par la DREES et le constat (cf. infra). Toutefois, la diversité des spécialités, des modes et lieux d'exercice ne permet pas de tracer une perspective évidente en matière de niveau national de NC toutes spécialités confondues. L'évolution souhaitable de leur démographie relève davantage des décisions qui seront prises en matière d'organisation des soins (soins primaires/secondaires, nouveaux métiers et délégation de tâches, etc.) et d'évolution de certaines spécialités.

²³ Cf. partie II du rapport : La situation démographique des chirurgiens-dentistes (étude ONDPS - Plein Sens).

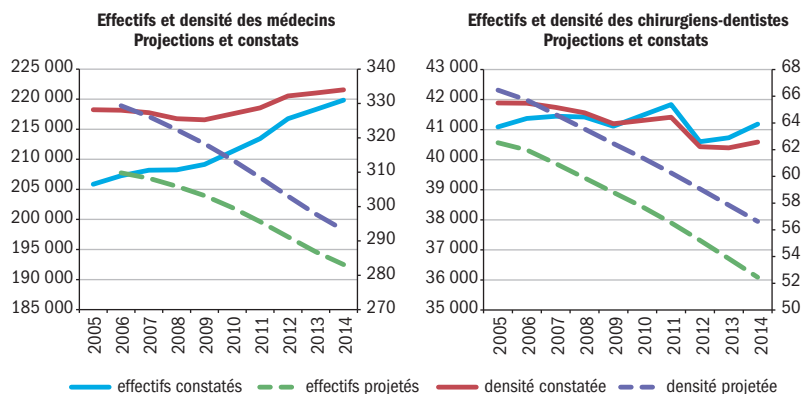
2.2.2. Des projections de la démographie des professionnels devenues en partie obsolètes

Pour atteindre, à terme, les densités de professionnels jugées optimales, la fixation pluriannualisée des NC devrait pouvoir s'appuyer sur des projections de leur démographie fréquemment actualisées : les variables qui déterminent les flux entrants et sortants devraient intégrer en continu les inflexions significatives observées.

La DREES a élaboré des modèles de projection à horizon 2030 pour chacune des quatre professions étudiées dans ce rapport, mais l'absence d'actualisation récente des variables les rend aujourd'hui peu utilisables pour fixer le NC, au moins pour les médecins et les chirurgiens-dentistes²⁴. En effet, en rapprochant les effectifs observés des effectifs projetés, on constate des écarts importants de l'ordre de + 14 % le 1^{er} janvier 2014.

FIGURE 18

Rapprochement jusqu'à 2014



Source : ONDPS.

Les projections élaborées par la DREES et actuellement disponibles sont les suivantes :

➔ **pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens**, les projections ont été établies sur les données de référence de **2005** ;

²⁴ Publications de la DREES :

- Etudes et résultats N° 438, octobre 2005, La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : Un exercice de projection au niveau national.

- Document de travail n° 54, novembre 2005, Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030, Sources, méthode et principaux résultats.

- Etudes et résultats N° 595, septembre 2007, La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030.

Un exercice de projection au niveau national.

- Etudes et résultats N° 791, mars 2012, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs.

- Etudes et résultats N° 679, février 2009, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.

- Dossier Solidarité et Santé n°12, 2009, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées.

- **pour les médecins**, un premier modèle a vu le jour en 2000²⁵ et sa dernière actualisation date de 2009 avec, comme année de référence, les chiffres constatés en **2006** ; ces projections sont régionalisées et développent les effectifs par spécialité ;
- **pour les sages-femmes**, sur les données de référence de **2011**.

Rappel de l'économie générale des modèles de projections de la DREES

Les occurrences antérieures à l'année zéro de la projection permettent de construire un modèle dont l'objet est de capturer les relations entre de nombreux facteurs identifiés et quantifiés, à savoir les variables qui décrivent et expliquent le passage complexe entre le niveau d'étudiants entrants et l'effectif en exercice (numerus clausus, comportement des étudiants au cours de cursus, installation, départs des professionnels en exercice par décès ou retraite...).

En anticipant, par voie d'hypothèses, la valeur de certaines variables au cours des années postérieures à l'année zéro, les effectifs en exercice (ainsi que leur densité en les rapportant à l'évolution projetée de la population générale) font l'objet d'une projection.

Il convient donc de ne pas se méprendre sur la nature prédictive des projections :

au moment de leur élaboration, elles n'augurent en rien des évolutions structurelles à venir, relatives à l'organisation des soins et des métiers ni des modifications significatives de comportement des acteurs. Elles ne peuvent que prolonger les tendances observées au cours des années antérieures et raisonner à comportement constant, ou bien poser des hypothèses de réforme (par exemple, en matière d'âge de départ en retraite). Il s'agit donc de scénarios tendanciels.

Le modèle de projection des sages-femmes de 2011 à 2030 par exemple, en prolongeant leur comportement d'installation des années précédentes, conduit à ce que la croissance de leur effectif se répartisse en une augmentation annuelle de + 0,4 % dans le secteur salarié contre + 5,6 % dans le secteur libéral.

Si certaines des variables du modèle sont relativement bien cernées dans le futur (l'évolution de la population générale ou la pyramide des âges des professionnels en exercice par exemple), d'autres dépendent de deux séries de facteurs difficiles à anticiper :

- d'une part, le comportement des acteurs (en cours d'études ou à l'installation par exemple) ;
- d'autre part, les décisions politiques à venir (NC, réforme des retraites par exemple).

La première série de facteurs est généralement projetée en maintenant la tendance observée (le maintien des comportements n'est pas l'hypothèse la plus probable, mais la plus neutre), alors que la seconde série fait l'objet d'hypothèses auxquelles correspondent des variantes au scénario tendanciel : chaque variante est développée en modifiant une seule variable.

²⁵ Elaboré conjointement par la DREES et l'INED.

Les projections des médecins et des chirurgiens-dentistes sont devenues obsolètes

Au cours des années où le rapprochement entre effectifs projetés et observés est possible, on constate d'importants écarts pour deux professions, médecins et chirurgiens-dentistes, qui modifient radicalement la donne, tant en niveau qu'en tendance.

Il s'agit d'écarts estimés et arrondis par l'Observatoire, uniquement destinés à donner des ordres de grandeur et identifier les problèmes : en effet, les ruptures de séries intervenues au cours de la période entre les bases ADELI et RPPS ainsi que les retraitements opérés par la DREES pour déterminer au plus près l'effectif de l'année zéro²⁶ des projections, rendent ce rapprochement techniquement délicat.

TABLEAU 8

	Année zéro de la projection	Période de rapprochement possible	Ecart « estimés » et arrondis entre effectifs projetés et observés en 2014	
			En valeur absolue	En pourcentage
Pharmaciens	2005	2006-2014	- 2 000	- 2,5 %
Chirurgiens-dentistes			+ 5 000	+ 14 %
Médecins	2006	2007-2014	+ 27 000	+ 14 %
Sages-femmes	2011	2012-2014	+ 125	+ 1 %

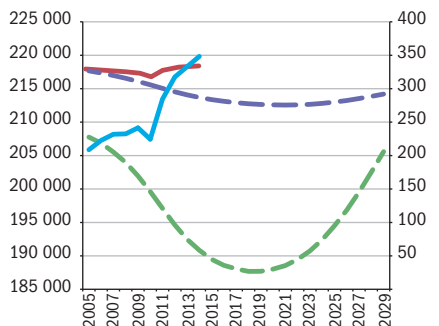
Source : ONDPS.

Malgré les réserves techniques mentionnées ci-dessus, l'ampleur des écarts est telle qu'elle conduit bien entendu à s'interroger sur leurs causes et à abandonner, jusqu'à leur actualisation, ces deux projections comme aide à la décision dans le cadre de la fixation du NC de ces deux professions.

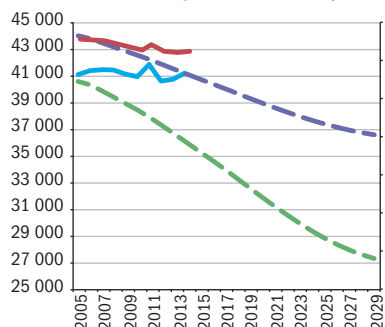
²⁶ Ainsi, pour les médecins, la DREES a fixé l'effectif de l'année de référence 2006 à 208 015 pour un effectif de 207 758 dans ADELI : le traitement DREES pour 2006 s'est fondé sur le fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins au 31 décembre 2006, effectif des médecins en activité, hors médecins en cessation temporaire, France entière. De même, pour les pharmaciens, l'effectif de référence fixé par la DREES est de 71 075 versus 67 485 dans ADELI.

FIGURE 19
Mise en perspective sur la durée des projections des 4 professions

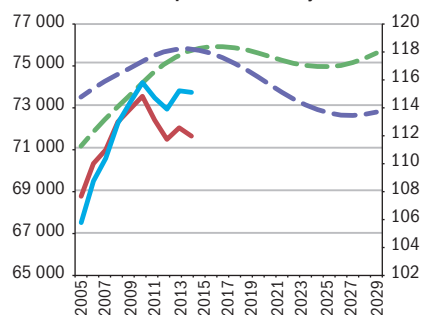
Effectifs et densité des médecins – Projections et constats



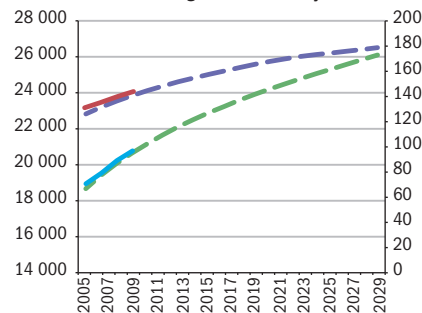
Effectifs et densité des chirurgiens-dentistes – Projections et constats



Effectifs et densité des pharmaciens – Projections et constats



Effectifs et densité des sages-femmes – Projections et constats



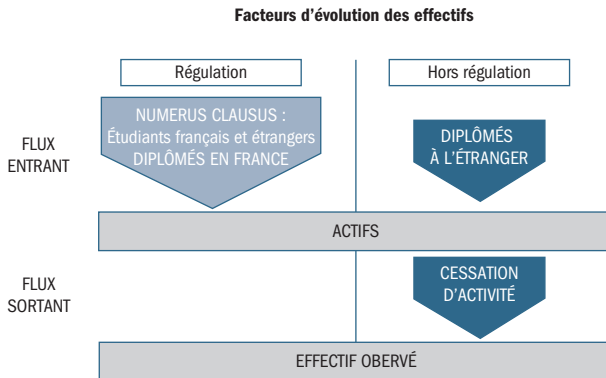
— effectifs constatés — effectifs projetés — densité constatée — densité projetée

Source : ONDPS.

L'effectif projeté de médecins et de chirurgiens-dentistes en 2014 est ainsi très nettement inférieur aux constats. En outre, entre l'année zéro de la projection et 2014 (soit respectivement 8 et 9 années), la baisse projetée ne s'est pas produite et, dans le cas des médecins, la tendance s'est même carrément inversée.

En revanche, on observe une surestimation des effectifs de pharmaciens projetés par rapport aux effectifs observés. Quant aux sages-femmes, la projection dont l'année zéro est récente (2011) ne présente pas d'écart.

Les facteurs possibles de divergence



→ Le numerus clausus

Parmi les variables susceptibles d'expliquer une partie des écarts, une attention particulière a été portée au numerus clausus, compte tenu de l'objet de la présente étude. En effet, dans les modèles de projection, les flux de nouvelles installations venant accroître l'effectif découlent principalement du NC. Toutefois, l'effet différé des NC conduit à ce que les divergences d'effectifs constatées en 2014 (sous-estimation pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, surestimation pour les pharmaciens) ne s'expliquent pas par les divergences entre les hypothèses de NC projetées et les décisions prises par arrêté.

TABLEAU 9

	Année zéro de la projection	Dernière année d'installation correspondant à un NC connu lors de la projection
Pharmaciens	2005	2010
Chirurgiens-dentistes	2005	
Médecins	2006	2014 à 2016
Sages-femmes	2011	2015

Concernant les médecins et les sages-femmes, leur inscription au tableau de l'Ordre et leur installation interviennent théoriquement à NC + 4 ans pour les sages-femmes et à NC + 8 à + 10 ans pour les médecins. Compte tenu de l'année zéro de leur projection respective (2006 et 2011), les dernières installations de sages-femmes issues d'un NC connu lors de la projection interviennent en 2015 et celles des médecins entre 2014 et 2016.

En revanche, pour les **pharmaciens et les chirurgiens-dentistes**, les écarts entre 2011 et 2014 pourraient être imputables théoriquement aux hypothèses de NC versus les NC arrêtés : les dernières installations relevant de NC connus au moment de la projection sont celles de l'année 2010.

Concernant les chirurgiens-dentistes dont l'effectif constaté en 2014 dans le RPPS (41 186) est supérieur d'environ 14 % à l'effectif projeté dans le scénario central, l'observation des variantes montre que l'écart n'est pas dû à la variable NC : dans toutes les variantes en effet, l'effectif projeté en 2014 se situe entre 35 500 et 36 500, soit une sous-estimation de l'ordre de 4 700 à 5 700 individus. **D'autres flux entrants ont donc dû être sous-estimés et/ou les flux sortants (départs en retraite) surestimés.**

Concernant les pharmaciens dont l'effectif projeté est un peu supérieur à l'observé, au contraire des trois autres professions, l'observation des variantes montre que l'écart n'est pas dû exclusivement à la variable NC : en effet, la seconde variante fondée sur une hypothèse d'un NC de 3 000 à partir de 2010, plus proche du NC arrêté que l'hypothèse du scénario central, conduit à un effectif projeté de 78 954 en 2014, supérieur d'environ 7 % à l'effectif constaté (73 598). **Les flux sortants ont donc dû être sous-estimés d'environ 5 400 individus dans la projection.**

Les facteurs de divergence dans le cas des médecins²⁷

→ Les départs en retraite

Le premier facteur explicatif du différentiel entre effectif observé et projeté concerne les flux sortants, plus particulièrement les départs en retraite. Les médecins travailleraient plus longtemps en moyenne. Ceci est d'ailleurs corroboré par l'âge moyen des médecins en activité, observé à 51,5 ans et projeté à 50 ans en 2014 (scénario tendanciel de la projection).

Une des variantes de la projection était précisément consacrée à la variable retraite : toutefois, cette variante dont la construction est explicitée par la DREES²⁸ conduit à augmenter de **6 200 en 2014** l'effectif des médecins en activité projeté dans le scénario tendanciel.

²⁷ En juillet 2014, à la demande du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), la DREES a produit une analyse relative à la projection des médecins : Annexe 5 de l'avis du HCAAM sur la coopération entre professionnels de santé, 17/07/2014, « Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées ». Ce travail est reproduit en annexe de la partie I page 87.

²⁸ « La différence entre cette variante (7) et le scénario tendanciel concerne l'hypothèse faite sur les probabilités de partir à la retraite à chaque âge. Il s'agit de faire apparaître l'effet d'un report de deux ans de l'âge de départ à la retraite, introduit en deux temps, ce report pouvant résulter d'une mesure de régulation (recul de l'âge légal de départ à la retraite par exemple), ou d'un changement spontané dans les comportements des médecins. À défaut de pouvoir prédire le comportement futur des médecins en matière de départ à la retraite, les probabilités de partir à la retraite sont décalées d'un an en 2010, et à nouveau d'un an en 2015. Par exemple, la probabilité de partir à la retraite pour les médecins de 64 ans présentant certaines caractéristiques appliquée de 2007 à 2009 dans le scénario tendanciel (et estimée à partir des comportements observés actuellement) devient la probabilité pour les médecins de 65 ans présentant les mêmes caractéristiques appliquée de 2010 à 2014 et appliquée de 2015 à 2030 pour les médecins de 66 ans. »

**Annexe 5 Comparaison par la DREES
entre les projections d'effectifs de 2008
et les données observées, page 5,
de l'avis du HCAAM sur la coopération entre professionnels
de santé – 17/07/2014**

Le nombre de médecins âgés en activité est ainsi plus élevé que ce que projetait le modèle : en 2013, les médecins en activité de plus de 60 ans sont 40 % de plus que ce qui avait été prévu par le modèle. Cette croissance du nombre de médecins âgés contribue à expliquer l'augmentation continue du nombre de médecins en activité.

Une variante avait simulé à l'époque un report de 2 ans de l'âge de départ en retraite des médecins (suite à une mesure de régulation), augmentant les effectifs simulés sur le début de période de projection mais dans une amplitude encore trop faible (hausse de + 2 % du nombre de médecins en 2013 par rapport au scénario tendanciel) en comparaison de ce qui a été réellement observé.

L'effectif supplémentaire en activité engendré par ces départs très différés n'est pas estimé dans cette analyse.

→ **L'installation des professionnels à diplôme étranger**

Une augmentation du nombre de médecins à diplôme étranger qui s'installent en France chaque année est souvent évoquée pour expliquer le surplus d'effectif en activité par rapport à la projection. Comme on l'a mentionné plus haut, cette augmentation concerne principalement les médecins et les chirurgiens-dentistes, mais peu les pharmaciens et les sages-femmes.

Ce phénomène constitue un des facteurs d'explication de la divergence entre effectif projeté et observé dans la mesure où :

- il s'agit de flux entrants qui, dans l'effectif en activité, se surajoutent aux flux d'étudiants sortants (de nationalité française ou étrangère) qui, eux, sont régulés en amont au cours des études²⁹ ;
- or, leur amplification éventuelle n'a pas été prise en compte : dans le scénario tendanciel, la part des diplômés étrangers qui s'inscrivent à l'Ordre et exercent est supposée constante.

²⁹ Voir page 24, le dispositif de régulation des étudiants de nationalité étrangère au niveau du NC et des ECN ou concours d'internat.

Le traitement des flux internationaux dans la projection de médecins, DREES, Dossier Solidarité et Santé n° 12, 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées »

« 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 nombre d'entrées dans la vie active au cours d'une année donnée est du même ordre de grandeur que le numerus clausus** fixé une dizaine d'années auparavant, mais légèrement plus élevé, du fait des autorisations de dépassement du numerus clausus accordées aux facultés et des arrivées (d'étudiants étrangers) en cours d'études. »

Toutefois, l'estimation du différentiel d'effectif de médecins actifs dû à ce seul facteur s'avère techniquement délicate en raison de définitions très différentes, mais souvent confondues, et, par ailleurs, de données historiques d'assez mauvaise qualité en la matière :

- d'une part, il convient de ne pas assimiler les professionnels actifs de nationalité étrangère³⁰ (qui intègrent tous les étudiants étrangers à diplôme français et régulés en amont) aux professionnels actifs à diplôme étranger^{31,32} qui intègrent une partie de médecins de nationalité française ;
- d'autre part, dans la base RPPS, deux notions sont parfois confondues : les professionnels ayant au moins un diplôme étranger sur cinq activités, et les professionnels dont le diplôme principal est étranger.

C'est cette dernière notion qui nous a paru la plus pertinente dans l'optique de ce rapport.

³⁰ C'est pourtant la notion retenue dans l'annexe 5 de la DREES à l'avis du HCAAM du 17 juillet 2014 précitée : « **Or entre 2007 et 2013, le nombre de médecins étrangers exerçant leur activité en France a quasiment doublé** ; les médecins étrangers contribuent à hauteur de 45 % à la hausse des effectifs de médecins observée entre 2007 et 2013. **La part des médecins étrangers est passée de 3 à 5 % entre 2007 et 2013** ; l'Alsace et la région Antilles-Guyane sont les régions qui connaissent l'augmentation de la part de médecins étrangers la plus importante (respectivement + 5 et + 6 points entre 2007 et 2013, pour atteindre 9 %). L'augmentation de la part de médecins étrangers est la plus forte pour l'anesthésie-réanimation et la médecine interne (+ 6 points), suivies par la radiologie et la neurologie (+ 5 points). »

³¹ C'est la notion retenue par la DREES dans l'ER n° 796, mars 2012, Les médecins au 1^{er} janvier 2012, et par l'ONDPS dans le présent rapport.

³² Certaines statistiques produites par le CNOM retiennent également les professionnels nés hors de France : Les flux migratoires et trajectoires des médecins, situation en 2014, page 13.

Quelques chiffres peuvent illustrer ces difficultés méthodologiques. En 2014, par exemple, sur 219 834 médecins en activité :

- 7 % ont un diplôme principal étranger (dont 4 % de l'espace économique européen selon la définition des pays explicitée page 24 et 3 % hors EEE) ;
- 5,5 % sont de nationalité étrangère : un cinquième d'entre eux a un diplôme principal français ; à l'inverse, parmi les médecins de nationalité française, 3,2 % ont un diplôme principal étranger.

TABLEAU 10

	Diplômes étrangers	Diplômes français	Diplômes inconnus	Total	
Nationalité française	6 695	200 539	471	207 705	94,5 %
Nationalité étrangère	9 549	2 379	91	12 019	5,5 %
Total	16 244	202 918	562	219 724	100 %

ONDPS, Source RPPS 2014, traitement DREES.

TABLEAU 11

Diplômes	Total	
EEE	9 342	4,2 %
Hors EEE	6 902	3,1 %
France + DOM TOM	203 028	92,4 %
Non renseigné	562	0,3 %
Total	219 834	100 %

ONDPS, Source RPPS 2014, traitement DREES.

Au vu de ces difficultés méthodologiques susceptibles de conduire à des analyses divergentes, voire erronées, l'ONDPS engage une étude sur les mobilités internationales des trois professions médicales et des pharmaciens, dont l'un des volets sera consacré aux sources et définitions statistiques.

La DREES a montré³³ que l'évolution des flux entrants de diplômes étrangers n'était pas seulement le fait des derniers exercices et qu'elle résultait à la fois du changement de régime des autorisations et de l'élargissement de l'espace économique européen.

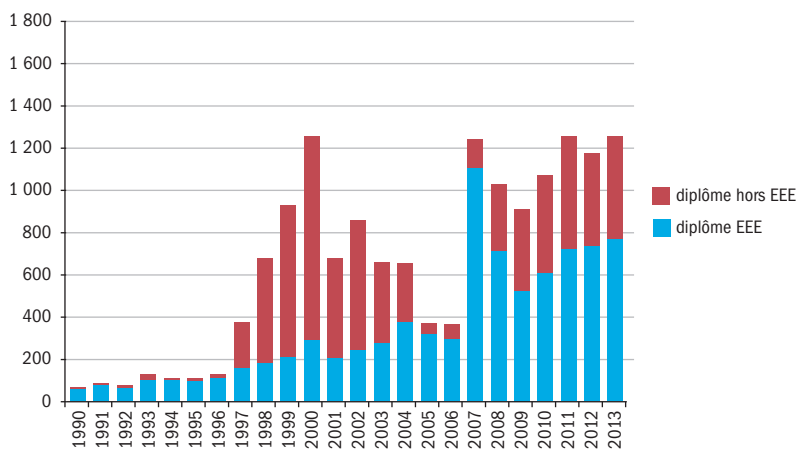
Dans un diagramme élaboré à partir des données du RPPS 2012, la DREES a comptabilisé par année d'inscription à l'Ordre, le nombre de diplômés étrangers qui se sont inscrits, en distinguant en outre les deux origines des lieux de diplômes (EEE, hors EEE).

Cette analyse a été actualisée à partir du RPPS 2014, en retenant le champ des **médecins ayant un diplôme étranger (EEE et hors EEE) en diplôme principal**.

³³ DREES, Etudes et Résultats n° 796, mars 2012, Les médecins au 1^{er} janvier 2012, page 7.

FIGURE 20

Médecins ayant un diplôme étranger en diplôme principal selon l'année d'inscription à l'Ordre RPPS 2014



Source : ASIP-Santé RPPS au 1^{er} janvier 2014, traitements DREES.

Les chiffres correspondants sont les suivants :

TABLEAU 12

	Diplôme EEE	Diplôme hors EEE	Total 2014
1990	60	7	67
1991	79	6	85
1992	64	10	74
1993	103	24	127
1994	101	5	106
1995	100	10	110
1996	111	15	126
1997	158	219	377
1998	182	498	680
1999	211	718	929
2000	292	968	1 260
2001	208	472	680
2002	247	614	861
2003	280	381	661
2004	380	277	657
2005	320	49	369
2006	287	68	366
2007	1 109	136	1 245
2008	713	318	1 031
2009	524	389	913
2010	612	464	1 076
2011	724	535	1 259
2012	740	438	1 178
2013	769	489	1 258
Total	8 385	7 110	15 495

Le même exercice réalisé à champ constant sur les bases RPPS 2012, 2013 et 2014, permet d'identifier un phénomène qui devra être confirmé : plus la part de diplômés EEE augmente dans les nouvelles inscriptions de diplômés étrangers, plus les médecins concernés ont tendance à repartir. La cohorte des nouveaux inscrits à l'Ordre au cours des dernières années semble se réduire plus rapidement que les précédentes.

TABLEAU 13

	RPPS 2012	RPPS 2013	RPPS 2014	
1990	74	71	67	- 9 %
1991	89	87	85	- 4 %
1992	74	74	74	0 %
1993	132	128	127	- 4 %
1994	107	106	106	- 1 %
1995	115	111	110	- 4 %
1996	128	126	126	- 2 %
1997	394	390	377	- 4 %
1998	692	687	680	- 2 %
1999	936	943	929	- 1 %
2000	1 281	1 263	1 260	- 2 %
2001	714	699	680	- 5 %
2002	881	876	861	- 2 %
2003	679	668	661	- 3 %
2004	667	664	657	- 1 %
2005	385	376	369	- 4 %
2006	402	383	366	- 9 %
2007	1 298	1 272	1 245	- 4 %
2008	1 065	1 051	1 031	- 3 %
2009	966	931	913	- 5 %
2010	1 155	1 107	1 076	- 7 %
2011	1 338	1 317	1 259	- 6 %
2012		1 189	1 178	
2013			1 258	
Total	13 572	14 519	15 495	

Le phénomène d'augmentation des flux d'installations à diplôme étranger n'a pas été pris en compte dans la projection sous forme de variable avec, éventuellement, plusieurs hypothèses : d'une part, les flux sont supposés nuls (neutralisation des flux entrants et sortants), d'autre part, le nombre de médecins diplômés à l'étranger observé en 2006 a été intégré dans l'effectif total de départ une fois pour toutes. Or, en 2006, ce nombre était de l'ordre de **8 300**, soit 4,6 % de l'effectif total contre environ **16 200** en 2014, soit 7 % de l'effectif total.

La prise en compte de ce phénomène explique donc un peu moins d'un tiers (29 %) du différentiel observé sur l'effectif total des médecins en activité :

celui-ci est de l'ordre de **27 345** médecins (219 834 – 192 489) en 2014, alors que le surplus de diplômés étrangers par rapport à la projection est de **7 900** environ.

Une interrogation relative à la projection du nombre d'internes en médecine

Le nombre d'internes en médecine influe sur les flux sortants projetés : or, les sources de données observables présentent d'importants écarts avec les effectifs présentés dans la projection.

Paradoxalement, alors que l'effectif projeté de médecins en activité est largement sous-estimé dans les projections quelles que soient les variantes, les effectifs d'internes projetés sont très nettement supérieurs aux effectifs issus de la base SISE^{34, 35} et des informations remontées par les comités régionaux de l'ONDPS.

Compte tenu des décalages temporels entre NC (entrée en 2^e année) et ECN (entrée en 6^{ème} année), l'hypothèse de NC retenue dans la projection n'est pas en cause : en 2012 (dernière année connue des effectifs enregistrés dans SISE), l'effectif d'internes constaté était de 27 584 dans SISE et de 27 769 dans les données ONDPS contre 31 592 dans la projection, bien que le NC correspondant aux internes (NC de 2004 à 2007) ait été déjà fixé (en 2004, 2005 et 2006) ou projeté au niveau qui a été fixé ultérieurement par arrêté (7 100 en 2007).

TABLEAU 14

	Effectifs d'internes en médecine			
	Effectifs constatés		Effectifs projetés	
Année-rentree	SISE	Source ONDPS	Projection DREES	Projection ONDPS 2005 ³⁵
2011	25 554	23 635	29 035	25 030
2012	27 584	27 769	31 592	26 864
2013	28 458	28 910	33 835	28 121

³⁴ Base SISE du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche : Système d'information sur le suivi de l'étudiant.

³⁵ La comparaison des sources de données relatives aux effectifs d'internes en formation a fait l'objet d'une analyse dans le rapport ONDPS 2008-2009, tome III, contribution 3.1, page 14.

³⁶ Rapport ONDPS 2006-2007, tome II, les Internes en médecine : démographie et répartition, page 15.

3.

Numerus clausus et inégalités régionales

Le numerus clausus est devenu à la fois un instrument de régulation quantitative nationale et de répartition régionale de l'offre de soins, puisque sa fixation par UFR doit tenir compte « des **besoins de la population**, de la **nécessité de remédier aux inégalités géographiques** et des capacités de formation des établissements concernés » (Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 mise en œuvre au cours de l'année universitaire 2010-2011).

L'efficacité du NC régionalisé repose donc sur **l'hypothèse de fidélité des diplômés à leur lieu de formation** en dépit du principe de liberté d'installation. En première analyse, cette hypothèse est partiellement confirmée.

3.1.

La fidélité au lieu de formation

Les données disponibles (2013), issues du RPPS et de la base du CNOCD³⁷, permettent de préciser cette notion. Selon les trois professions observées, médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, et selon les régions, la fidélité à la région de formation est variable.

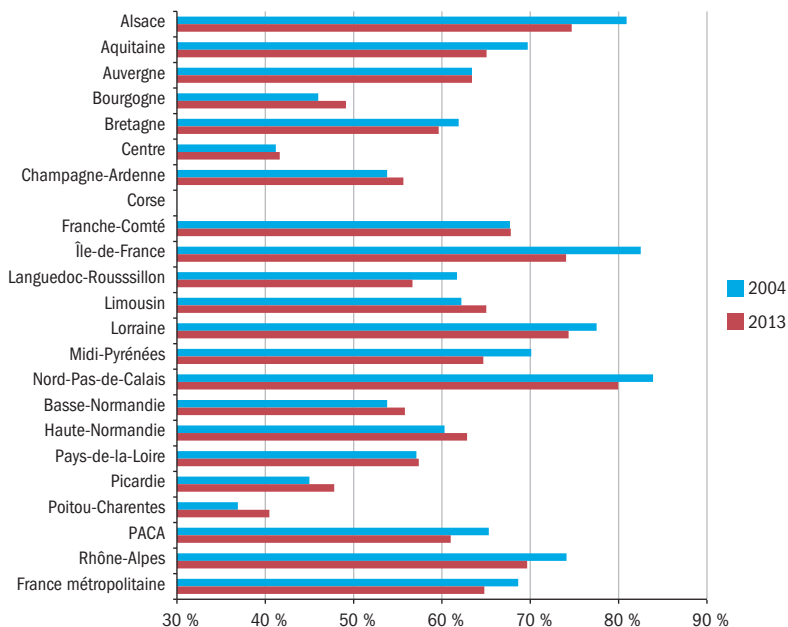
Les médecins

- la comparaison possible avec 2004 montre en premier lieu que la fidélité à la région de formation a tendance à diminuer ;
- la fidélité est plus élevée chez les médecins généralistes que chez les autres spécialistes ;
- elle varie fortement d'une région à l'autre : de 80 % en Nord-Pas-de Calais à 40,5 % en Poitou-Charentes.

³⁷ CNOCD : conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

FIGURE 21

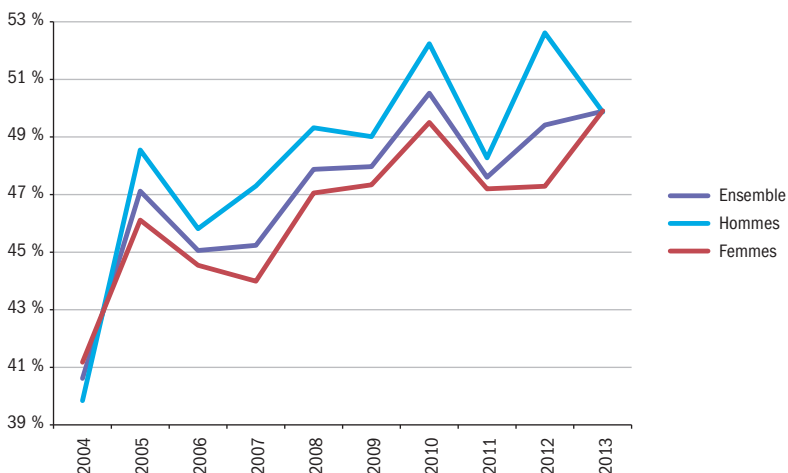
Pourcentage des médecins exerçant dans la région où ils ont eu leur diplôme



Ce constat ne démontre pas pour autant l'efficacité du NC dans la répartition régionale des médecins en exercice, puisque les ECN engendrent des mouvements de délocalisation qui concernent 50 % des étudiants, le choix de la spécialité entraînant un changement d'UFR et de région.

FIGURE 22

Pourcentage d'étudiants qui changent de régions à l'entrée de l'internat



Source : données CNG, traitement DREES.

TABLEAU 15

Pourcentage des médecins exerçant dans la région où ils ont eu leur diplôme

	Généralistes		Autres spécialistes		Tous médecins	
	2004	2013	2004	2013	2004	2013
Alsace	85,2 %	83,7 %	76,9 %	67,2 %	80,9 %	74,7 %
Aquitaine	71,7 %	69,6 %	67,9 %	60,7 %	69,7 %	65,1 %
Auvergne	67,1 %	67,9 %	59,0 %	58,8 %	63,4 %	63,4 %
Bourgogne	50,6 %	53,7 %	40,6 %	44,8 %	46,0 %	49,1 %
Bretagne	66,5 %	65,1 %	57,2 %	54,1 %	61,9 %	59,6 %
Centre	43,8 %	46,1 %	38,5 %	37,3 %	41,2 %	41,6 %
Champagne-Ardenne	59,8 %	64,1 %	46,7 %	46,7 %	53,8 %	55,6 %
Corse	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Franche-Comté	72,5 %	74,7 %	62,3 %	60,3 %	67,7 %	67,8 %
Île-de-France	84,2 %	81,7 %	81,2 %	69,2 %	82,5 %	74,1 %
Languedoc-Roussillon	64,8 %	60,9 %	58,7 %	52,8 %	61,7 %	56,7 %
Limousin	71,4 %	74,0 %	51,5 %	55,4 %	62,2 %	65,0 %
Lorraine	81,8 %	83,0 %	73,0 %	66,1 %	77,5 %	74,3 %
Midi-Pyrénées	71,7 %	67,4 %	68,6 %	62,2 %	70,1 %	64,7 %
Nord-Pas-de-Calais	89,4 %	89,4 %	77,0 %	70,3 %	83,9 %	79,9 %
Basse-Normandie	60,3 %	62,4 %	47,0 %	49,0 %	53,8 %	55,8 %
Haute-Normandie	68,6 %	71,2 %	51,5 %	54,5 %	60,3 %	62,8 %
Pays-de-la-Loire	58,9 %	60,8 %	55,1 %	53,9 %	57,1 %	57,4 %
Picardie	49,5 %	54,6 %	39,4 %	40,4 %	45,0 %	47,8 %
Poitou-Charentes	41,7 %	46,0 %	31,2 %	34,2 %	36,9 %	40,5 %
PACA	66,5 %	64,4 %	64,3 %	58,2 %	65,3 %	61,0 %
Rhône-Alpes	74,4 %	74,0 %	73,8 %	65,8 %	74,1 %	69,6 %
France métropolitaine	71,0 %	70,1 %	66,4 %	60,2 %	68,6 %	64,8 %

Ce phénomène est mis en évidence dans la projection de la démographie médicale de la DREES : deux variantes développent chacune un scénario qui modifie la répartition régionale du NC d'une part, celle des postes ouverts aux ECN d'autre part, l'axe de travail étant de corriger ces variables de façon inversement proportionnelle à l'écart entre la densité régionale et la densité nationale de médecins observée en 2006.

La conclusion relative à la variable NC est la suivante : « *Compte tenu du mécanisme des ECN qui revient à redistribuer les internes sur le territoire, cette variante présente peu d'intérêt car les résultats ne se différencient pas de ceux du scénario tendanciel.* ».

La répartition entre UFR des postes d'internat constitue un levier important pour réduire les disparités régionales de médecins.

Les chirurgiens-dentistes

Pour une raison différente, l'impact du NC régionalisé sur la démographie des chirurgiens-dentistes est également remarquable. En effet, 12 régions ne bénéficiant pas d'une UFR d'odontologie, le NC fixé par UFR de PACES dans la totalité des régions perd de son utilité.

Les étudiants originaires d'une région sans UFR d'odontologie sont envoyés par convention dans plusieurs régions, comme le montrent quelques exemples ci-dessous.

TABLEAU 16

Région de PACES	UFR de PACES	UFR d'odontologie d'accueil fixées par convention			
Bourgogne	Dijon	Clermont-Ferrand	Lorraine	Lyon	Strasbourg
Centre	Tours	Nantes	Montpellier		
Haute-Normandie	Rouen	Lille	Reims	Paris VII	

Le fort impact de ce phénomène se lit dans le ratio diplômés de la région/actifs dans la région et dans la densité de chirurgiens-dentistes par région : ainsi, à l'exception des régions Champagne-Ardenne et Corse, la densité est très nettement plus élevée dans les régions dotées d'une UFR d'odontologie et vice versa.

TABLEAU 17
Chirurgiens-dentistes

	Lieu d'obtention du diplôme	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bretagne	Champagne- Ardenne	Hors France	Ile-de-France	Languedoc- Roussillon	Lorraine	Midi- Pyénées	Nord-Pas- de-Calais	Pays- de-la-Loire	PACA	Rhône-Alpes	Total général	Diplômés de la région/ actifs dans la région (%)	Densité
	Alsace	1 296	5	1	2	13	44	20	7	34	3	3	1	6	2	1 437	90,2	77
	Aquitaine	11	1 828	37	18	16	57	112	23	14	201	20	28	23	19	2 407	75,9	72
	Auvergne	2	12	752	8	4	11	19	18	4	6	3	1	11	44	895	84,0	66
X	Basse-Normandie	7	11	5	252	54	49	137	6	4	4	14	31	10	8	592		40
X	Bourgogne	40	7	154	5	59	48	132	26	92	8	10	6	31	180	798		49
	Bretagne	11	30	14	1 452	29	49	148	13	24	13	22	238	15	9	2 067	70,2	63
X	Centre	16	66	132	31	93	66	408	51	18	18	20	178	35	12	1 144		45
	Champagne-Ardenne	2	4		7	562	38	41	8	59		7	2		12	742	75,7	54
	COM	8	23	5	16	4	4	51	22	14	23	8	23	29	19	249		
X	Corse	3	2			2	3	15	17	5	3	2	1	167	3	223		72
X	Franche-Comté	204	5	13	2	7	36	18	19	192	5	8	3	13	55	580		49
X	Guadeloupe	5	40	2	6	12	11	22	30	5	22	6	5	8	13	187		
X	Guyane	2	10	1	2	3	1	7	10	1	3		3	6	2	51		
X	Haute-Normandie	3	20	6	31	211	81	213	38	12	7	53	18	18	9	720		39
	Ile-de-France	97	122	60	83	160	560	6 779	150	66	112	68	84	169	82	8 594	78,9	72
	Réunion	15	60	12	26	17	15	42	68	7	50	20	25	68	27	452		

Lieu d'obtention du diplôme	Région d'exercice														Total général	Diplômes de la région/ actifs dans la région (%)	Densité
	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Bretagne	Champagne- Ardenne	Hors France	Ile-de-France	Languedoc- Roussillon	Lorraine	Midi- Pyrénées	Nord-Pas- de-Calais	Pays- de-la-Loire	PACA	Rhône-Alpes			
	12	29	31	14	16	77	93	1 409	17	201	14	9	49	38	2 009	70,1	73
X	2	163	83	2	3	15	35	10	3	27	2	11	7	6	369		48
	151	6	2	3	29	43	17	5	1 181	4	4	4	6	2	1 457	81,1	61
X	1	40	2	7	5	9	20	28	3	10		6	16	6	153		
	8	109	28	9	10	65	74	82	8	1 696	17	14	25	16	2 161	78,5	73
	3	6	1	5	22	56	28	9	11	3	1 873	3	6	3	2 029	92,3	50
	10	63	24	177	46	51	181	11	17	26	27	1 335	13	11	1 992	67,0	54
X	3	8	1	4	240	27	203	8	14	8	192	4	20	6	738		39
X	6	380	18	25	26	55	82	15	9	17	14	206	16	6	875		49
	46	57	39	21	42	158	298	343	54	71	46	31	3 108	114	4 428	70,2	89
	88	47	164	36	92	172	232	207	115	39	63	35	167	2 612	4 069	64,2	64
Total Général	2 052	3 153	1 587	2 244	1 777	1 801	9 427	2 633	1 983	2 580	2 516	2 305	4 042	3 316	41 418		63

Source : Base CNOCD 2013/RPPS traitement DREES.
Les régions avec une croix ne disposent pas d'une UFR d'odontologie.

Les sages-femmes

Le ratio diplômés de la région/actifs dans la région est très variable, de 86 % en Lorraine à 42 % dans la région Centre, avec une moyenne de 62 %.

Quatre régions présentent un ratio inférieur à 50 %, Centre, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et PACA, auxquelles quelques indicateurs ont été associés ci-dessous : parmi elles, Centre et PACA présentent des situations globalement très différentes qui illustrent les difficultés d'utiliser le NC comme régulateur de la répartition régionale des professionnels en fonction des besoins de la population.

La région Centre en effet fidélise peu ses diplômés, importe un peu moins de diplômés étrangers que la moyenne et, in fine, a une densité faible de sages-femmes rapportée à la population féminine de 15 à 49 ans. À l'inverse, avec les mêmes caractéristiques de taux de fidélité et d'importation de diplômés étrangers, PACA a une très forte densité de sages-femmes.

La question résiduelle est donc de savoir s'il convient par exemple de redéployer le NC en augmentant celui de la région à faible densité, sachant que cette région ne garde que peu ses diplômés et, réciproquement, de diminuer le NC de la région à forte densité. L'absence de liaison significative entre le lieu de diplôme et le lieu d'exercice conduit, dans la pratique, à privilégier le critère de capacités de formation : depuis plusieurs années, le nombre de places ouvertes par école est quasiment figé.

TABLEAU 18

	Ratio diplômés de la région/actifs dans la région Moyenne France 62	Taux de diplômés étrangers Moyenne France 5,3	Densité SF/femmes 15-49 ans Moyenne France 136
Centre	43	5,0	126
Midi-Pyrénées	48	6,3	140
Poitou-Charentes	46	4,3	133
PACA	44	4,6	146

TABEAU 19
 Sages-femmes

Lieu d'obtention du diplôme	Alsace	Antilles-Guyane	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	PACA	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Rhône-Alpes	Etranger	Total général	Diplômes étrangers (%)	Diplômés de la région /actifs dans la région (%)	Densité
Alsace	476	-	2	4	1	8	2	1	5	22	1	11	2	5	100	3	5	2	3	1	-	9	16	679	2,4	70,1	159
Aquitaine	5	2	503	15	6	8	9	21	13	6	6	46	22	46	27	41	18	14	18	7	50	27	44	954	4,6	52,7	136
Auvergne	3	1	2	312	-	8	4	3	1	4	2	10	5	5	4	7	4	3	1	4	5	22	6	416	1,4	75,0	146
Basse-Normandie	3	1	1	-	320	1	20	5	7	1	22	22	1	4	5	-	4	1	15	4	1	2	9	449	2,0	71,3	144
Bourgogne	7	-	2	18	2	323	-	8	12	21	2	21	5	-	17	1	4	3	2	3	-	51	11	513	2,1	62,8	150
Bretagne	9	-	15	3	36	6	507	15	9	5	17	63	11	5	20	2	18	3	153	13	25	17	47	1000	4,7	50,6	142
Centre	5	2	12	26	9	17	16	289	13	5	14	69	8	26	20	5	14	3	38	13	35	9	34	682	5,0	42,3	126
Champagne-Ardenne	6	-	1	2	2	38	2	1	237	8	-	11	2	1	43	-	9	3	2	8	2	4	29	411	7,1	57,7	139
Corse	-	-	4	4	1	2	2	-	-	1	2	4	10	2	8	3	2	24	2	2	1	3	3	80	3,8	-	116
Franche-Comté	28	-	1	3	2	44	3	1	5	256	1	3	3	1	42	2	4	-	5	3	1	15	9	432	2,1	59,3	164
Haute-Normandie	2	-	2	5	29	3	7	5	6	1	342	30	4	2	7	-	21	-	4	27	1	7	21	526	4,0	65,0	128
Île-de-France	35	19	54	27	45	37	54	44	80	24	56	1772	65	35	106	28	79	37	96	92	46	88	288	3207	9,0	55,1	111
Languedoc-Roussillon	5	-	13	15	2	6	10	10	11	9	6	35	554	10	33	39	21	18	11	15	11	31	39	904	4,3	61,1	161

Lieu d'obtention du diplôme	Alsace	Antilles-Guyane	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	PACA	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Rhône-Alpes	Etranger	Total général	Diplômes étrangers (%)	Diplômes de la région (%)	Densité
Limousin	-	-	8	12	-	-	-	2	1	1	2	9	2	152	4	6	2	-	3	1	10	2	6	223	2,7	88,2	149
Lorraine	38	-	2	2	3	4	1	3	8	3	-	17	-	1	753	3	4	1	5	2	1	2	24	877	2,7	85,8	164
Midi-Pyrénées	5	3	46	24	8	6	7	11	6	6	7	51	93	34	17	429	15	8	14	7	19	24	57	897	6,4	47,7	140
Nord-Pas-de-Calais	3	-	2	3	6	5	2	4	6	3	5	10	3	1	13	2	869	-	4	60	1	6	78	1 086	7,2	80,0	116
Pays-de-la-Loire	5	1	21	5	21	7	51	57	15	1	15	62	5	15	13	5	17	5	623	7	70	14	52	1 089	4,8	57,1	137
Picardie	2	-	4	2	3	-	-	3	68	-	6	21	1	1	5	1	38	1	1	262	1	3	43	468	9,2	56,0	107
Poitou-Charentes	5	1	54	5	4	5	7	29	4	3	3	31	4	24	8	7	7	1	29	4	223	10	21	489	4,3	45,6	133
PACA	32	-	21	25	6	17	13	15	23	21	8	80	220	8	70	15	27	666	20	17	17	134	70	1 525	4,6	43,6	146
Rhône-Alpes	40	2	16	108	17	95	12	20	25	68	14	83	80	15	91	15	39	38	32	13	8	1 387	107	2 326	4,6	59,6	160
France métropolitaine	714	32	786	620	523	640	729	547	555	469	531	2 461	1 100	393	1 406	614	1 221	831	1 081	565	528	1 867	1 014	19 233	5,3		136

Source : RPPS, traitement DREES.

3.2.

Les évolutions de la répartition régionale

Comme déjà indiqué supra, le NC des quatre professions confondues a augmenté de 27 % (+ 33 % avec les admissions directes³⁸) au cours des dix dernières années, **avec une évolution nettement différenciée selon les régions (de + 11 % en Aquitaine à + 53 % en Bourgogne)**, ce qui laisse présager a priori un redéploiement de places entre les régions et une réduction des inégalités de l'offre (densité de professionnels).

La gestion régionalisée du numerus clausus a permis d'aller dans le bon sens comme le montre, à dix ans d'intervalle, l'évolution des coefficients de variation de deux indicateurs : le NC et l'effectif de professionnels rapportés l'un et l'autre à la population générale (tableau ci-dessous).

TABLEAU 20

		NC 4 professions/ 100 000 hab	NC médecins : 100 000 hab	Densité 4 professions	Densité médecins	Densité chirurgiens-dentistes	Densité pharmaciens	Densité sages-femmes
2003	moyenne	15,9	8,2	549	318	63	108	27
	écart type	4,9	2,5	90	48	16	14	4
	coef. de variation	31 %	31 %	16 %	15 %	25 %	13 %	15 %
2013	moyenne	20,4	11,7	510	311	57	112	30
	écart type	4,5	2,5	55	37	13	11	4
	coef. de variation	22 %	21 %	11 %	12 %	23 %	10 %	12 %

Cette observation conduit à constater un autre phénomène : les disparités en termes de NC/population demeurent élevées³⁹, alors que, à l'exception des chirurgiens-dentistes, la densité de professionnels est devenue relativement homogène.

³⁸ Pour la suite du développement sur les régions, on utilise le NC principal car on ne dispose pas du NC régionalisé avec admissions directes sur longue période.

³⁹ Le coefficient de variation donne l'homogénéité de la série, si le coefficient de variation est inférieur à 15 %, on considère que les données sont homogènes et inversement, si le coefficient de variation est supérieur à 15 %, on dit que les données sont hétérogènes.

Une comparaison a été réalisée à 10 ans d'intervalle (2003-2013), elle porte sur quelques indicateurs relatifs au NC cumulé des quatre professions :

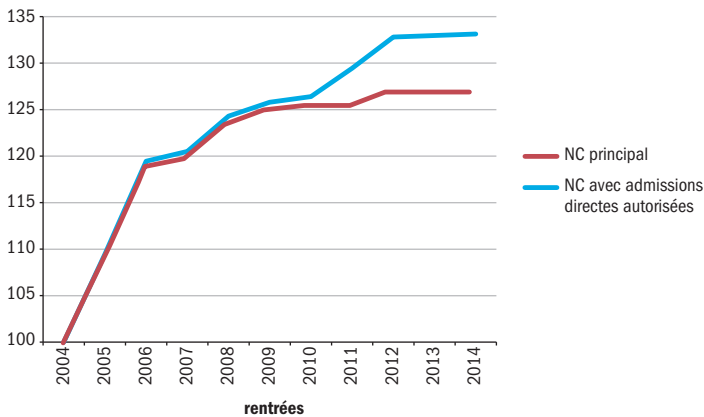
- le NC des quatre professions pour 100 000 habitants ;
- la densité des professionnels pour 100 000 habitants ;
- le rapport entre le NC et le nombre de bacheliers de la série générale.

3.2.1. Evolution régionale du NC des quatre professions

En France métropolitaine, le NC des quatre professions qui a augmenté de 27 % entre 2004 et 2013 (+ 33 % avec les admissions directes⁴⁰) a connu une évolution nettement différenciée selon les régions (de + 11 % en Aquitaine à + 53 % en Bourgogne), ce qui laisse présumer d'un redéploiement de places entre les régions.

FIGURE 23

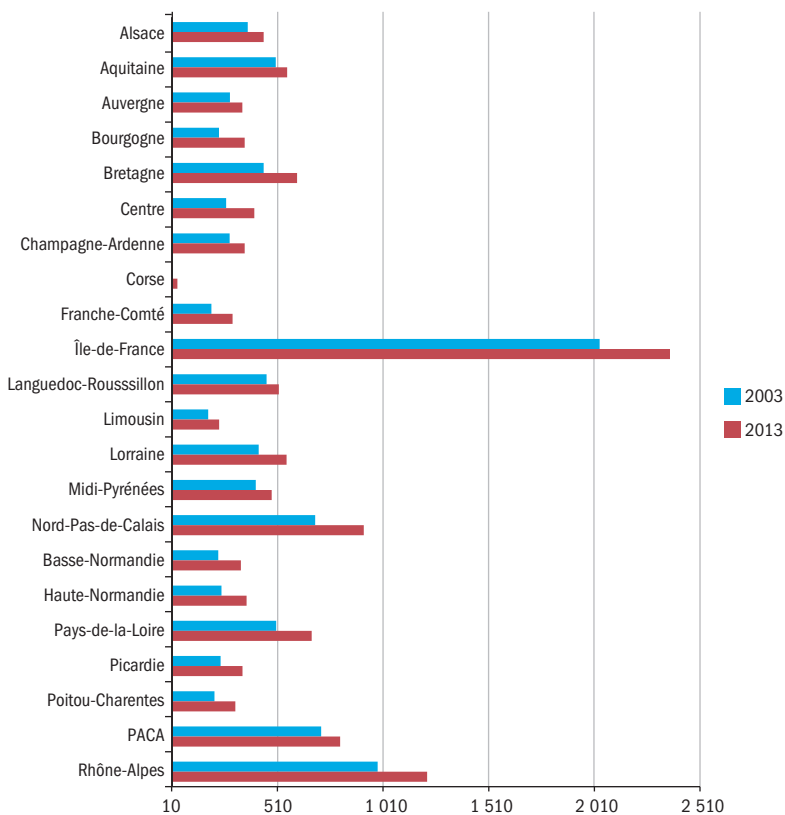
Evolution en indice du NC des quatre professions cumulées depuis 2004



⁴⁰ Pour la suite du développement sur les régions, on utilise le NC principal car on ne dispose pas du NC régionalisé avec admissions directes sur longue période).

FIGURE 24

NC en valeur des quatre professions cumulées



Selon les régions, le NC toutes professions confondues a un poids relatif très variable, de moins de 2 % pour le Limousin à plus de 20 % pour l'Île-de-France. Sans cette région qui pèse pour un cinquième du NC et qui n'a augmenté que de 16 %, la croissance du NC a été de + 29 % en moyenne pour les autres régions.

Néanmoins, malgré ce supplément de places ouvertes en dix ans, les poids relatifs des NC de chaque région n'ont pas connu de forte variation et leur hiérarchie est demeurée assez stable.

TABLEAU 21
Avec l'Île-de-France

	2013	Poids	2004	Poids	Ecart de poids	Croissance du NC
Alsace	443	3,5 %	368	3,7 %	- 0,2 %	20 %
Aquitaine	555	4,4 %	501	5,1 %	- 0,6 %	11 %
Auvergne	342	2,7 %	283	2,9 %	- 0,1 %	21 %
Bourgogne	353	2,8	231	2,3 %	0,5 %	53 %
Bretagne	602	4,8 %	443	4,5 %	0,3 %	36 %
Centre	399	3,2 %	265	2,7 %	0,5 %	51 %
Champagne-Ardenne	353	2,8 %	282	2,9 %	0,0 %	25 %
Corse	34	0,3 %				
Franche-Comté	296	2,4 %	195	2,0 %	0,4 %	52 %
Île-de-France	2 371	19,0 %	2 037	20,6 %	- 1,6 %	16 %
Languedoc-Roussillon	515	4,1 %	457	4,6 %	- 0,5 %	13 %
Limousin	232	1,9 %	180	1,8 %	0,0 %	29 %
Lorraine	552	4,4 %	420	4,3 %	0,2 %	31 %
Midi-Pyrénées	481	3,9 %	406	4,1 %	- 0,3 %	18 %
Nord-Pas-de-Calais	918	7,3 %	688	7,0 %	0,4 %	33 %
Basse-Normandie	335	2,7 %	228	2,3 %	0,4 %	47 %
Haute-Normandie	362	2,9 %	243	2,5 %	0,4 %	49 %
Pays-de-la-Loire	671	5,4 %	503	5,4 %	0,3 %	33 %
Picardie	343	2,7 %	239	2,4 %	0,3 %	44 %
Poitou-Charentes	309	2,5 %	210	2,1 %	0,3 %	47 %
PACA	806	6,5 %	716	7,2 %	- 0,8 %	13 %
Rhône-Alpes	1 219	9,8 %	984	10,0 %	- 0,2 %	24 %
France métropolitaine	12 491	100,0 %	9 879	100,0 %	0,0 %	26 %

TABLEAU 22
Sans l'Île-de-France

	2013	Poids	2004	Poids	Ecart de poids	Croissance du NC
Alsace	443	3,5 %	368	4,7 %	- 0,3 %	20 %
Aquitaine	555	5,5 %	501	6,4 %	- 0,9 %	11 %
Auvergne	342	3,4 %	283	3,6 %	- 0,2 %	21 %
Bourgogne	353	3,5 %	231	2,9 %	0,5 %	53 %
Bretagne	602	5,9 %	443	5,6 %	0,3 %	36 %
Centre	399	3,9 %	265	3,4 %	0,6 %	51 %
Champagne-Ardenne	353	3,5 %	282	3,6 %	- 0,1 %	25 %
Corse	34	0,3 %				
Franche-Comté	296	2,9 %	195	2,5 %	0,4 %	52 %
Languedoc-Roussillon	515	5,1 %	457	5,8 %	- 0,7 %	13 %
Limousin	232	2,3 %	180	2,3 %	0,0 %	29 %
Lorraine	552	5,5 %	420	5,4 %	0,1 %	31 %
Midi-Pyrénées	481	4,8 %	406	5,2 %	- 0,4 %	18 %
Nord-Pas-de-Calais	918	9,1 %	688	8,8 %	0,3 %	33 %
Basse-Normandie	335	3,3 %	228	2,9 %	0,4 %	47 %
Haute-Normandie	362	3,6 %	243	3,1 %	0,5 %	49 %
Pays-de-la-Loire	671	6,6 %	503	6,4 %	0,2 %	33 %
Picardie	343	3,4 %	239	3,0 %	0,3 %	44 %
Poitou-Charentes	309	3,1 %	210	2,7 %	0,4 %	47 %
PACA	806	8,0 %	716	9,1 %	- 1,2 %	13 %
Rhône-Alpes	1 219	12,0 %	984	12,5 %	- 0,5 %	24 %
France métropolitaine	10 120	100,0 %	7 842	100,0 %	0,0 %	29 %

3.2.2. Evolution du NC régionalisé par rapport à la population générale

La croissance du numerus clausus des quatre professions cumulées, supérieure à celle de la population générale, a permis d'augmenter le ratio NC/100 000 habitants de 16,5 à 19,7 pour 100 000 habitants en moyenne France métropolitaine au cours de la période. Les redéploiements entre régions sont limités et aucune d'entre elles n'a connu de baisse de son numerus clausus en valeur absolue.

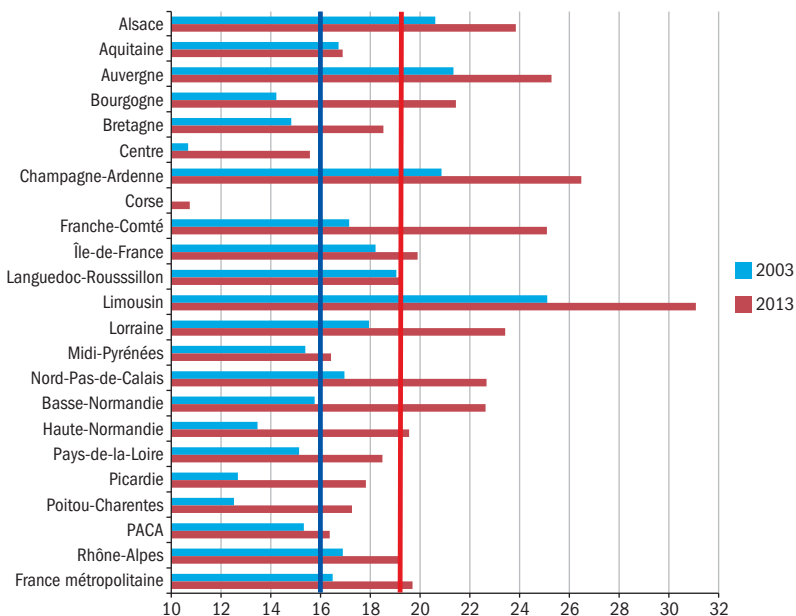
Aussi, sur 22 régions (21 en réalité car le NC de Corse en 2004 n'est pas renseigné), 5 régions seulement ont-elles modifié leur position par rapport à la moyenne : trois régions dont le rapport NC/100 000 habitants était supérieur à la moyenne française sont passées en dessous (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes) et deux ont connu l'évolution inverse (Basse-Normandie et Bourgogne). Les 16 régions restantes ont conservé leur position par rapport à la moyenne : 8 au-dessus et 8 en dessous.

TABLEAU 23

	De 2004 à 2013		2004	2013
	Croissance du NC	Ecart de poids	Pour 100 000 habitants	Pour 100 000 habitants
Alsace	20 %	- 0,2 %	20,6	23,8
Aquitaine	11 %	- 0,6 %	16,7	16,9
Auvergne	21 %	- 0,1 %	21,3	25,3
Bourgogne	53 %	0,5 %	14,2	21,4
Bretagne	36 %	0,3 %	14,8	18,5
Centre	51 %	0,5 %	10,7	15,6
Champagne-Ardenne	25 %	0,0 %	20,9	26,5
Corse			0,0	10,7
Franche-Comté	52 %	0,4 %	17,1	25,1
Île-de-France	16 %	- 1,6 %	18,2	19,9
Languedoc-Roussillon	13 %	- 0,5 %	19,0	19,2
Limousin	29 %	0,0 %	25,1	31,1
Lorraine	31 %	0,2 %	17,9	23,4
Midi-Pyrénées	18 %	- 0,3 %	15,4	16,4
Nord-Pas-de-Calais	33 %	0,4 %	17,0	22,7
Basse-Normandie	47 %	0,4 %	15,8	22,6
Haute-Normandie	49 %	0,4 %	13,5	19,6
Pays-de-la-Loire	33 %	0,3 %	15,1	18,5
Picardie	44 %	0,3 %	12,7	17,8
Poitou-Charentes	47 %	0,3 %	12,5	17,3
PACA	13 %	- 0,8 %	15,3	16,4
Rhône-Alpes	24 %	- 0,2 %	16,9	19,2
France métropolitaine	26 %	0,0 %	16,5	19,7

FIGURE 25

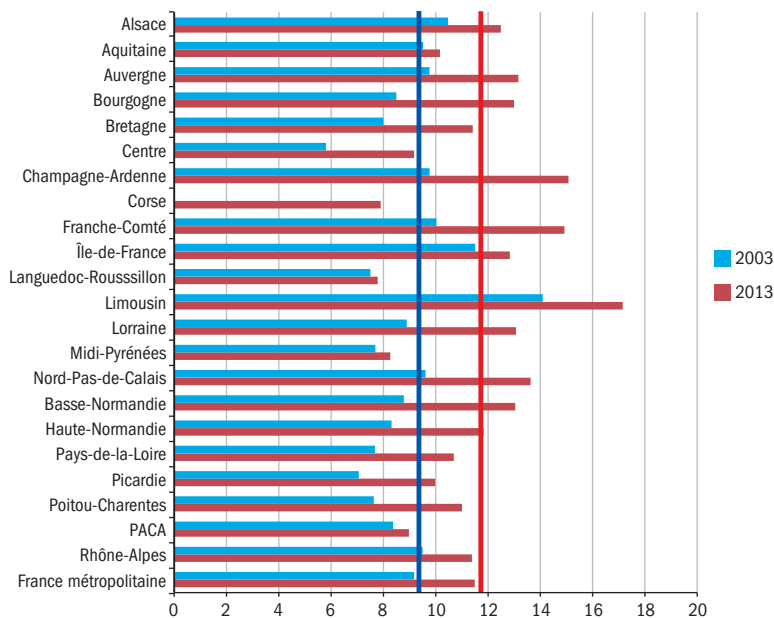
NC des quatre professions cumulées pour 100 000 habitants



Pour la seule médecine, l'évolution régionale du NC rapporté à 100 000 habitants montre également la persistance de disparités importantes.

FIGURE 26

NC de médecine pour 100 000 habitants



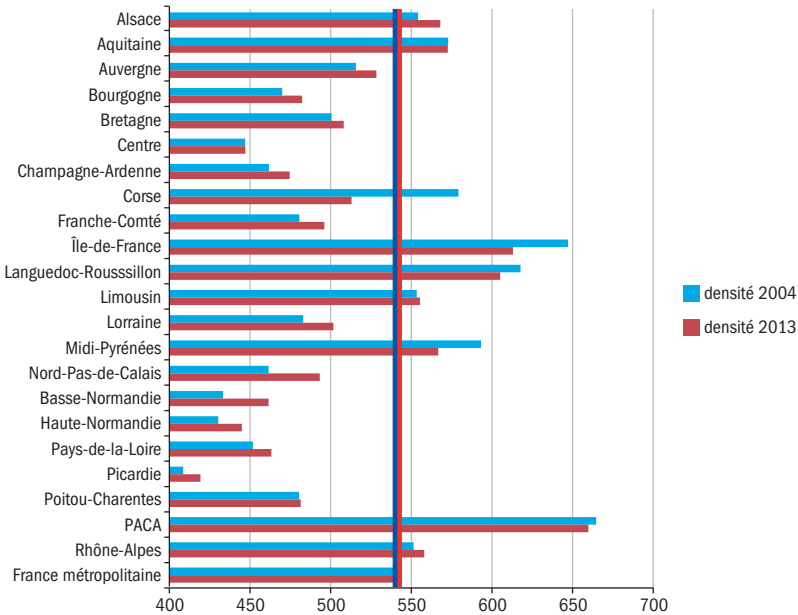
3.2.3. Evolution du NC régionalisé par rapport aux professionnels en activité

L'utilisation qui est faite ici de l'indicateur de densité des professionnels en activité doit être d'abord précisée : en effet, l'impact du NC se faisant sentir à l'issue des nombreuses années d'études après la PACES (de quatre à onze ans selon les professions), les évolutions de densité de professionnels en activité de 2004 à 2013 sont le fruit des décisions de NC prises antérieurement à cette période.

Il ne s'agit donc pas de mesurer l'impact des NC fixés entre 2004 et 2013 sur l'évolution des densités de professionnels au cours de la même période, mais simplement d'observer les indicateurs de densité disponibles au moment de la fixation des places pour comprendre si les décisions prises sont allées dans le sens d'une réduction significative des disparités d'offre de soins.

FIGURE 27

Densité des quatre professions cumulées/100 000 habitants



Un examen des situations extrêmes a été réalisé.

→ En premier lieu, les régions dont le NC a connu une évolution remarquable entre 2004 et 2013 par rapport à la moyenne nationale :

TABLEAU 24

	De 2004 à 2013		2004	2013	2004	2013
	Croissance du NC	Variation du poids du NC régional dans le NC français	NC pour 100 000 habitants	NC pour 100 000 habitants	Professionnels actifs pour 100 000 hab	
France métropolitaine	26 %		16,5	19,7	543	543
Aquitaine	11 %	- 0,6 %	16,7	16,9	573	573
Languedoc-Roussillon	13 %	- 0,5 %	19,0	19,2	618	605
Bourgogne	53 %	+ 0,5%	14,2	21,4	470	482
Franche-Comté	52 %	+ 0,4%	17,1	25,1	481	496
Centre	51 %	+ 0,5%	10,7	15,6	447	447

Voir chiffres complets en annexe

Les cinq régions qui figurent dans le tableau ci-dessus sont celles dont le NC des quatre professions confondues a connu les plus faibles évolutions (en bleu) et les plus fortes (en rose) par rapport à la moyenne nationale.

→ Les évolutions les plus faibles : Aquitaine et Languedoc-Roussillon

Malgré un taux de croissance de leur NC à peu près similaire, c'est-à-dire très en deçà de la moyenne française, ces deux régions présentent des caractéristiques différentes.

En Aquitaine, la surdensité des professionnels en activité, principalement issue des NC des années antérieures, est restée stable entre 2004 et 2013. En revanche, le ratio NC/population est devenu bien inférieur à la moyenne nationale : la faible croissance du NC en Aquitaine devrait donc réduire à terme la surdensité de professionnels et rapprocher la région de la moyenne nationale dans les années à venir.

En Languedoc-Roussillon en revanche, la fixation des NC antérieurs a enclenché une légère baisse de la densité de professionnels en activité, laquelle est restée néanmoins très au-dessus de la moyenne nationale. Malgré cette surdensité persistante, le ratio NC/population est resté stable : bien que faible par rapport à la croissance moyenne nationale, l'augmentation du NC dans cette région apparaît encore trop élevée.

→ Les évolutions les plus fortes : Bourgogne, Franche-Comté, Centre

En suivant le même raisonnement, il apparaît que les deux premières régions – Bourgogne et Franche-Comté – sont en bonne voie, alors que la région Centre demeure très sous-dotée : elle devrait sans doute bénéficier d'une hausse plus importante de son numerus clausus.

→ En second lieu, les régions dont les densités de professionnels sont les plus éloignées de la moyenne

TABLEAU 25

	De 2004 à 2013		2004	2013	2004	2013
	Croissance du NC	Ecart de poids	NC pour 100 000 habitants	NC pour 100 000 habitants	Professionnels actifs pour 100 000 hab	
France métropolitaine	26 %		16,5	19,7	543	543
PACA	13 %	- 0,8 %	15,3	16,4	665	660
Île-de-France	16 %	- 1,6 %	18,2	19,9	647	613
Picardie	44 %	+ 0,3 %	12,7	17,8	409	419
Haute-Normandie	49 %	+ 0,4%	13,5	19,6	430	445
Basse-Normandie	47 %	+ 0,4%	15,8	22,6	433	462

Concernant les deux régions de forte surdensité des professionnels en activité, les différents indicateurs vont globalement dans le bon sens, mais les évolutions sont notoirement insuffisantes. En Île-de-France, le ratio NC/population générale a même augmenté en dix ans.

Concernant les trois régions de forte sous-densité des professionnels en activité, la hausse des NC semble rétablir un ratio NC/population plus proche de la moyenne nationale. Néanmoins, ce redéploiement est insuffisant pour combler le déficit de professionnels en activité, en particulier en Picardie qui devrait faire l'objet d'un examen attentif dans les prochaines années.

3.2.4. Evolution du NC par rapport au nombre de bacheliers

Bien que l'harmonisation du ratio NC/bacheliers ne constitue pas un objectif de cette procédure de régulation, il a semblé utile d'observer le phénomène.

En effet, en raison de plusieurs facteurs dont la pyramide des âges, il existe une disparité interrégionale parfois très importante du nombre de bacheliers rapporté à la population générale.

Cette situation conduit à créer une inégalité de chances d'accès en deuxième année d'études de santé pour les bacheliers, qui peuvent aller du simple à plus du double (NC égal à 8,5 % des bacheliers de la série générale dans le Limousin contre moins de 4 % dans la région Centre, l'Île-de-France se situant en gros à la moyenne nationale de 4,2 %). Un taux particulièrement élevé de bacheliers admis en deuxième année d'études de santé constitue un signe de déséquilibre démographique de la région et peut représenter un frein à une augmentation supplémentaire des NC pourtant nécessaire par ailleurs.

L'exemple du Limousin est illustratif : cette région à la population vieillissante⁴¹ a un nombre de bacheliers pour 100 000 habitants très inférieur à la moyenne nationale et qui, de surcroît, a même tendance à baisser alors qu'en moyenne

⁴¹ 42 % < 40 ans au lieu de 49 % France métropolitaine, 21 % < 20 ans au lieu de 24 %.

France métropolitaine, ce nombre est en augmentation sur la période (de 434 à 465 bacheliers pour 100 000 habitants). Le taux de croissance des NC, pourtant quasiment à la moyenne nationale dans cette région, conduit à un ratio NC/bacheliers beaucoup plus élevé que la moyenne.

FIGURE 28

Nombre de bacheliers pour 100 000 habitants

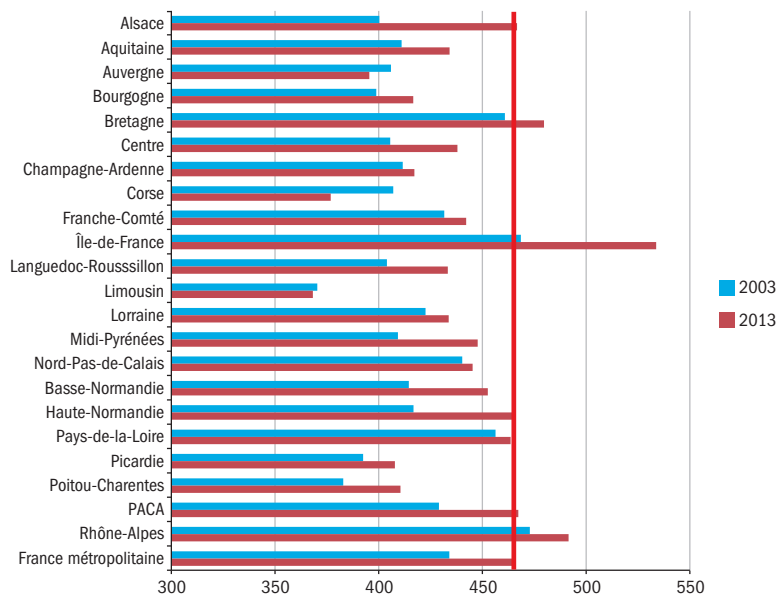
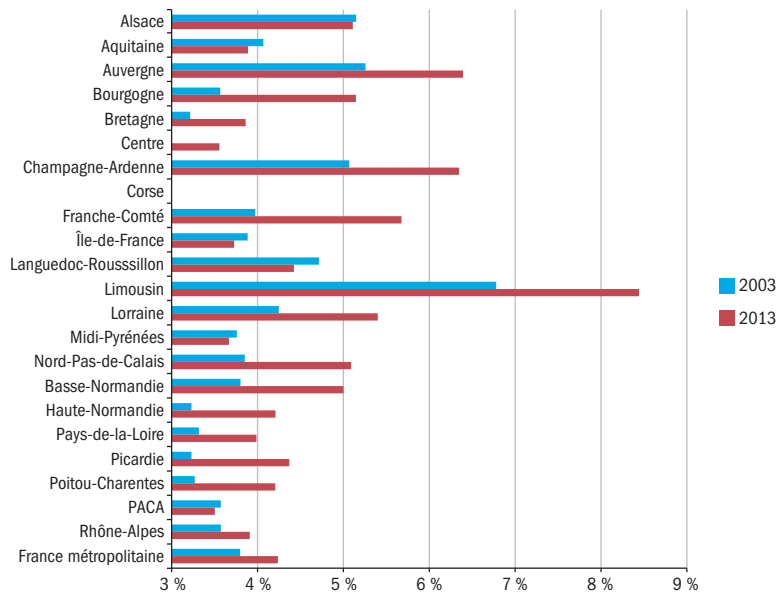


FIGURE 29

NC des quatre professions cumulées/bacheliers série générale



Parmi les quatre régions dont le ratio NC/bacheliers est particulièrement élevé, à savoir Limousin, Auvergne, **Champagne-Ardenne, Franche-Comté**, les deux dernières sont problématiques car elles nécessiteraient encore une croissance importante de leur NC en raison de leur forte sous-densité de professionnels en activité.

Ce n'est pas toujours le cas : ainsi, la **Picardie** qui présente une sous-densité très importante de professionnels en activité (409 au lieu de 543 en 2004 et 419 en 2013) a vu son NC augmenter de + 44 % en dix ans. Le ratio NC sur 100 000 habitants est passé de 12,7 (pour une moyenne de 16,5) en 2004 à 17,8 (pour une moyenne de 19,7) en 2013. Certes le taux de bacheliers dans la population générale est faible, mais l'effort peut être poursuivi puisque le ratio NC/bacheliers est à peine supérieur à la moyenne nationale.

En d'autres termes, indépendamment des capacités de formation, il existe donc aussi un problème d'absorption de forte croissance des NC dû au faible nombre de bacheliers rapporté à la population.

À l'issue de cette analyse, il apparaît que la fixation régionalisée des NC a induit un redéploiement effectif au cours des dix dernières années, qui va dans le sens d'une réduction des disparités. Toutefois, tant du point de vue de la population à couvrir que des densités de professionnels en activité, ce redéploiement semble insuffisant. La principale raison en incombe vraisemblablement à la flexibilité réduite des capacités de formation qui, in fine, demeurent le critère prédominant dans la fixation des NC. La structure démographique de la population générale (pyramide des âges notamment) peut également, dans certaines régions, constituer un frein à une allocation optimale des places en seconde année d'études de santé, notamment lorsque le nombre de bacheliers est trop faible pour absorber sans dommage une forte croissance du NC.

Conclusion générale

Les constats dressés dans cette étude conduisent à des conclusions de nature différente.

D'un point de vue opérationnel et technique tout d'abord, il est apparu que certains travaux devraient être engagés rapidement pour améliorer la prise de décision en matière de numerus clausus : c'est le cas notamment des flux migratoires entrants et sortants de professionnels en activité dont une meilleure connaissance permettrait d'actualiser les variables des modèles de projection et de mieux cerner l'évolution prévisible de la démographie des professionnels de santé. Il en est de même des flux entrants d'étudiants qui seraient mieux appréhendés si étaient mis en place l'intégration et le suivi des places complémentaires ouvertes et effectivement attribuées au titre de l'accès direct en seconde année ou au titre des 8 % réservés aux étudiants n'appartenant pas à l'espace économique européen.

En second lieu, l'efficacité même du dispositif de numerus clausus doit faire l'objet d'une évaluation différenciée pour chacun des deux objectifs qui lui sont assignés, la régulation quantitative et l'harmonisation territoriale :

- à l'heure actuelle, **les effets de la régulation quantitative nationale sont contrariés** par les flux entrants de professionnels à diplôme étranger puisqu'il n'en est pas tenu compte malgré l'ampleur du phénomène : la quasi égalité entre NC et primo-inscrits à l'Ordre qui sous-tendait jusqu'alors la démarche n'a plus de réalité ;
- par ailleurs, **l'harmonisation territoriale** qui se heurte à une certaine rigidité des capacités de formation ne semble pas pouvoir se limiter au seul dispositif actuel du NC.

D'une part, il conviendrait de réfléchir plus avant au lien à établir entre une fixation du NC qui devrait devenir pluriannuelle et la planification des moyens de formation qui devrait en découler.

D'autre part, en médecine, c'est la gestion des postes d'internat qui apparaît comme le levier le plus structurant pour rééquilibrer les ressources dans les régions, en particulier dans les spécialités autres que la médecine générale.

Enfin, compte tenu du taux de fidélité des professionnels à leur région de formation, la localisation des places de NC et des postes d'internes devrait sans doute être complétée par des mécanismes d'aval plus orientés sur les conditions d'installation.

ANNEXES

DE LA PARTIE I

Annexe 1 Article L631-1 du code de l'éducation : PACES et Numerus clausus

Modifié par LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 – art. 1 (V)

I. – La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :

1° L'organisation de cette première année des études de santé ;

2° Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ;

3° Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;

4° Les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études.

II. – 1. Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

2. Peuvent également être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou en première année d'école de sage-femme des étudiants engagés dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la première année.

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé arrêtent le nombre, les conditions et les modalités d'admission des étudiants mentionnés aux 1 et 2.

III. – Le ministre chargé de la santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

NOTA :

Conformément à l'article 2 de la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009, les dispositions de la présente loi entrent en vigueur à compter de l'année universitaire 2010-2011.

Annexe 2 Liste et durée des spécialités

Spécialités dites (avant) filiarisées	
Anesthésie-Réanimation	5 ans
Biologie médicale	4 ans
Gynécologie médicale	4 ans
Gynécologie obstétrique	5 ans
Médecine du travail	4 ans
Pédiatrie	4 ans
Psychiatrie	4 ans
Santé publique et médecine sociale	4 ans
Médecine générale	3 ans
Spécialités Médicales	
Anatomie et cytologie pathologiques	5 ans
Cardiologie et maladies vasculaires	4 ans
Dermatologie et vénéréologie	4 ans
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	4 ans
Gastro-entérologie et hépatologie	4 ans
Génétique médicale	4 ans
Hématologie	5 ans
Médecine interne	5 ans
Médecine nucléaire	4 ans
Médecine physique et réadaptation (MPR)	4 ans
Néphrologie	4 ans
Neurologie	4 ans
Oncologie (option radiothérapie, option oncologie médicale, option oncohématologie)	5 ans
Pneumologie	4 ans
Radiodiagnostic et imagerie médicale	5 ans
Rhumatologie	4 ans
Spécialités Chirurgicales	
Chirurgie générale	5 ans
Chirurgie orale/Stomatologie	4 ans
Neurochirurgie	5 ans
Ophthalmologie	5 ans
Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale	5 ans

Annexe 3 Liste et durée des DESC

(cf. arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine)

Un DESC alias « diplôme d'études spécialisées complémentaires » peut être de deux types : il existe un DESC de type I et un DESC de type II. En simplifiant, pour avoir accès à un DESC, il faut être titulaire d'un DES (cf. décret du 16 janvier 2004 pour plus de précisions). Un DESC n'est pas obligatoire pour être médecin mais il l'est pour exercer certaines spécialités.

Les DESC de type I, d'une durée de deux ans permettent une sorte d'hyperspécialisation où le jeune médecin conserve le titre de spécialiste dans la spécialité de son DES.

Les DESC de type II, d'une durée de trois ans, qui ouvrent droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme. Le jeune spécialiste obtient ainsi une nouvelle qualification dans une nouvelle spécialité, la spécialité du DESC de type II se substitue à la spécialité de DES (si un interne en médecine générale décide de passer un DESC de gériatrie, il deviendra alors Gériatre et non plus Médecin généraliste) puisqu'il s'inscrit à l'Ordre des médecins sous cette spécialité et non sous celle de son DES.

Seul un an sur deux ou trois est réalisé au sein de l'internat, le reste des années doit être fait dans des stages correspondant au DESC alors que l'étudiant n'est plus interne. Il faut en général faire ses stages dans le service correspondant au DESC que l'on veut (en Nutrition pour un DESC de Nutrition, etc.).

À noter que pour finir un DESC I ou II, vu qu'il faut obligatoirement un an ou deux en dehors de son internat, il est obligatoire de disposer d'un poste de Chef de Clinique ou d'Assistant dans la spécialité voulue. C'est particulièrement valable pour les DESC de surspécialisation chirurgicale : il est impossible d'être chirurgien thoracique et cardio-vasculaire si l'on ne peut avoir de poste de Chef de Clinique ou d'Assistant dans cette spécialité.

Les 20 DESC de type I
Addictologie
Allergologie et immunologie clinique
Andrologie
Cancérologie
Dermato-pathologie
Fœtopathologie
Hémodiagnostic-transfusion
Médecine de la douleur et médecine palliative
Médecine de la reproduction
Médecine légale et expertises médicales
Médecine du sport
Médecine d'urgence
Médecine vasculaire
Néonatalogie
Neuropathologie
Nutrition
Orthopédie dento-maxillo-faciale
Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Les 11 DESC de type II
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie de la face et du cou
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie urologique
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Gériatrie
Réanimation médicale

Annexe 4 Lettre du conseil d'orientation de l'ONDPS à l'attention de la ministre chargée de la santé



Dossier suivi par :
Anny Goufouse
Secrétaire générale
Tél : 01 40 56 82 32
anny.goufouse@sante.gouv.fr

Marseille, le 29 octobre 2012

Le Président,

**Note à l'attention de Madame Marisol Touraine,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé**

Objet : fixation du numerus clausus des professions de santé

Les membres du Conseil d'orientation de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), réunis le 27 septembre 2012, souhaitent vous exprimer par la présente leur préoccupation quant aux modalités actuelles de fixation du numerus clausus ou des quotas des professions de santé.

La régulation en nombre et répartition géographique des professions de santé au niveau de la formation initiale s'est améliorée progressivement grâce à la mise en place de dispositifs : par exemple, l'ouverture des postes d'internes en médecine par interrégion et subdivision depuis l'introduction de la filiarisation en 2010. Toutefois ces dispositifs auxquels l'ONDPS participe¹ de par ses missions ne peuvent être réellement efficaces que si certaines conditions sont remplies.

La première d'entre elles réside incontestablement dans une fixation éclairée et prospective du numerus clausus ou des quotas qui régulent les flux d'entrée dans la formation et emportent des conséquences sur les professionnels en activité plus de 10 ans après.

Cette procédure, qui doit éviter les variations brutales ou continues de ce numerus clausus en raison notamment d'une élasticité limitée des capacités de formation, devrait bien entendu prendre en compte les dernières projections démographiques disponibles. Ainsi, les projections démographiques de médecins réalisées en 2009 jusqu'en 2030 par la DREES suggéraient la nécessité de faire une pause dans l'augmentation du numerus clausus des étudiants en médecine dès 2011, non susceptible au demeurant de résoudre à elle seule les problèmes de démographie des professionnels.

En effet, cette régulation à l'entrée des filières devrait avant tout être orientée dès maintenant en fonction des évolutions prévisibles et souhaitées de l'organisation des prises en charge à moyen terme. Or les projections démographiques résultent d'un modèle statique « toutes choses égales par ailleurs » qui raisonnent à répartition constante des compétences

¹ Décret du 13 juillet 2010, article 1 - 2° « Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ».

Il nous semble donc à la fois nécessaire et urgent de les compléter par une approche prospective consistant à cerner au plus près les besoins prévisibles de la population à moyen et long terme, puis à faire des choix sur le système de santé souhaité en précisant les missions, les métiers et les modes d'exercice que ces besoins impliquent.

Par exemple, le choix des modes de prise en charge de la mère et du nourrisson, à la sortie de la maternité, doit permettre de déterminer les missions respectives des sages-femmes, puéricultrices, médecins gynécologues, pédiatres et médecins généralistes. Sans ce préalable, il est impossible de quantifier le nombre optimal de sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, gynécologues et pédiatres à former à partir de l'an prochain, compte tenu des projections démographiques à 10 et 20 ans de ces professions et de la patientèle qui s'y attache.

D'autres facteurs, pour l'instant non pris en compte, seraient également à intégrer dans cette démarche prospective, tels que la régulation des flux des formations spécialisées complémentaires des internes de médecine générale, l'augmentation du nombre des professions paramédicales plus rapide que celle des médecins conjuguée au développement des coopérations, enfin les flux de professionnels à diplôme communautaire ou extracommunautaire susceptibles d'être autorisés à exercer en France.

L'ONDPS souhaiterait donc pouvoir vous expliciter ses préoccupations et envisager avec vous les modalités concrètes qui permettraient de poser les premiers jalons d'une procédure rénovée.

Je vous prie d'accepter, Madame la Ministre, l'expression de mes salutations respectueuses et dévouées.

Professeur Yvon Berland

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Y. Berland', written over a horizontal line.

Copie à : M. Nevache, Directeur de cabinet de Madame la Ministre

Annexe 5 Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées⁴²

En 2008, la Drees a réalisé un exercice de projection des effectifs de médecins sur la période 2007-2030.

L'objectif de cette note est d'effectuer une première comparaison entre les effectifs de médecins projetés par le modèle de la Drees et les effectifs observés sur la période 2007-2013, ventilés par spécialité, région d'exercice et tranche d'âge.

L'exercice de projection 2008

Le modèle employé pour réaliser l'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 type de 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, âgés de moins de 80 ans, 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, d'améliorer la précision du 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 projette année après année des effectifs, de façon directement agrégée pour les étudiants jusqu'à la fin du deuxième cycle, puis individuellement pour les étudiants en troisième cycle et les médecins actifs (méthode de « microsimulation »).

Le scénario tendanciel repose principalement sur l'hypothèse de comportements des médecins constants. Par exemple, sont supposés identiques à ceux observés au cours des dernières années, les comportements des étudiants en médecine en matière de redoublement ou d'abandon des études médicales, d'absence aux épreuves classantes nationales, ou encore les comportements de 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.

On suppose que les comportements de départ à la retraite des médecins sur la période 2007-2030 sont identiques à ceux observés sur la période 2003-2006.

Le numerus clausus (NC) est fixé dans ces simulations à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008, 7 600 en 2009, 7 800 en 2010 et 8 000 de 2011 à 2020 (soit un peu plus que le NC d'aujourd'hui, fixé à environ 7 500 en 2012-2013). 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 nombre de postes ouverts aux ECN rapporté au nombre de candidats est présumé 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 (en 2013 on est plutôt autour de 50 %). 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

⁴² Annexe 5 à l'avis du HCAAM (17 juillet 2014).

médicales » par spécialité sont présumées identiques aux répartitions moyennes observées sur les trois dernières années.

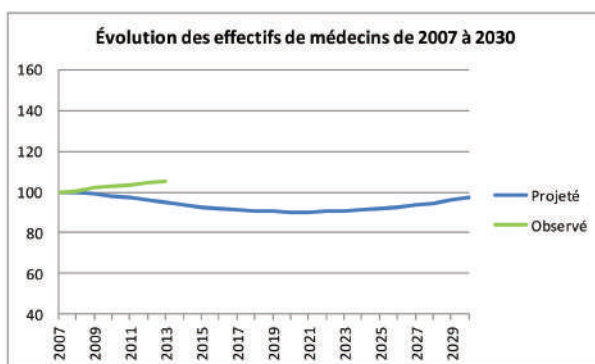
Les flux internationaux de médecins actifs, entrants et sortants, sont supposés nuls, mais les flux d'étudiants en médecine entre la France et l'étranger sont pris en compte, de même que les départs vers l'étranger de jeunes médecins diplômés en France, avant leur entrée dans la vie active. Les médecins 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, mais on ne simule plus d'entrées de médecins à diplôme étranger au-delà.

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.

Comparaison projections / données observées

Les projections du scénario tendanciel du modèle sont comparées aux données issues du répertoire Adeli pour la période 2006-2011 et du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) pour la période 2012-2013. Le passage du répertoire Adeli au RPPS explique les ruptures de séries qui peuvent apparaître entre 2011 et 2012.

Figure 1 - Évolution des effectifs de médecins de 2007 à 2030 en base 100 en 2007



Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).

Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.

Selon le scénario tendanciel du modèle de projection, les effectifs de médecins auraient dû diminuer de 5 % entre 2007 et 2013 (10 700 médecins en moins).

Cette baisse d'effectif devait toucher quasiment toutes les spécialités, 2/3 de cette baisse étant imputable à 3 spécialités : médecine générale (40 % de la baisse), psychiatrie (14 %) et médecine du travail (12 %).

Deux régions devaient supporter la moitié de la baisse des effectifs : l'Île-de-France (41 %) et la région PACA (11 %).

A l'inverse, les données observées montrent une hausse de 5 % des effectifs de médecins entre 2007 et 2013 (soit 11 300 médecins en plus).

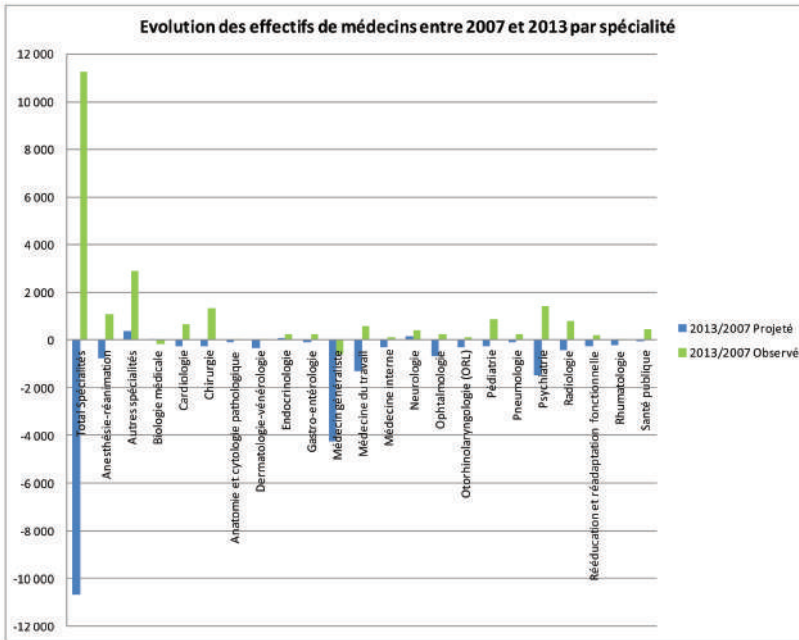
Entre 2007 et 2013 aucune spécialité n'a été touchée par une baisse d'effectifs, sauf la biologie médicale qui connaît une baisse de 6 %.

Contrairement aux projections, les effectifs de médecins généralistes sont restés stables, et la psychiatrie et la médecine du travail ont vu leurs effectifs croître.

La moitié de la hausse d'effectifs sur la période 2007-2013 est imputable à 5 spécialités : la psychiatrie, la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et la radiologie.

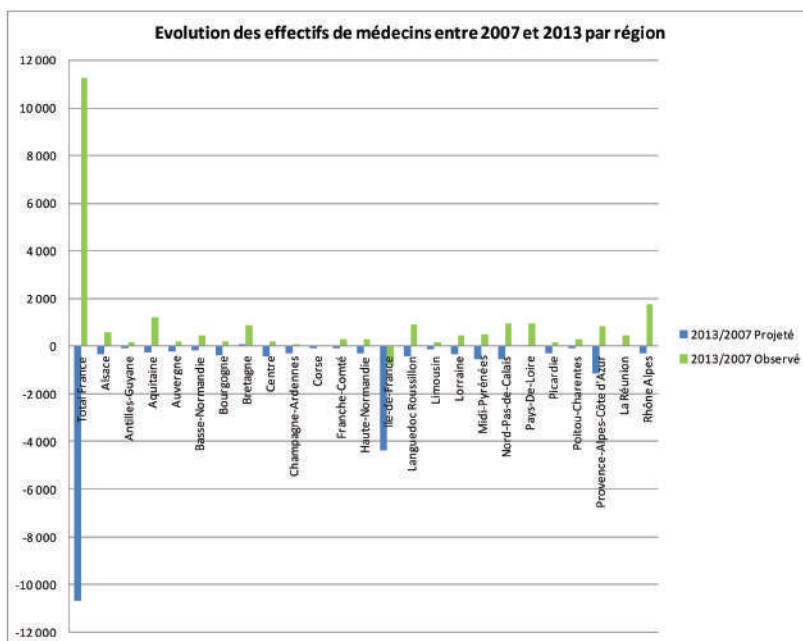
Seule l'Île-de-France connaît une baisse d'effectif, mais faible (- 2%). Toutes les autres régions voient leurs effectifs croître ou stagner.

Figure 2- Évolution des effectifs de médecins entre 2007 et 2013 par spécialité



Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.

Figure 3 - Évolution des effectifs de médecins entre 2007 et 2013 par région



Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.

Une 1^{ère} analyse descriptive nous permet d'envisager 2 facteurs principaux pour expliquer cet écart entre les projections et les données observées.

Tout d'abord, dans le scénario tendanciel, le modèle ne tient pas compte des migrations internationales des médecins au cours de leur période d'activité (flux entrants et sortants) en raison de la forte incertitude quant aux flux de médecins futurs, notamment pour les flux entrants.

Or entre 2007 et 2013, le nombre de médecins étrangers exerçant leur activité en France a quasiment doublé ; les médecins étrangers contribuent à hauteur de 45 % à la hausse des effectifs de médecins observée entre 2007 et 2013. La part des médecins étrangers est passée de 3 à 5 % entre 2007 et 2013 ; l'Alsace et la région Antilles-Guyane sont les régions qui connaissent l'augmentation de la part de médecins étrangers la plus importante (respectivement +5 et +6 points entre 2007 et 2013, pour atteindre 9 %). L'augmentation de la part de médecins étrangers est la plus forte pour l'anesthésie-réanimation et la médecine interne (+6 points), suivies par la radiologie et la neurologie (+5 points).

Par ailleurs, les paramètres du modèle de projection mis en place en 2008-2009 ont été estimés sur la période 2003-2006 qui correspond à une période charnière du point de vue des réformes pouvant affecter le déroulement de la carrière des médecins..

En premier lieu, les réformes des retraites de 2003 et 2010, en augmentant la durée de cotisation, puis en relevant les âges de départ et de retraite à taux plein de 2 ans, ont impacté les comportements de départ en retraite des médecins et l'âge de départ à la retraite. Les effets de ces deux réformes n'ont pas pu être pleinement pris en compte lors de l'élaboration des projections (notamment par manque de recul temporel pour la réforme de 2003).

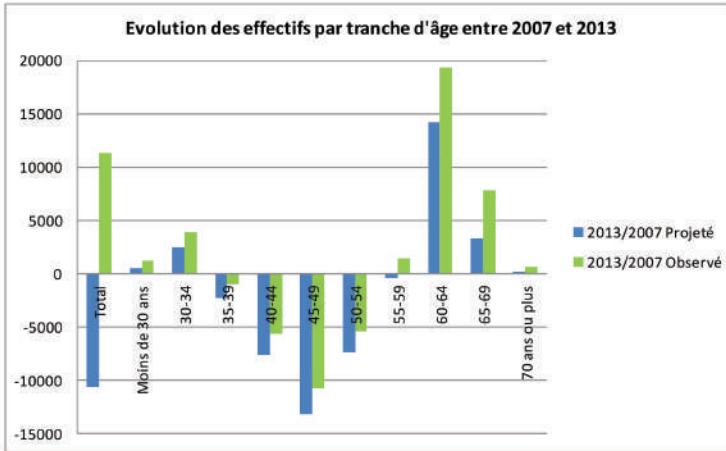
En second lieu, à partir de 2004 le cumul emploi retraite a été autorisé pour les médecins. De 2004 à 2008, ce cumul était possible sous condition de revenu, d'âge, et de délai entre la date de la retraite et celle de la reprise d'activité chez un même employeur pour les salariés. A partir du 1er janvier 2009, les conditions de plafond de revenu et de délai ont été levées, les seuls critères restant portant sur l'âge.

Les réformes des retraites et le cumul emploi-retraite ont donc pu inciter les médecins à prolonger davantage leur durée d'activité que ce qui avait été prévu par le modèle.

Le nombre de médecins âgés en activité est ainsi plus élevé que ce que projetait le modèle : en 2013, les médecins en activité de plus de 60 ans sont 40 % de plus que ce qui avait été prévu par le modèle. Cette croissance du nombre de médecins âgés contribue à expliquer l'augmentation continue du nombre de médecins en activité.

Une variante avait simulé à l'époque un report de 2 ans de l'âge de départ en retraite des médecins (suite à une mesure de régulation), augmentant les effectifs simulés sur le début de période de projection mais dans une amplitude encore trop faible (hausse de +2 % du nombre de médecins en 2013 par rapport au scénario tendanciel) en comparaison de ce qui a été réellement observé.

Figure 4 – Évolution des effectifs de médecins entre 2007 et 2013 par tranche d'âge



Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.

Pour en savoir plus

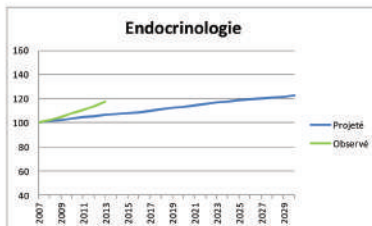
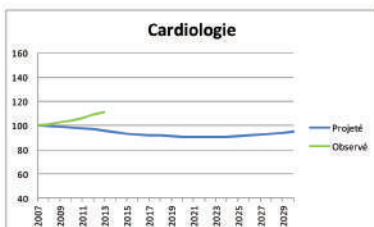
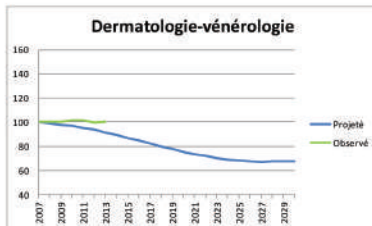
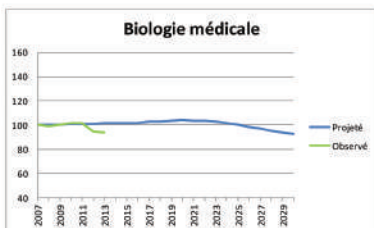
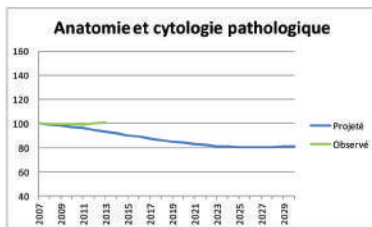
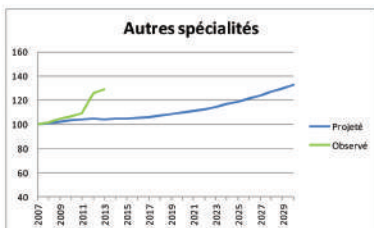
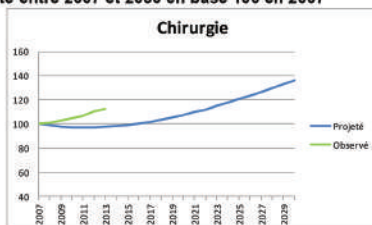
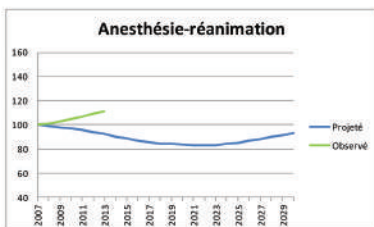
« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », [Études et Résultats n° 679](#), Drees, février 2009.

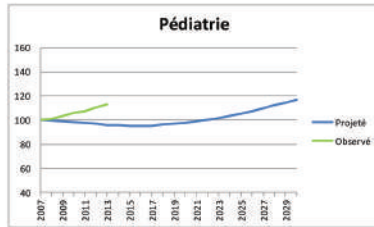
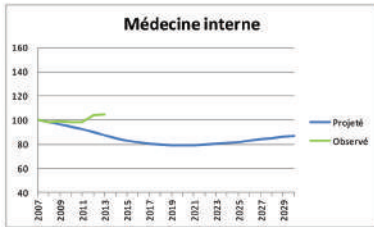
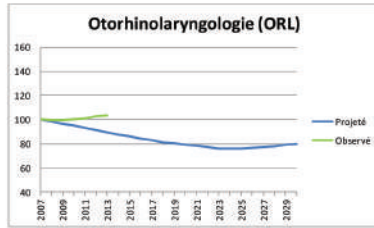
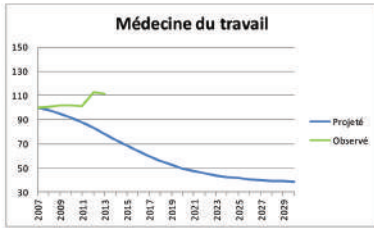
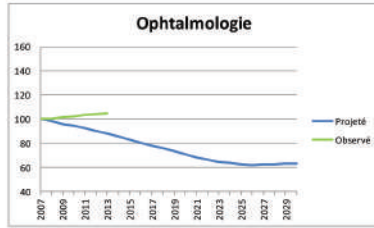
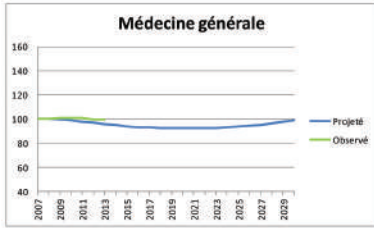
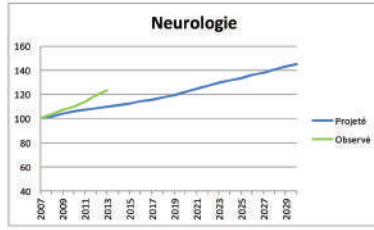
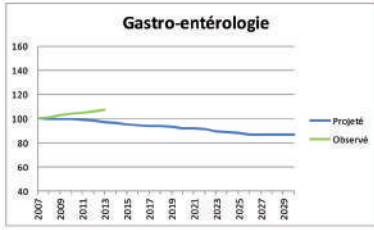
« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », [Dossiers Solidarité et Santé n°12](#), Drees, janvier 2009.

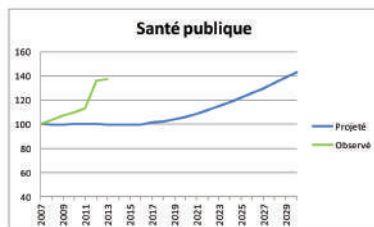
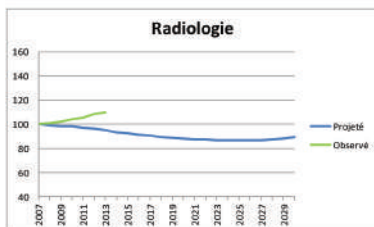
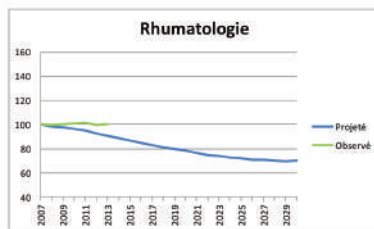
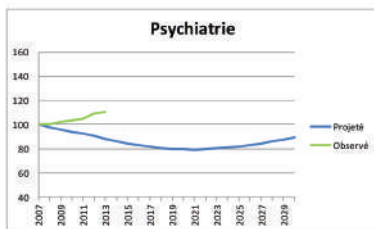
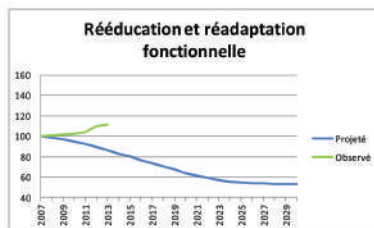
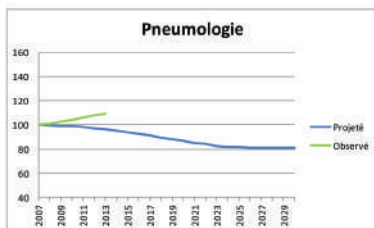
« Méthodologie des nouvelles projections d'effectifs de médecins », [Document de travail série Sources et méthodes n°7](#), Drees, novembre 2009.

« Les médecins au 1^{er} janvier 2013 », [Document de travail série Statistiques n°179](#), Drees, avril 2013.

Annexe 1
Évolution des effectifs de médecins par spécialité entre 2007 et 2030 en base 100 en 2007

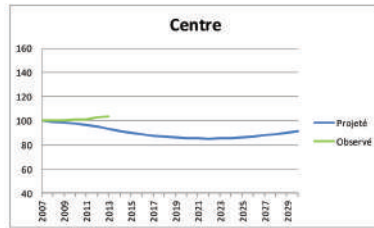
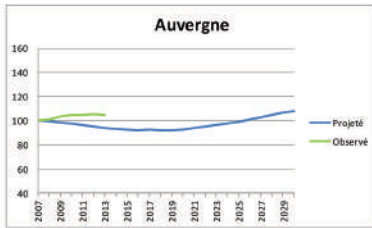
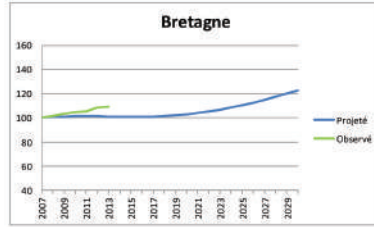
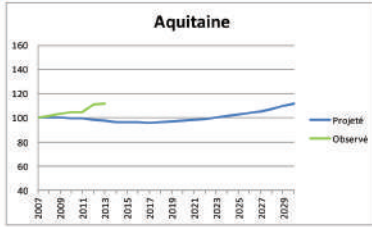
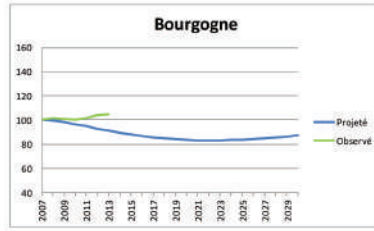
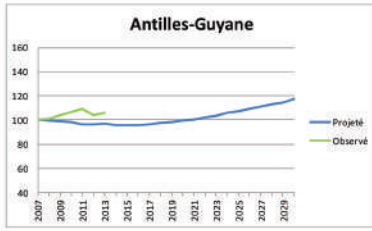
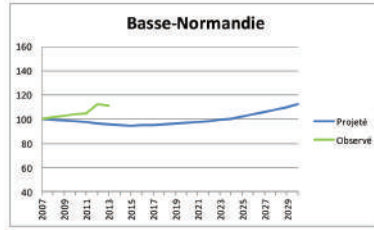
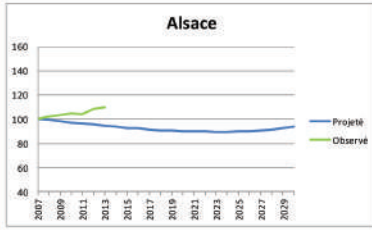


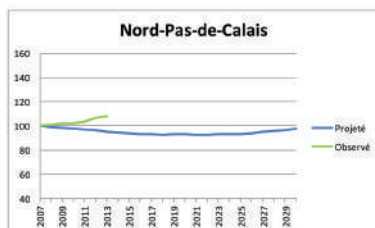
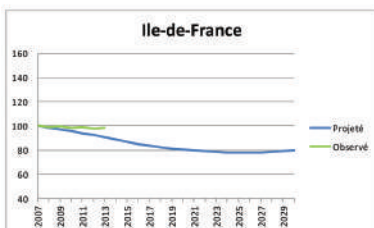
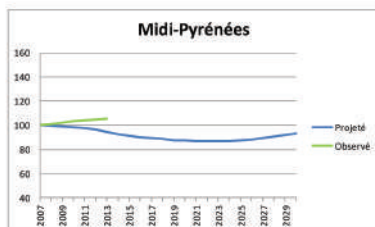
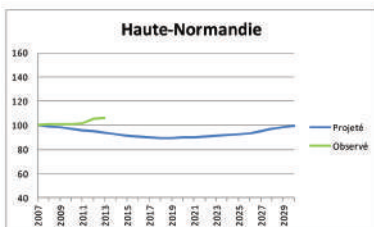
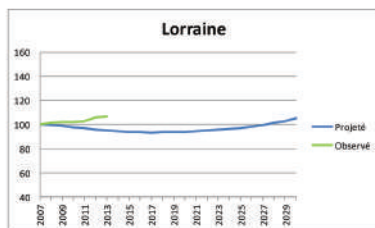
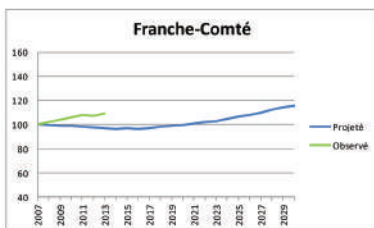
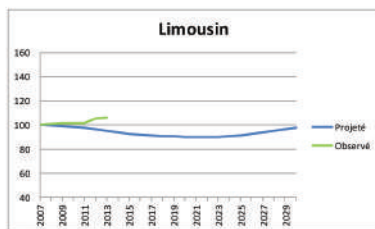
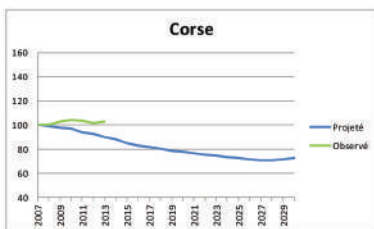
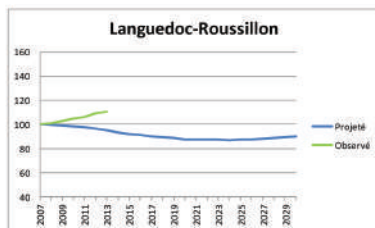
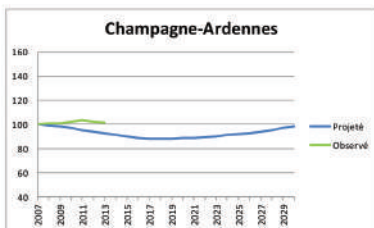


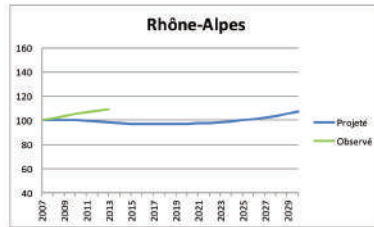
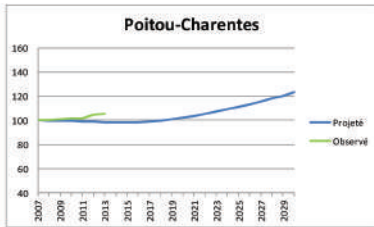
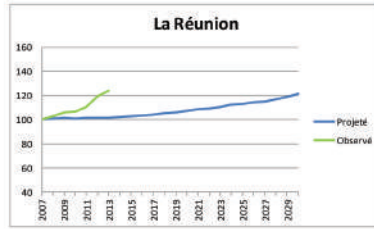
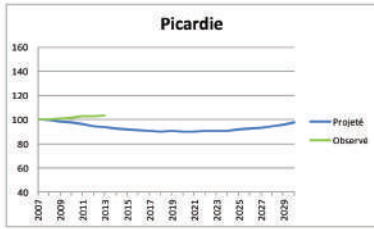
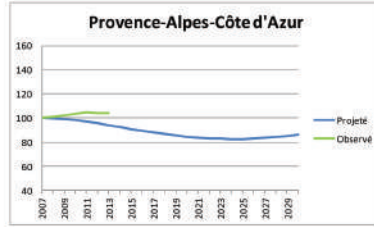
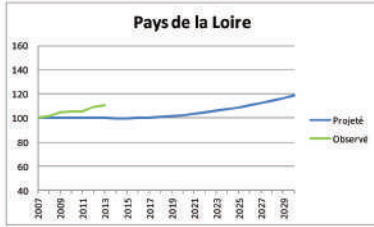


Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.

Annexe 2
Évolution des effectifs de médecins par région entre 2007 et 2030 en base 100 en 2007







Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La Réunion).
Sources : Fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Adeli, RPPS, projections DREES 2008.



PARTIE II

LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Étude ONDPS – Plein Sens

1.

Constat au plan national

Depuis 1999, malgré une augmentation du NC (x 1.60), les effectifs des chirurgiens-dentistes en activité stagnent (x 1.05) et leur densité diminue.

Néanmoins, cette diminution est inférieure à celle que présentait la projection de la DREES de 2007 qui n'intégrait pas, notamment, les flux entrants de diplômés à l'étranger dont la part augmente ces dernières années.

1.1.

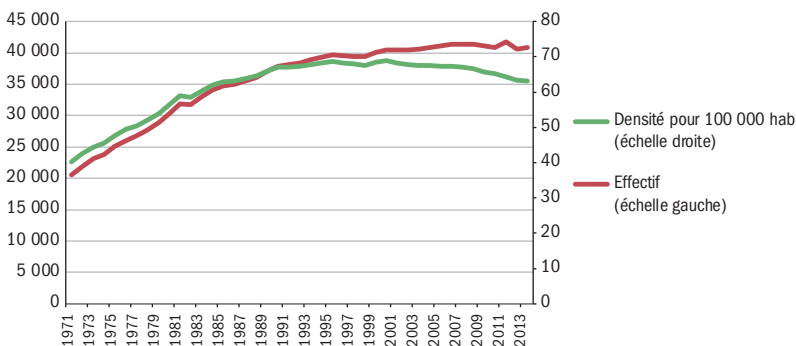
La démographie des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 au niveau national¹

- Les effectifs nationaux ont doublé depuis 1970, avec un passage au-dessus des 40 000 depuis 1999 et une relative stabilité depuis, mais la densité de chirurgiens-dentistes, elle, diminue lentement depuis 2001.
- La moyenne d'âge est élevée (48,4 ans) et la profession demeure majoritairement masculine (60 % d'hommes) avec une féminisation néanmoins très importante pour les jeunes générations.
- L'exercice est principalement effectué en secteur ambulatoire (98,2 %) en exercice libéral ou mixte (90,4 %) et en cabinet.

1.1.1. Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes

Au 1^{er} janvier 2013, les chirurgiens-dentistes étaient 40 000 en France métropolitaine, et 40 833 en France entière. Passés de 20 000 environ en 1970 à plus de 40 000 en 1999, leurs effectifs sont ensuite assez stables (figure 1), même s'ils diminuent très légèrement depuis 2007.

FIGURE 1
Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes depuis 1971



Source : Eco-santé, mise à jour mars 2013.

¹ Sauf mention contraire, les données utilisées pour caractériser la population des chirurgiens-dentistes en activité sont issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2013.

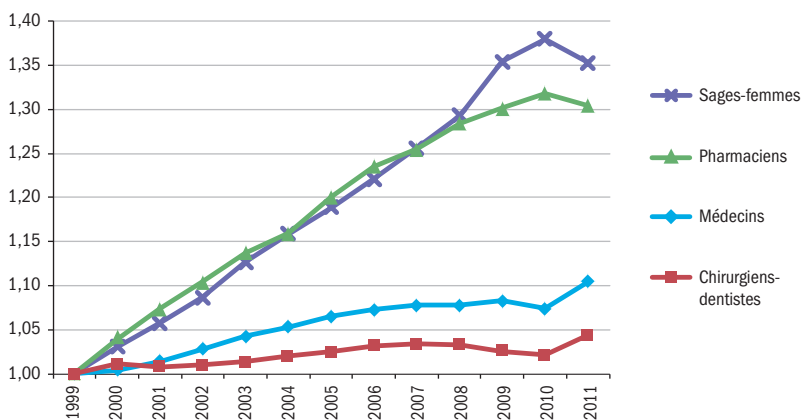
La densité moyenne en France métropolitaine est en 2013 de **63,1 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants** (62 en France entière). Elle atteint un maximum en 2000 avec près de 69/100 000 et décroît lentement depuis lors.

Depuis 1999, l'évolution des effectifs des quatre professions de santé est différente. La comparaison en base 1,00 (1999) reportée ci-dessous montre un très fort décalage entre les médecins et les chirurgiens-dentistes d'une part (croissance très modérée), les autres professions d'autre part (croissance très soutenue).

L'effectif des chirurgiens-dentistes est celui qui a connu le taux de croissance le plus faible.

FIGURE 2

Progression comparée des effectifs des 4 professions de santé (base 1,00 en 1999)



Source : Eco-santé.

1.1.2. Age et sexe des chirurgiens-dentistes

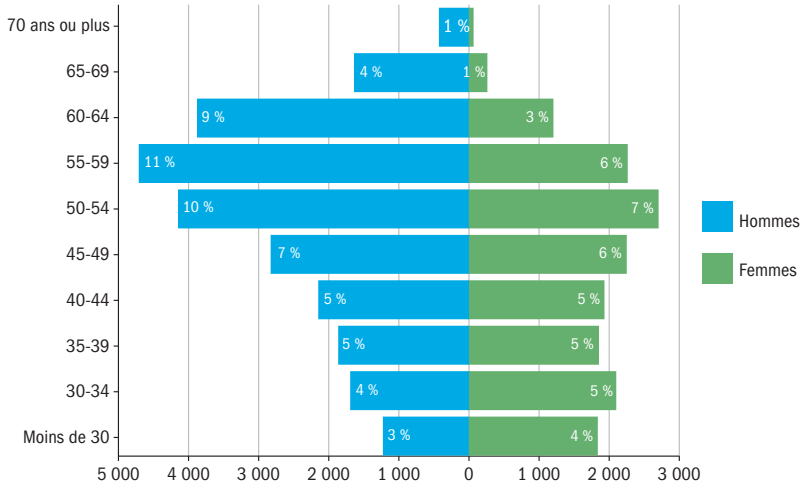
L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est de 48,4 ans en 2013 ; celui des médecins à la même date est de 51,3 ans, celui des pharmaciens de 46,5 ans et les sages-femmes, plus jeunes, ont 40,1 ans en moyenne.

La pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité (figure 3) montre que la classe d'âge la plus nombreuse est celle des 50-60 ans. Au total, 17 % des chirurgiens-dentistes ont moins de 35 ans, 48 % ont entre 35 et 55 ans et 34 % ont plus de 55 ans.

Au 1^{er} janvier 2013, la profession est majoritairement masculine (40,4 % de femmes en France métropolitaine et 40,3 % France entière). C'est une proportion similaire à celle observée chez les médecins ; la part des femmes y est de 42 % environ, tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes, ces deux professions étant moins féminisées que celle des pharmaciens (67 %) ou des sages-femmes (98 %).

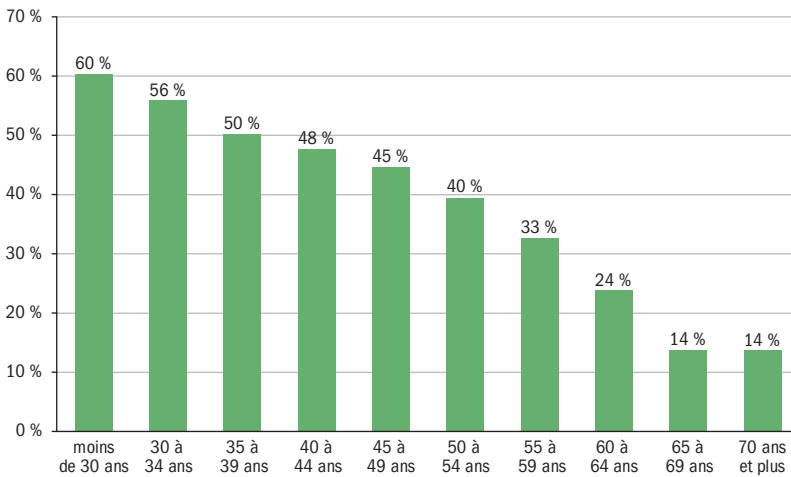
Toutefois, la profession se féminise : la part des chirurgiens-dentistes femmes a augmenté de 8 points en 14 ans. Les plus jeunes générations sont majoritairement féminines (figure 4).

FIGURE 3
Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013



Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.

FIGURE 4
Part des chirurgiens-dentistes femmes par tranche d'âge



Champ : France métropolitaine.
Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.

1.1.3. Mode et lieu d'exercice des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes exercent principalement en secteur ambulatoire (98,2 %) en exercice libéral ou mixte (90,4 %) et en cabinet (tableau 1). Le taux de féminisation est beaucoup plus important chez les salariés (59 %) que chez les libéraux ou mixtes (38 %). Parmi les salariés, qui forment 9,6 % du total des chirurgiens-dentistes, seuls 10,3 % sont des salariés hospitaliers.

La répartition des chirurgiens-dentistes par âge et lieu d'exercice montre que les plus jeunes (moins de 35 ans) exercent davantage en cabinet de groupe ou en société qu'en cabinet individuel, contrairement aux seniors de 55 ans et plus (50 % en cabinet individuel).

TABLEAU 1

Tableau récapitulatif des modes et lieux d'exercice au 1^{er} janvier 2013

Modes d'exercice Secteurs d'activité	Libéral		Mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		Total		
	% F	H + F	% F	H + F	% F	H + F	% F	H + F	H	F	H + F
Hôpitaux publics	32 %	25	26 %	348	52 %	318	50 %	2	428	265	693
Ets. de santé privés PSPH		0	21 %	19	58 %	12		0	20	11	31
Ets. privés but lucratif	50 %	2	0 %	8	100 %	1		0	9	2	11
Cabinets	38 %	35 039	40 %	856	50 %	14	63 %	501	22 327	14 083	36 410
Autres	46 %	41	42 %	568	57 %	58	60 %	3 021	1 597	2 091	3 688
Total	38 %	35 107	38 %	1 799	53 %	403	60 %	3 524	24 381	16 452	40 833

Champ : France entière.

Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.

1.2.

Deux facteurs d'évolution de la démographie : le numerus clausus et les flux de praticiens formés à l'étranger

Les effectifs des professionnels en activité sont la résultante de deux flux, les entrants (entrée dans la vie active, c'est à dire fin des études, inscription à l'Ordre et installation) et les sortants (départs dont les retraites principalement).

Les flux entrants sont impactés par deux facteurs : l'un, volontariste, découle du mécanisme de régulation du numerus clausus (NC dans la suite du texte), l'autre constaté, réside dans l'installation de professionnels n'ayant pas été comptabilisés dans le NC, c'est-à-dire les diplômés à l'étranger (parmi lesquels se trouvent des personnes de nationalité étrangère, mais aussi de nationalité française).

1.2.1. Le dispositif du numerus clausus

Le numerus clausus d'odontologie fixe le nombre d'étudiants admis à entrer en faculté de chirurgie dentaire à l'issue du concours de la première année commune d'étude en santé (PACES) aux quatre professions de santé, mise en place en 2010 seulement. Le cursus compte ensuite 5 années dans le cas du cycle court ou de 7 à 8 années dans le cas d'un troisième cycle long auquel donne accès le concours de l'internat.²

Avant la réforme de la PACES, l'existence d'un concours commun à la médecine, l'odontologie et la maïeutique rendait difficile³ la mesure des taux d'échec respectifs pour chaque filière. Néanmoins, les informations disponibles montrent que le taux d'intégration en 2^e année d'odontologie était beaucoup plus faible qu'en médecine.

² Voir le schéma des études - figure 2 de la Partie I du rapport page 18.

³ Commission Jean-François Bach, rapport final, Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme : L1 Santé. Rapport remis à la ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche le 21 février 2008. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000097-reflexions-et-propositions-sur-la-premiere-annee-des-etudes-de-medecine>

TABLEAU 2
Statistiques relatives à l'accès en deuxième année des différentes filières d'études médicales avant et après la réforme de la PACES

Année universitaire	Nombre d'inscrits en PCEM1	NC médecine	Taux d'intégration en 2 ^e année de médecine	NC odontologie	Taux d'intégration en 2 ^e année d'odontologie	NC sages-femmes	Taux d'intégration en école de sages-femmes	Nombre d'inscrits pharmacie	NC pharmacie	Taux d'intégration en 2 ^e année de pharmacie
2005-2006	41 490	7 013	16,9 %	977	2,4 %	1 000	2,4 %	-	-	-
2006-2007	44 222	7 100	16,1 %	977	2,2 %	1 007	2,3 %	-	-	-
2007-2008	45 759	7 300	16,0 %	1 047	2,3 %	1 015	2,2 %	11 202	3 090	27,6 %
Année universitaire	Nombre de candidats à la PACES	NC médecine	Taux d'intégration** en 2 ^e année de médecine	NC odontologie	Taux d'intégration en 2 ^e année d'odontologie	NC sages-femmes	Taux d'intégration en école de sages-femmes	NC pharmacie	Taux d'intégration en 2 ^e année de pharmacie	
2011-2012	44 568*	7 400	19,4 %	1 154	9,2 %	1 015	9,5 %	3 095	27,4 %	

Enquête DGESIP-MFS.

* 44 568 candidats effectifs sur 49 870 inscrits (soit un total de 5 302 « éliminés », dont notamment, 3 609 candidats qui ne se sont pas inscrits en temps utile et 1 032 étudiants qui ont été réorientés à l'issue du premier semestre).

** Taux d'intégration potentiel car certains étudiants ne se sont pas présentés à toutes les filières où ils étaient inscrits.

Les passerelles : au numerus clausus principal s'ajoutent des postes complémentaires et ceux des passerelles en 2^e année, 2^e année droit au remords et 3^e année.

Toutefois, l'analyse des données récemment transmises par la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) montre que les postes ouverts ne sont pourvus que partiellement et que les trois quarts des candidats ne sont pas retenus au final.

TABLEAU 3

Bilan des passerelles en odontologie sur les 3 exercices 2010, 2011 et 2012

Evolution odontologie	Rentrée 2011	2012	2013
NC	1 154	1 200	1 200
Postes ouverts	37	51	100
Candidats	131	218	270
Admis	27	39	66
Admis/postes ouverts	73 %	76 %	66 %
Admis/candidats	21 %	18 %	24 %

Source : Enquête DGESIP 2011, 2012 et 2013.

TABLEAU 4

Les passerelles des 4 professions de santé

Rentrée 2013 4 professions de santé	Nombre de places autorisées	Part du NC principal	Admis	Part du NC principal
Médecine	508	6,78 %	398	5,31 %
Pharmacie	86	2,78 %	48	1,55 %
Odontologie	100	8,23 %	66	5,50 %
Maïeutique	35	3,4 %	23	2,26 %

Source : enquête DGESIP 2013.

1.2.2. L'évolution du numerus clausus

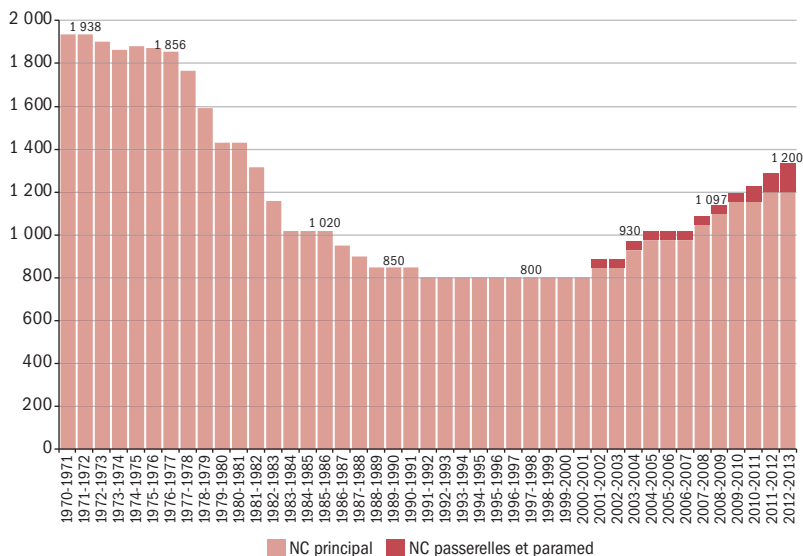
À partir du milieu des années 70, le NC des chirurgiens-dentistes a connu un fort recul (divisé par deux en 10 ans), puis a continué de décroître plus lentement jusqu'en 1992 pour connaître ensuite un long palier proche de 800 jusqu'en 2001.

Depuis lors, il a augmenté, particulièrement depuis 2007, pour atteindre 1 200 en 2013.

La comparaison avec les autres professions de santé montre que la réouverture du NC des chirurgiens-dentistes s'est produite plus tardivement et que son taux d'augmentation, s'il a été supérieur à celui des sages-femmes et des pharmaciens sur la période 1999-2013, est très inférieur à celui du NC des médecins (figure 6).

FIGURE 5

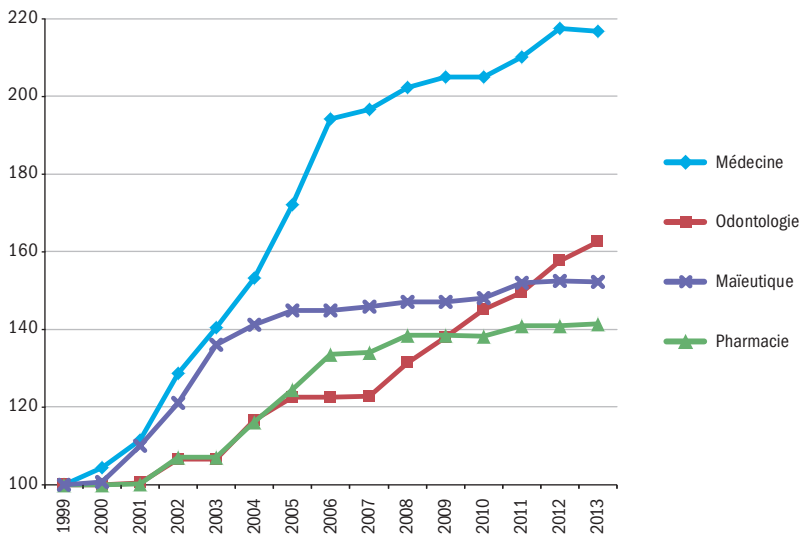
Evolution du numerus clausus des études en odontologie depuis 1971



Source : ONDPS 2013.

FIGURE 6

Progression en niveau du numerus clausus des professions de santé depuis 1999



Source : ONDPS 2013.

1.2.3. Une projection de la démographie des chirurgiens-dentistes non confirmée

Une projection nationale⁴ à horizon 2030 de la démographie des chirurgiens-dentistes (effectifs et densité) a été publiée par la DREES en 2007 (sur la base des chiffres connus de 2005⁵) : elle comporte plusieurs scénarios reposant, en réalité, sur les hypothèses d'évolutions différenciées du NC à partir de 2006, rappelées ci-dessous.

TABLEAU 5

Données de référence des scénarios DREES 2007 et NC effectif (fixé par arrêté)

	Scénario tendanciel NC = 977	NC = 1 100	NC = 1 200	NC = 1 500	NC tel que densité stable à partir de 2010	NC fixé par arrêté
2006	977	1 100	1 200	1 500	2 950	977
2007	977	1 100	1 200	1 500	2 950	977
2008	977	1 100	1 200	1 500	2 950	1 047
2009	977	1 100	1 200	1 500	2 950	1 097
2010	977	1 100	1 200	1 500	1 850	1 154
2011	977	1 100	1 200	1 500	1 850	1 154
2012	977	1 100	1 200	1 500	1 850	1 200
2013	977	1100	1 200	1 500	1 850	1 200

Source : DREES.

La durée minimale d'études étant de 5 ans après l'entrée en 2^e année (fin de PACES et NC), les effets des hypothèses de NC à partir de 2006 ne se font sentir qu'à partir de 2011-2012.

Or, un décalage important se dessine dès 2006 entre les projections et le constaté en effectifs d'actifs et densité (figures 7 et 8) : les effectifs et densité constatés sont supérieurs aux projections, et ce, indépendamment ou presque des variations de NC qui porteront leurs effets plus tard.

En 2013, alors que l'effectif constaté est environ de 40 000 et la densité de 63, les projections avec NC à 1 100 puis 1 200 conduisent à une projection d'effectif d'environ 37 000 et de densité inférieure à 60.

Deux phénomènes principaux peuvent expliquer ce décalage : un recul de l'âge moyen de cessation d'activité et l'augmentation du nombre de praticiens installés en France avec un diplômé étranger (flux entrants hors NC). Aucun élément n'éclaire ici le premier phénomène, mais le second, étudié infra, semble expliquer une partie de l'écart entre l'effectif projeté et constaté en 2013.

⁴ Il n'existe pas de projection régionale.

⁵ Collet M., Sicart D. (2007), La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2013 - Un exercice de projection au niveau national, Etudes et Résultats, DREES, n° 595, septembre.

FIGURE 7

Comparaison des scénarios projetés et du constaté en effectifs

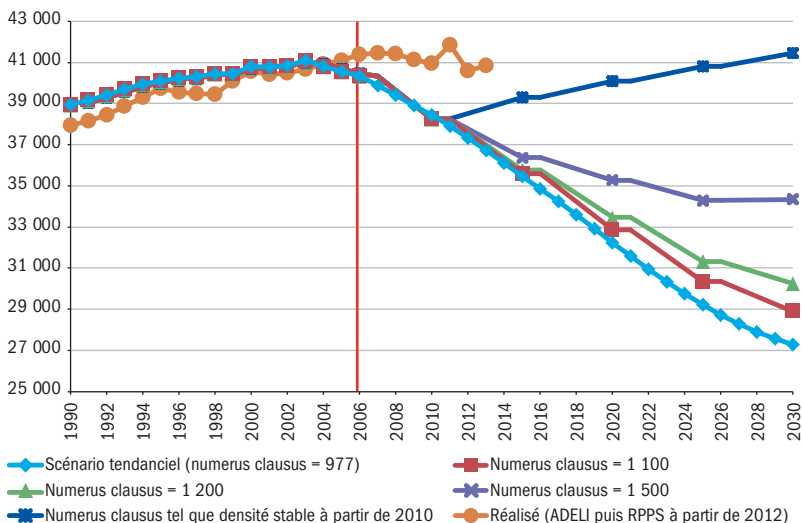
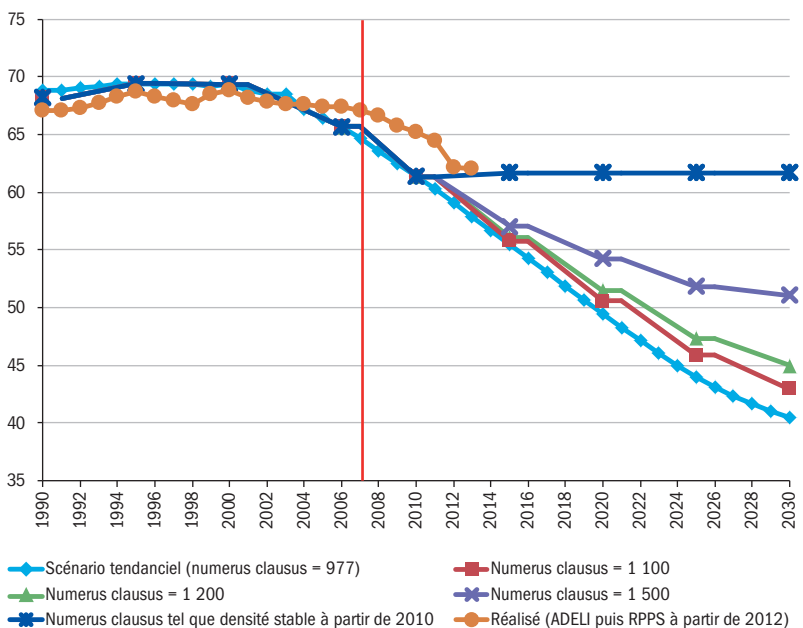


FIGURE 8

Comparaison des scénarios projetés et du constaté en densité



NB : avant 2006, les effectifs et densité devraient être identiques, mais les effectifs retenus dans les projections par la DREES (source, fichier national de l'Ordre au 31 décembre) diffèrent des effectifs relevés dans ADELI : d'abord supérieurs, puis inférieurs à partir de 2004 (en 2006, 40 325 contre 41 374). En outre, le passage d'ADELI au RPPS à partir de 2012 a engendré une rupture de série.

1.2.4. Les professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger

Grâce aux statistiques de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), une double observation peut être menée :

- sur la nationalité des primo-inscrits au tableau de l'Ordre entre 2010 et 2012 (tableau 5) ;
- sur le pays d'obtention des diplômes dans l'effectif total des actifs (tableau 6) : seule cette seconde observation peut permettre de cerner en quoi l'apport de l'immigration professionnelle peut infléchir les effets du seul NC principal.

Les chirurgiens-dentistes de nationalité étrangère, quel que soit le lieu d'obtention de leur diplôme, représentent 3,9 % du total des actifs (1 615 sur 41 418), alors qu'ils représentent le quart des primo-inscrits en 2012 (306 sur 1 386). Cette part est donc en forte augmentation.

Ainsi, sur les derniers exercices, c'est-à-dire entre 2010 et 2012, l'augmentation des primo-inscrits est de 30 % (+306) et s'accompagne d'une part croissante des étrangers qui passe en gros de 15 à 26 % des flux entrants.

TABLEAU 6

Nationalité des primo-inscrits au tableau de l'Ordre

	Effectifs			Répartition		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Primo-inscrits	1 080	1 249	1 386	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Français	921	980	1 022	85,3 %	78,5 %	73,7 %
Roumains	57	139	182	5,3 %	11,1 %	13,1 %
Espagnols	21	38	76	1,9 %	3,0 %	5,5 %
Portugais	7	12	18	0,6 %	1,0 %	1,3 %
Italiens	4	6	10	0,4 %	0,5 %	0,7 %
Marocains	6	5	9	0,6 %	0,4 %	0,6 %
Allemands	6	7	9	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Belges	13	12	8	1,2 %	1,0 %	0,6 %
Autres	45	50	52	4,2 %	4,0 %	3,8 %

Source : ONCD.

Par ailleurs, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes ayant obtenu un diplôme à l'étranger dans l'effectif total des chirurgiens-dentistes en activité :

- les diplômes obtenus à l'étranger (1 786) ne représentent que **4,3 % des chirurgiens-dentistes en activité** (41 418), alors que cette part est de 8,6 % pour les médecins ;
- un tiers des praticiens étrangers exerçant en France ont été formés dans une faculté française (523 sur 1 615) ;
- à l'inverse, près de 40 % des diplômés à l'étranger (694 sur 1 786) sont de nationalité française, même si le pourcentage de chirurgiens-dentistes français formés à l'étranger est faible par rapport aux chirurgiens-dentistes français en activité (694 sur 39 803, soit 1,7 %).

TABLEAU 7

Nationalité et lieu d'obtention du diplôme

	Formés en France	Formés à l'étranger	Total
Français	39 109	694	39 803
Etrangers	523	1 092	1 615
Français	98,3 %	1,7 %	100 %
Etrangers	32,4 %	67,6 %	100 %

Source : ONCD, juillet 2013.

Les praticiens étrangers les plus jeunes sont diplômés à l'étranger plus souvent que leurs aînés (tableau 8).

TABLEAU 8

Lieu d'obtention du diplôme pour les praticiens non français, selon l'âge

Etrangers	Moins de 35 ans	35 ans et plus	Total
formés en France	19 %	38 %	32 %
formés à l'étranger	81 %	62 %	68 %
	100 %	100 %	100 %

Source : ONCD, juillet 2013.

Au total, près de 1 800 praticiens exerçant en 2013 ont un diplôme obtenu à l'étranger, soit 4,3 % du total des actifs à cette date : 3,4 % ont passé leur diplôme en Europe, majoritairement en Europe de l'Ouest (2,1 %), une partie en Europe de l'Est (1,3 %) et 0,4 % l'ont obtenu dans un pays du Maghreb, ainsi que 0,4 % dans un pays du Moyen Orient (tableau 8). Les praticiens formés à l'étranger sont en proportion plus nombreux dans les classes d'âge les plus jeunes (tableau 9).

TABLEAU 9

Zone d'obtention du diplôme des praticiens formés à l'étranger

Zone d'obtention du diplôme	Poids parmi les praticiens formés à l'étranger	Poids parmi le total des praticiens exerçant en France
Europe de l'Ouest	48,2 %	2,1 %
Europe de l'Est	29,2 %	1,3 %
Moyen Orient	8,3 %	0,4 %
Maghreb	8,3 %	0,4 %
Amérique latine	2,7 %	0,1 %
Asie/Océanie	1,4 %	0,1 %
Afrique	0,9 %	0,0 %
Amérique du Nord	0,6 %	0,0 %
Russie-Ukraine	0,4 %	0,0 %
Total formés à l'étranger	100,0 %	4,3 %

Définition des zones :

Afrique : Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, République de Madagascar, Sénégal, Zaïre.

Amérique latine : Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Mexique, Pérou, Salvador, Venezuela.

Amérique du Nord : Canada, Etats-Unis, Cuba, République Dominicaine.

Asie/Océanie : Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Laos, Nouvelle Zélande, Philippines, Thaïlande, Vietnam.

Europe de l'Est : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Pologne, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Tchécoslovaquie, Yougoslavie.

Europe de l'Ouest : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse.

Maghreb : Algérie, Tunisie, Maroc.

Moyen Orient : Egypte, Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Syrie, Turquie.

TABLEAU 10

Part des praticiens formés à l'étranger par âge

Âge	Nb de praticiens formés à l'étranger	Poids dans le total des praticiens de la classe d'âge
20 à 29 ans	235	8,4 %
30 à 39 ans	580	7,7 %
40 à 49 ans	425	4,7 %
50 à 59 ans	357	2,6 %
60 ans et plus	189	2,3 %
Total	1 786	4,3 %

Source : ONCD juillet 2013.

2.

Constat au plan régional

La démographie des chirurgiens-dentistes connaît de grandes disparités régionales tant en structure qu'en terme d'évolution. L'appareil de formation qui a pour spécificité de ne pas disposer de facultés de chirurgie dentaire dans toutes les régions paraît avoir un effet déterminant sur ces inégalités.

En l'état du numerus clausus par région et des comportements d'installation, les dynamiques régionales semblent le plus souvent devoir conduire à un accroissement de ces inégalités régionales.

2.1.

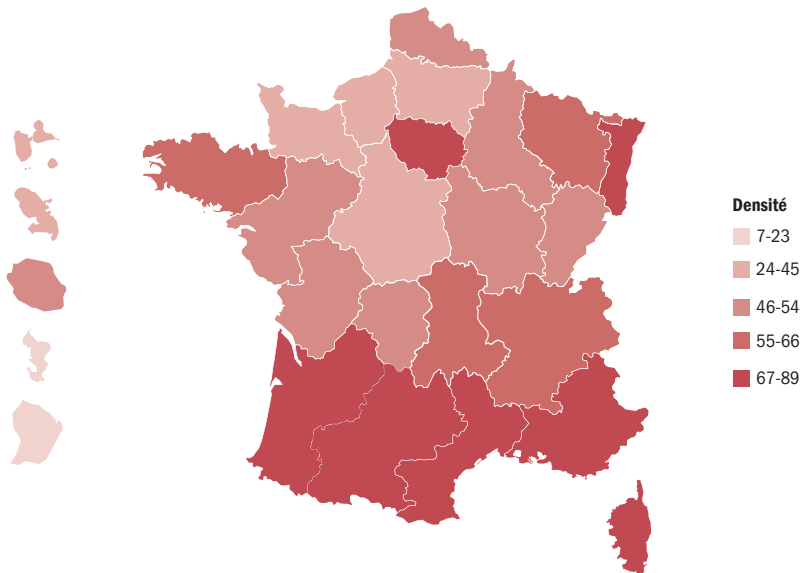
L'évolution de la démographie régionale

2.1.1. Les disparités régionales de densité

Par rapport à la densité de praticiens en moyenne nationale (63,1 pour 100 000 habitants en 2013), douze régions ont une densité inférieure, les moins dotées étant la Haute-Normandie, la Picardie et la Basse-Normandie. La Bretagne a une densité égale à la moyenne nationale. Neuf régions ont une densité supérieure à cette moyenne, dont 7 avec une densité supérieure à 70/100 000, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se distinguant avec une densité maximale à 89/100 000 (figure 9).

FIGURE 9

Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1^{er} janvier 2013



Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

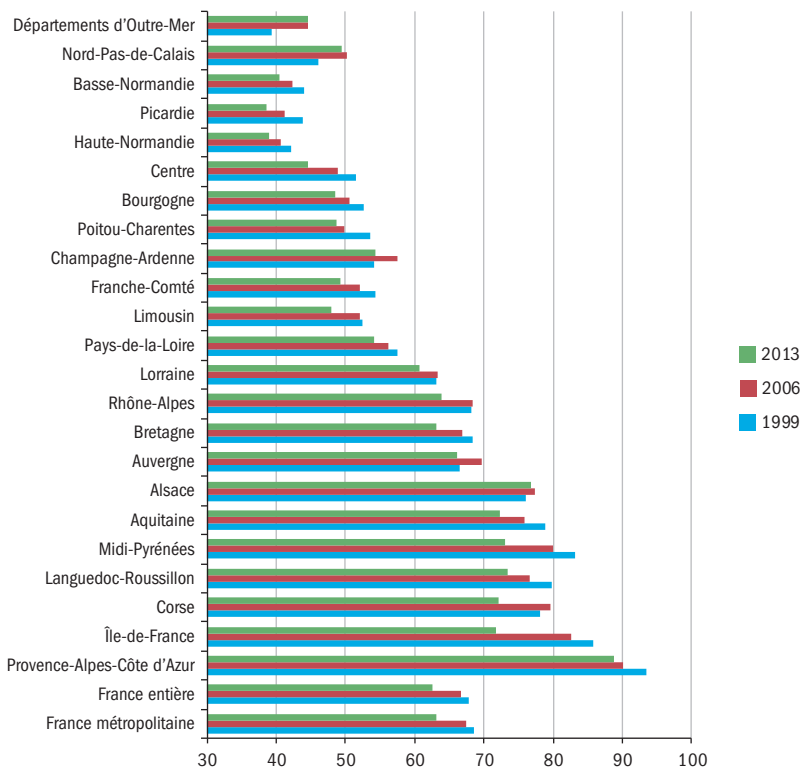
Sources : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013, INSEE, estimations de population, 2012.

Au sein des régions, il existe bien sûr d'autres inégalités territoriales : de façon générale, les communes rurales ont une densité de chirurgiens-dentistes d'un peu plus de 20/100 000 (données 2007), alors qu'elle est proche de 80/100 000 dans tous les types d'unités urbaines et dépasse 90/100 000 dans les unités de plus de 200 000 habitants. Au sein de ces unités, ce sont les communes pôles qui sont beaucoup plus dotées, aux dépens des communes périphériques.

Si, au cours des 15 dernières années, toutes les régions n'ont pas connu le même recul de densité que celui constaté en moyenne au niveau national, il n'y a pas eu pour autant de réel rééquilibrage des disparités géographiques. La comparaison des densités en 1999, 2006 et 2013 (figure 10), permet d'observer un certain rééquilibrage à la baisse sur les régions qui étaient en 1999 les plus richement dotées : à l'exception de PACA dont la densité n'a que très faiblement reculé, les régions du Sud (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Aquitaine) mais aussi et surtout l'Île-de-France, restent plus dotées que la moyenne nationale mais dans une proportion bien moindre. En revanche, ce rééquilibrage « par le haut » n'a pas produit symétriquement une augmentation de la densité des régions les moins dotées dont la géographie n'a pas évolué, à l'exception du Nord-Pas-de-Calais et des DOM qui ont connu un regain d'attractivité. L'Alsace et la Champagne-Ardenne sont des régions qui ont globalement maintenu leur densité sur la période.

FIGURE 10

Evolution de la densité régionale pour 100 000 habitants - 1999-2006-2013



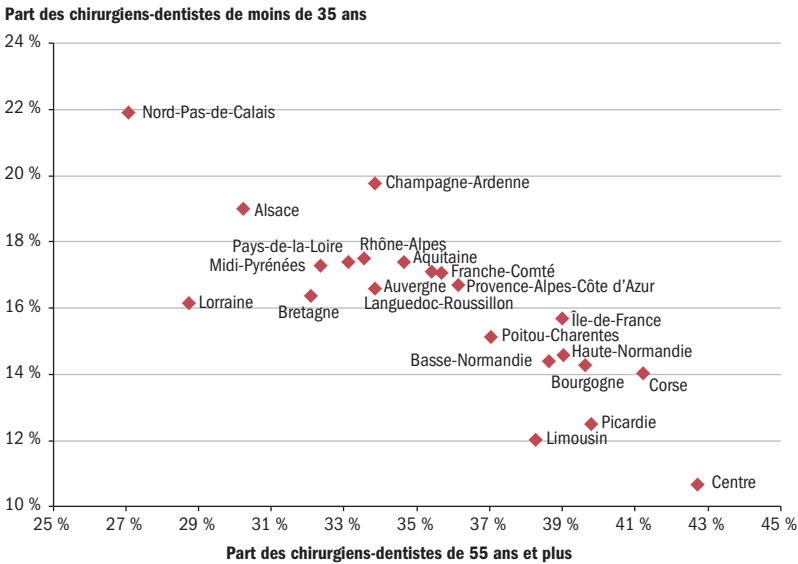
Source : Eco-santé, IRDES, rupture de série en 2011, source ADELI avant 2011, RPPS ensuite.

2.1.2. Les inégalités régionales de la structure par âge des praticiens

Selon les régions, la structure par âge est très variable (figure 11). La part des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans varie d'un peu moins de 11 % (Centre) à près de 22 % (Nord-Pas-de-Calais) et la part des 55 ans et plus varie de moins de 27 % (Nord-Pas-de-Calais) à près de 43 % (Centre).

FIGURE 11

Situation des régions selon la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans



Champ : France métropolitaine.

Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.

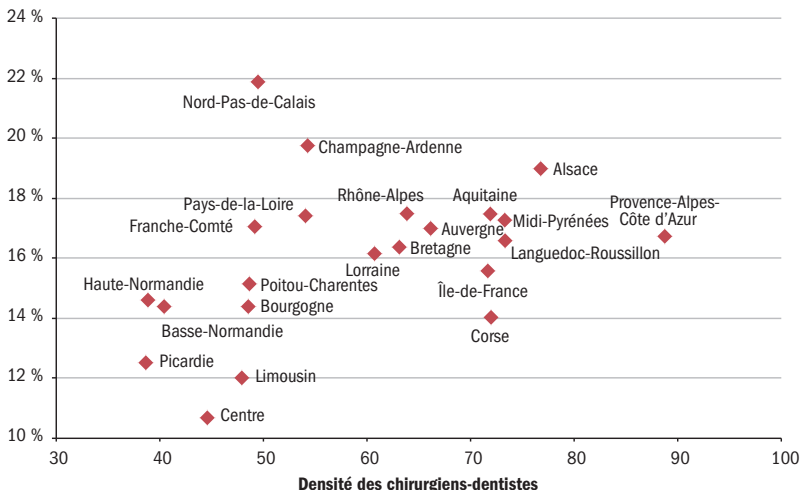
La figure 12 donnant à voir la part de jeunes (moins de 35 ans soit 16,6 % des chirurgiens-dentistes au niveau national) croisée avec la densité montre que, **plus la densité est faible, plus la part des jeunes (moins de 35 ans) est faible : les régions qui ont une faible densité souffrent d'un manque d'attractivité à l'exception du Nord-Pas-de-Calais et de Champagne-Ardenne.**

La figure 13 qui donne à voir le lien entre la densité et la part des plus de 55 ans est presque symétrique à la figure 12 ; elle indique très nettement que **les régions les moins denses sont des régions où la population des chirurgiens-dentistes est également vieillissante.**

FIGURE 12

Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des moins de 35 ans (axe vertical)

Part des chirurgiens-dentistes de 35 ans et moins

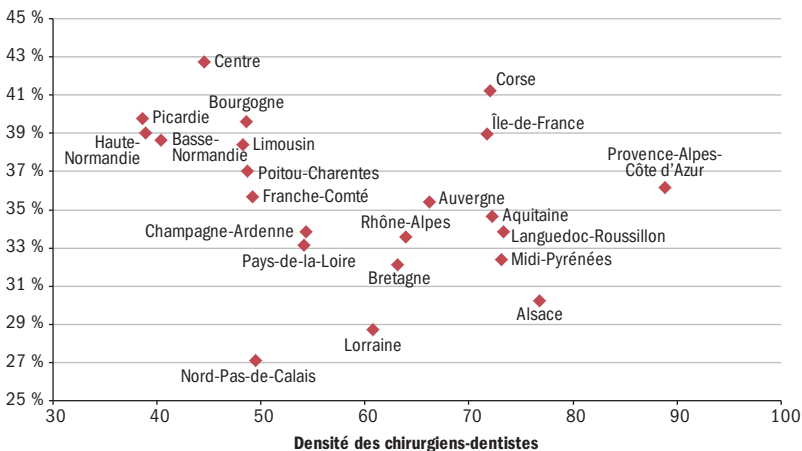


Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.
 Densité : nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

FIGURE 13

Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des plus de 55 ans (axe vertical)

Part des chirurgiens-dentistes de 55 ans et plus



Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013.
 Densité : nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

2.2.

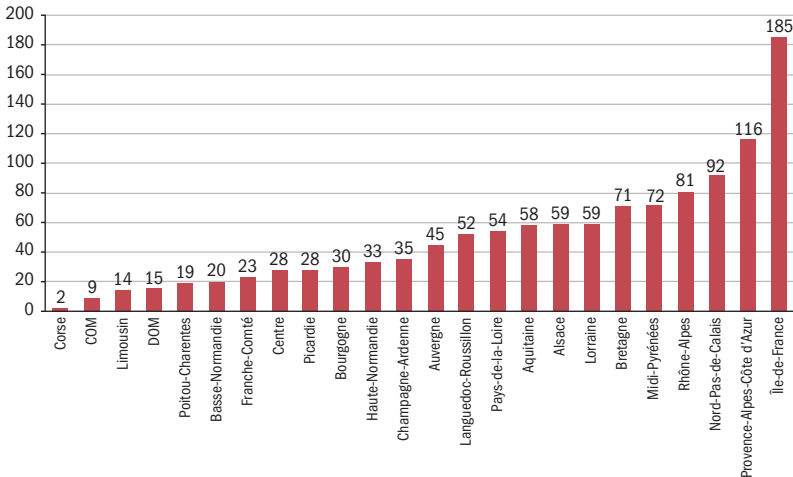
L'impact des lieux de formation

2.2.1. Une inégale répartition des places au concours en fin de PACES

Le numerus clausus national est réparti entre les UFR de PACES des 22 régions et DOM. La figure 14 présente la répartition régionale des 1 200 places ouvertes pour l'année universitaire 2012/2013.

FIGURE 14

Répartition des places en odontologie par région pour le concours de la PACES 2012/2013



Source : Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire.

Un indicateur permet de mesurer la sur- ou sous-dotation des régions en places de numerus clausus : poids du NC de la région dans le NC national/poids de la population de la région dans la population française (axe horizontal). Si le ratio donne un nombre = ou > à 1, il y a sur-dotation et vice et versa.

Cet indicateur est très variable d'une région à l'autre : près de 1,8 pour l'Alsace et l'Auvergne contre 0,3 pour la Corse ou 0,4 pour Poitou-Charentes.

Par ailleurs, **cette inégalité de répartition des places de NC ne vient pas compenser les inégalités de densité des praticiens en exercice**. C'est ce que montre la figure 15 qui croise la densité en praticiens en exercice de chaque région avec son indicateur de sur- ou sous-dotation en places de NC. Il en ressort une typologie des régions selon quatre groupes :

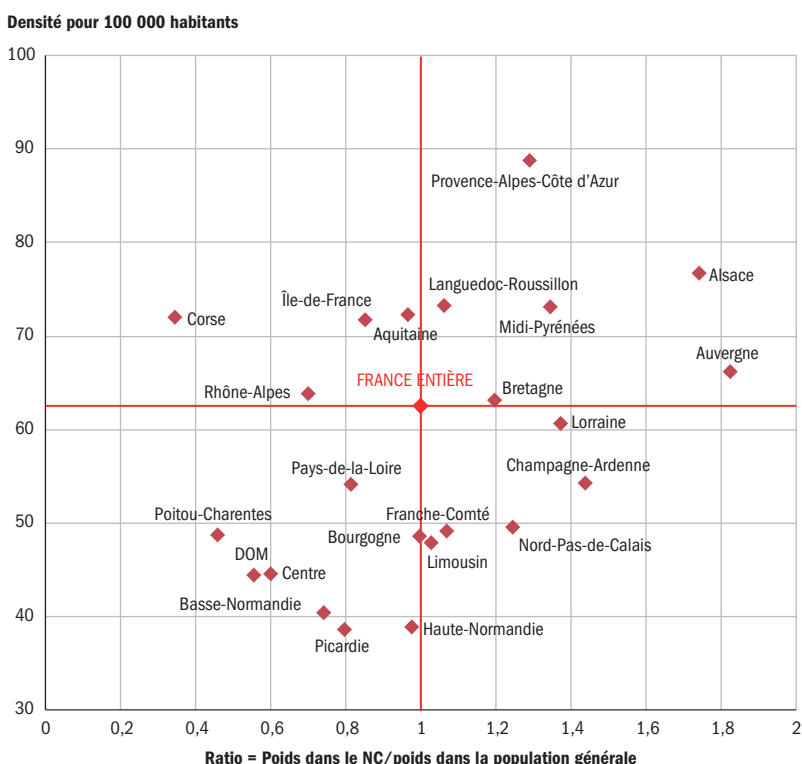
→ Quadrant supérieur droit : régions sur-dotées en places de NC qui ont déjà une densité de chirurgiens-dentistes supérieure à la moyenne nationale, notamment en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Alsace et Midi-Pyrénées.

- Quadrant supérieur gauche : région sous-dotées mais ayant une densité de praticiens supérieure à la moyenne nationale : Île-de-France et Corse.
- Quadrant inférieur gauche : région sous-dotées alors qu'elles ont déjà une densité faible de praticiens, Poitou-Charentes, DOM, Centre, Picardie et Basse-Normandie.
- Quadrant inférieur droit : régions sur-dotées en places de NC mais ayant une densité faible, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne.

Ainsi la fixation des places de NC par UFR de PACES n'obéit ni à une logique démographique en termes de population (attribution du nombre de places en fonction du poids de la région dans la population générale), ni à un objectif strict de rééquilibrage de la répartition des praticiens, ce qui passerait par une sur-dotation des places aux régions à faible densité de praticiens en exercice et une sous-dotation aux régions à forte densité).

FIGURE 15

Position des régions selon leur densité de chirurgiens-dentistes en 2013 (axe vertical) et l'indicateur de sur- ou sous-dotation (poids du NC de la région dans le NC national/poids de la population de la région dans la population française) (axe horizontal)



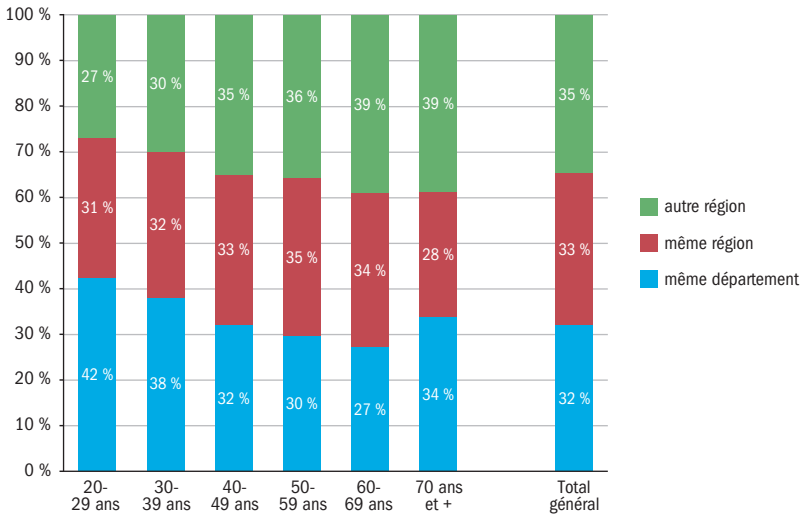
Sources : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013, INSEE, estimations de population, 2012.

2.2.2. Le rôle déterminant de l'inégale répartition des facultés de chirurgie dentaire

Pour les praticiens formés en France, la corrélation est très nette entre région de formation et région d'exercice. 65 % en moyenne des praticiens formés en France exercent dans leur région de formation, 32 % dans le département où ils ont obtenu leur diplôme et 33 % dans un autre département de la même région. Sans que l'on puisse distinguer s'il s'agit d'un effet d'âge ou de cohorte (lié à l'évolution de la répartition géographique du numerus clausus), on observe que plus le praticien est jeune, plus il exerce à proximité de son lieu de formation (figure 16).

FIGURE 16

Région de formation par rapport à la région d'exercice en fonction de l'âge



Source : ONCD juillet 2013 – Champ : praticiens formés en France.

Lecture : 42 % des praticiens de moins de 30 ans exercent dans le département où ils ont été formés.

Cependant l'analyse des correspondances entre lieu d'exercice et lieu de formation est complexe car elles conjuguent :

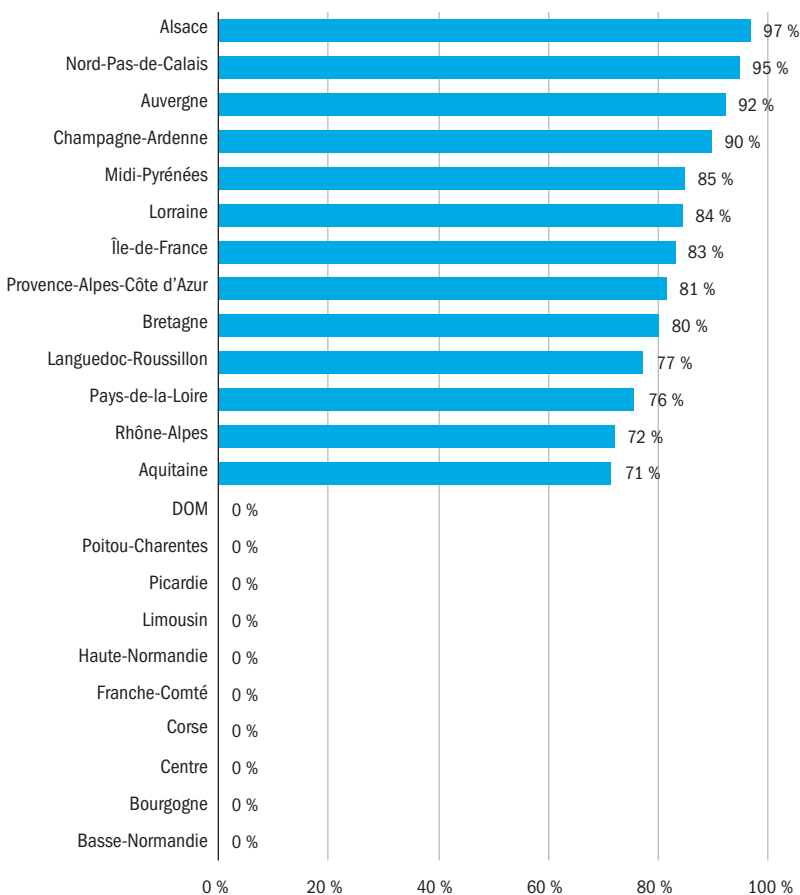
- l'impact de l'implantation des facultés et de l'origine des étudiants par faculté ;
- la plus ou moins grande dispersion des lieux d'installation selon la région de formation.

Ainsi, la formation des chirurgiens-dentistes se déroule aujourd'hui dans seulement 16 facultés de chirurgie dentaire : Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris V et Paris VII, Reims, Rennes, Strasbourg et Toulouse. **Au total 9 des 22 régions et les DOM ne comptent donc aucun lieu de formation en odontologie :** Haute et Basse-Normandie, Picardie, Limousin, Centre, Corse, Poitou-Charentes, Bourgogne et Franche-Comté. **Ces régions sont, à l'exception de la Corse, les régions qui ont les plus faibles densités de chirurgiens-dentistes.**

Dans chaque région dotée d'une faculté d'odontologie, la majorité des praticiens en exercice a été formée dans cette même région (figure 17). Cette proportion varie cependant assez notablement et il apparaît que des régions comme l'Aquitaine ou Rhône-Alpes, mais aussi les Pays-de-la-Loire, le Languedoc-Roussillon ou la Bretagne attirent des praticiens formés dans d'autres régions.

FIGURE 17

Proportion de jeunes praticiens exerçant dans la région où ils ont été formés



Source : ONCD juillet 2013 – Champ : praticiens formés en France, moins de 35 ans.

Lecture : 95 % des praticiens de moins de 35 ans exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais ont fait leurs études dans le Nord-Pas-de-Calais.

Nous ne disposons pas de la donnée relative au lieu de la PACES dans les fichiers de l'Ordre. Il n'est donc pas possible d'établir directement le lien entre région de PACES et région d'exercice. Toutefois, l'analyse de la répartition des lieux d'exercice en fonction de la région de formation donne des indications.

Le tableau 11 présente les lieux d'étude en odontologie en fonction du lieu d'admission au concours de la PACES. Les étudiants admis en dentaire, venant de régions qui n'ont pas de faculté d'odontologie, sont orientés vers une, deux ou trois régions limitrophes ou non.

Comme le montrent les données mises à disposition par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (voir tableau 17 de la partie I, pages 59-60), l'impact de la région de formation sur la région d'exercice est déterminant. Ainsi, dans la plupart des régions ayant une faculté dentaire, entre 60 % et 80 % des étudiants qui y ont été formés y exercent.

A contrario, le taux de « retour » vers la région de PACES non dotée d'une UFR d'odontologie des praticiens à l'installation est assez faible : par exemple, 18 % des étudiants de la faculté dentaire de Lille sont originaires de la PACES de Rouen, mais seulement 0,4 % des étudiants diplômés à Lille exercent en Haute-Normandie.

Certaines régions cumulent donc deux handicaps : d'une part, elles ont une faible dotation de places au NC au regard de leur population générale, d'autre part, leurs étudiants devant se former dans une autre région sont peu nombreux à revenir.

2.2.3. Apport des praticiens diplômés à l'étranger par région

Les praticiens diplômés à l'étranger et venus exercer en France ne s'installent pas indifféremment dans toutes les régions (tableau 12). Ils exercent pour près d'un tiers d'entre eux en Île-de-France (31 %), pour 10 % en Rhône-Alpes, 9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 5 % en Haute-Normandie, et 4 % respectivement en Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et en région Centre.

La part des diplômés à l'étranger est ainsi très variable d'une région à l'autre : particulièrement élevée en Haute (11,3 %) et Basse-Normandie (8,3 %) et dans une moindre mesure en Île-de-France (6,5 %), elle n'excède pas 3 % dans une dizaine de régions.

Ainsi, l'apport des praticiens formés à l'étranger n'est pas particulièrement orienté vers les régions les moins dotées en praticiens. La figure 18 qui croise la densité de praticiens formés à l'étranger et celle des praticiens formés en France montre que toutes les situations existent : une région déjà sur-dotée à laquelle viennent s'ajouter des flux importants de praticiens formés à l'étranger (l'Île-de-France) et à l'inverse des régions sous-dotées pour certaines pas du tout attractives (Picardie, Nord-Pas-de-Calais) et pour d'autres spécifiquement attractives pour des personnes formées à l'étranger (Haute-Normandie en particulier et, dans une moindre mesure, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Franche-Comté et Bourgogne).

TABEAU 11

Places de NC ouvertes pour l'année universitaire 2012-2013 : correspondance entre UFR de PACES et UFR d'affectation en odontologie

UFR de PACES UFR D'ODONTOLOGIE	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Pays-de-la-Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Rhône-Alpes	DOM	COM	TOTAL	Pourcentage de l'effectif n'ayant pas changé de région en fin de PACES
	Alsace	59				6					8															73
Aquitaine		58												7							5		19	4	93	62
Auvergne			45		10		8							7											70	64
Bretagne				20		71																			91	78
Champagne-Ardenne								35			10								28						73	48
Île-de-France									1	1	1	185												5	192	96
Languedoc-Roussillon							8				2		52												62	84
Lorraine					8					15					59										82	72
Midi-Pyrénées																72									72	100
Nord-Pas-de-Calais											20						92								112	82
Pays-de-la-Loire							12											54		10					76	71
Provence-Alpes-Côte d'Azur									1												116				117	99
Rhône-Alpes					6																	81			87	93
TOTAL	59	58	45	20	30	71	28	35	2	23	33	185	52	14	59	72	92	54	28	15	116	81	19	9	1 200	

Source : Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire.
Lecture : les colonnes grisées indiquent les régions dotées d'une UFR d'odontologie.

TABLEAU 12

Origine des praticiens formés à l'étranger par région d'exercice

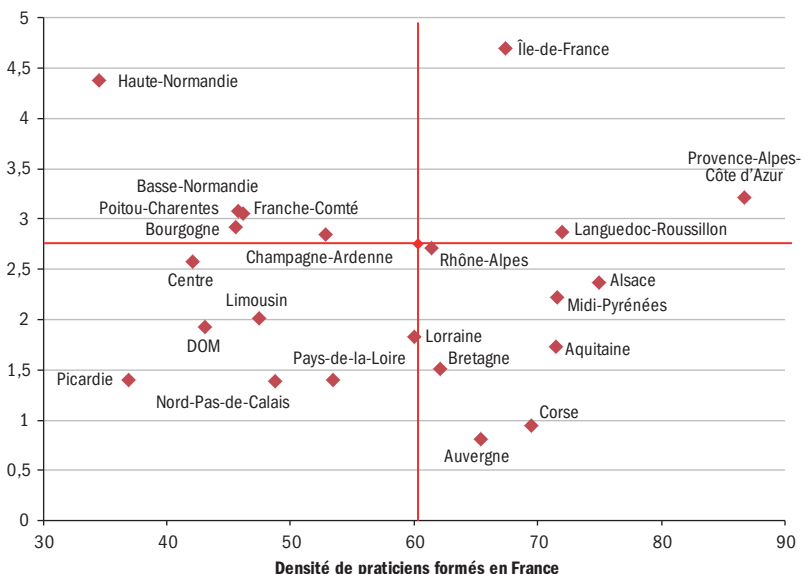
	Formés à l'étranger (en valeurs)	Part dans les formés à l'étranger – France entière	Poids des formés à l'étranger dans les actifs de la région	Répartition des diplômés étrangers par pays												
				Europe de l'Ouest	Europe de l'Est	Russie-Ukraine	Maghreb	Amérique latine	Asie/Océanie	Moyen Orient	Afrique	Amérique du Nord	Total formés à l'étranger			
Alsace	44	2,5	3,1	34	59			2	2	2						100
Aquitaine	57	3,2	2,4	58	18		5	9		4	7					100
Auvergne	11	0,6	1,2	45	45					9						100
Basse-Normandie	49	2,7	8,3	31	55		6	4	2				2			100
Bourgogne	48	2,7	6,0	46	44	2	4		2	2						100
Bretagne	49	2,7	2,4	31	49		10		4	2	4					100
Centre	66	3,7	5,8	41	38		12	3		6						100
Champagne-Ardenne	37	2,1	5,0	54	32		3	3		5	3					100
Corse	3	0,2	1,3	67	33											100
Franche-Comté	35	2,0	6,0	66	31				3							100
Haute-Normandie	81	4,5	11,3	59	33		4	1		1						100
Île-de-France	555	31,1	6,5	36	18	1	17	5	3	18	1	1				100
Languedoc-Roussillon	77	4,3	3,8	69	19		3	1		5		3				100
Limousin	15	0,8	4,1	73	27											100
Lorraine	42	2,4	2,9	67	31											100
Midi-Pyrénées	65	3,6	3,0	54	31		8	3		5						100
Nord-Pas-de-Calais	55	3,1	2,7	60	31		4	2		4						100
Pays-de-la-Loire	49	2,7	2,5	24	51		4	4		16						100
Picardie	27	1,5	3,7	63	22		4			11						100
Poitou-Charentes	54	3,0	6,2	35	52		2	2		7	2					100
Provence-Alpes- Côte d'Azur	158	8,8	3,6	62	25	1	8	1	1	3						100
Rhône-Alpes	171	9,6	4,2	57	36		3	1		2	2					100
Guadeloupe	11	0,6	5,9	82				9		9						100
Guyane	1	0,1	2,0	100												100
Martinique	9	0,5	5,9		22											100
La Réunion	13	0,7	2,9	100												100
COM	4	0,2	1,6	75	25											100
Total général	1 786	100	4,3	48	29	0	8	3	1	8	1	1				100

Sources : ONCD juillet 2013, calcul Plein Sens.
 Définition des zones : cf. légende du tableau 9 p. 19.

FIGURE 18

Situation des régions en fonction de leur densité de praticiens formés à l'étranger et de praticiens formés en France

Densité de praticiens formés à l'étranger



Sources : ONCD juillet 2013, densités pour 100 000 habitants, population INSEE 2012, calcul Plein Sens.

2.3.

Profil des dynamiques régionales

Pour caractériser les évolutions en cours et attendues de la démographie des régions, chaque région est située en fonction de 7 indicateurs qui sont présentés ici en synthèse (tableau 13) :

- Indicateur 1. La densité actuelle de chirurgiens-dentistes ;
- Indicateur 2. La part de praticiens de plus de 55 ans ;
- Indicateur 3. L'indicateur de sur- ou sous-dotation en places de NC déjà mentionné supra (poids du NC de la région dans le NC national/poids de la population de la région dans la population française).

Pour les régions dotées d'une faculté dentaire :

- Indicateur 4. La part des praticiens formés dans la région et qui y exercent, rapportée à la part des formés originaires de la région au PACES. Un ratio faible indique une forte évason des étudiants hors de leur région de formation, un ratio fort indique que des étudiants non originaires de la région y demeurent après leurs études.

- Indicateur 5. La part des personnes formées dans la région et parties s'installer dans une région autre que leur région d'origine potentielle (la région de formation ou la région d'origine PACES). Si cet indicateur est élevé, cela signifie que la région forme « pour d'autres régions » que celles dont sont originaires les étudiants ;
- Indicateur 6. Un ratio d'attractivité interrégionale : on ne retient que les mobilités interrégionales qui ne s'expliquent pas par la structure de formation, donc on ne retient que les flux interrégionaux de la formation à l'installation entre régions qui sont sans lien entre PACES et UFR d'odontologie. On regarde si la région attire en proportion de ce flux interrégional plus ou moins que son poids en termes de population. Un ratio supérieur à 1 indique que la densité de la région est renforcée par des flux d'installation venant de régions qui ne sont ni région d'origine, ni région de formation ;
- Indicateur 7. Un ratio d'attractivité des praticiens étrangers : poids de la région dans la population des praticiens étrangers rapporté au poids de la population générale. Un ratio supérieur à 1 indique que les flux de praticiens étrangers contribuent à augmenter la densité de praticiens au-delà de la moyenne nationale.

Il est difficile d'identifier une typologie des régions car les dynamiques régionales sont la résultante d'effets propres à chaque région. À titre d'exemple :

- L'Alsace est une région à très forte densité de chirurgiens-dentistes, avec une population de praticiens beaucoup plus jeune que la moyenne. Le NC attribué à la région est très favorable. Globalement, les étudiants de la région restent pour y exercer, et la part des étudiants formés en Alsace qui quittent la région n'est pas très élevée. En revanche, peu de personnes formées dans d'autres régions viennent s'installer en Alsace, et la région a un niveau d'attractivité dans la moyenne pour les étrangers.
- Le Nord-Pas-de-Calais a une densité très faible et une population de chirurgiens-dentistes jeunes. Le NC est légèrement favorable. Les personnes formées dans la région y restent ainsi qu'une part de ceux qui n'en sont pas originaires. En revanche, la région n'attire pas du tout les personnes formées dans une autre région ou à l'étranger.
- La région Centre a une très faible densité de chirurgiens-dentistes et une très forte part d'entre eux a plus de 45 ans. La région offre au PACES un nombre de places particulièrement faible au regard de sa taille. Elle attire moins que la moyenne des flux de praticiens venus de régions sans lien au niveau de l'appareil de formation et une proportion moyenne d'étrangers.

Chacune des 22 régions a ainsi un profil singulier.

TABLEAU 13
Profil des régions – synthèse

Indicateurs Régions avec UFR d'odontologie	1		2		3		4		5		6		7	
	Densité au 1 ^{er} janvier 2013		Part des praticiens de plus de 55 ans		Sur ou sous-dotation en places de NC		Ratio (part des formés dans la région y restant en exercice / part des formés originaires de la région)		Part des formés installés dans une région autre que la région d'origine (UFR ou PACES)		Ratio % mobiles inter-région/ poids de la région en nb d'habitants		Ratio % étrangers exerçant dans la région / poids de la région en nb d'habitants	
Alsace	77	+	30,2 %	-	1,7	++	0,9	18 %	0,2	--	0,9			
Aquitaine	72	+	34,7 %		1,0		1,0	12 %	2,0	++	0,6		-	
Auvergne	66		35,4 %		1,8	++	0,6	--	0,4	--	0,3		--	
Bretagne	63		32,1 %	-	1,2	+	0,8	-	1,1	+	0,6		-	
Champagne-Ardenne	54	-	33,8 %		1,4	+	0,8	-	0,6	-	1,0			
Île-de-France	72	+	39,0 %	+	0,9		0,9	16 %	1,0		1,7		++	
Languedoc-Roussillon	73	+	33,9 %		1,1		0,8	-	1,5	+	1,1			
Lorraine	61		28,7 %	--	1,4	+	0,9	23 %	0,9	+	0,7		-	
Midi-Pyrénées	73	+	32,4 %	-	1,3	+	0,7	--	1,0	++	0,8		-	
Nord-Pas-de-Calais	50	-	27,1 %	--	1,2	+	1,1	+	0,3	--	0,5		--	
Pays-de-la-Loire	54	-	33,1 %		0,8	-	0,9	20 %	1,2	+	0,5		--	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	89	++	36,1 %		1,3	+	0,8	-	1,4	+	1,2		+	
Rhône-Alpes	64		33,6 %		0,7	-	0,9	15 %	1,5	+	1,0			

Indicateurs Régions sans UFR d'odontologie	1		2		3		4		5		6		7	
	Densité au 1 ^{er} janvier 2013		Part des praticiens de plus de 55 ans		Sur ou sous-dotation en places de NC		Ratio (part des formés dans la région y restant en exercice/ part des formés originaires de la région)		Part des formés installés dans une région autre que la région d'origine (UFR ou PACES)		Ratio % mobiles inter-région/ poids de la région en nb d'habitants		Ratio % étrangers exerçant dans la région/ poids de la région en nb d'habitants	
Basse-Normandie	40	--	38,6 %	+	0,7	--					1,1	1,2		+
Bourgogne	49	-	39,6 %	+	1,0						0,1	1,1		
Centre	45	--	42,7 %	++	0,6	--					0,8	0,9		
Corse	72	+	41,2 %	++	0,3	--					0,3	0,3		--
Franche-Comté	49	-	35,7 %		1,1						0,5	1,1		
Haute-Normandie	39	--	39,0 %	+	1,0						0,3	1,6		++
Limousin	48	-	38,3 %	+	1,0						0,5	0,7		-
Picardie	39	--	39,8 %	+	0,8	-					0,7	0,5		--
Poitou-Charentes	49	-	37,0 %		0,5	--					0,8	1,1		
DOM	45	-	33,9 %		0,6	--					3,7	0,7		-

2.4.

Les capacités de formation des régions

En 2006, lors d'une mission d'audit sur l'appareil de formation en odontologie⁶, l'IGAS mettait au jour les contraintes liées aux facultés dentaires qui pouvaient entraver tout projet d'évolution du numerus clausus. **Les principales contraintes qui dimensionnent les capacités de formation sont les fauteuils et les capacités enseignantes.**

L'historique du NC par région de formation révèle de très faibles ajustements dans la répartition interrégionale du NC national. Tout semble se passer comme si les capacités de formation étaient effectivement le principal facteur de dimensionnement des flux de formation par région.

2.4.1. Les capacités de formation

Les capacités de formation des facultés de chirurgie dentaire ne sont pas immédiatement flexibles. Toute variation de numerus clausus doit donner lieu à une étude des capacités d'accueil d'étudiants supplémentaires dans chaque établissement, en tenant compte à la fois :

- des contraintes matérielles (nombre de fauteuils) ;
- des contraintes humaines (nombre d'enseignants).

TABLEAU 14

Répartition des fauteuils par étudiant et interne en odontologie en 2009

CHU/CHR	Nb de fauteuils	Nb d'étudiants et d'internes	Nb d'étudiants et d'internes par fauteuil
Bordeaux	45	261	5,8
Brest	27	62	2,3
Clermont-Ferrand	49	158	3,2
Lille	64	225	3,5
Lyon	89	259	2,9
Marseille	100	203	2,0
Montpellier	63	172	2,7
Nancy	57	166	2,9
Nantes	70	197	2,8
Nice	33	107	3,2
Reims	69	167	2,4
Rennes	56	152	2,7
Strasbourg	80	180	2,3
Toulouse	71	202	2,8
Paris Île-de-France	227	584	2,6
TOTAL	1 100	3 095	2,8

Source : Gérard Decour, Rapport sur l'augmentation du numerus clausus des étudiants en odontologie, DHOS, octobre 2009.

⁶ V. Guillocheau, et al., Audit de l'appareil de formation odontologique, IGAS, décembre 2006.

TABLEAU 15

Répartition des fauteuils par étudiant et interne en odontologie en 2013

CHU/CHR	Nb de fauteuils	Progression Nb de fauteuils 2009-2013	Nb d'étudiants et d'internes	Nb d'étudiants et d'internes par fauteuil
Bordeaux	52	7	291	5,6
Brest	29	2	80	2,8
Clermont-Ferrand	62	13	184	3
Lille	86	22	320	3,7
Lyon	89	-	267	3
Marseille	104	4	229	2,2
Montpellier	63	-	188	3
Nancy	57	-	256	4,5
Nantes	73	3	218	3
Nice	34	1	131	3,9
Reims	67	- 2	226	3,4
Rennes	59	3	201	3,4
Strasbourg	96	16	211	2,2
Toulouse	72	1	222	3,1
Paris Île-de-France	269	42	612	2,3
TOTAL	1 212	112	3 636	3

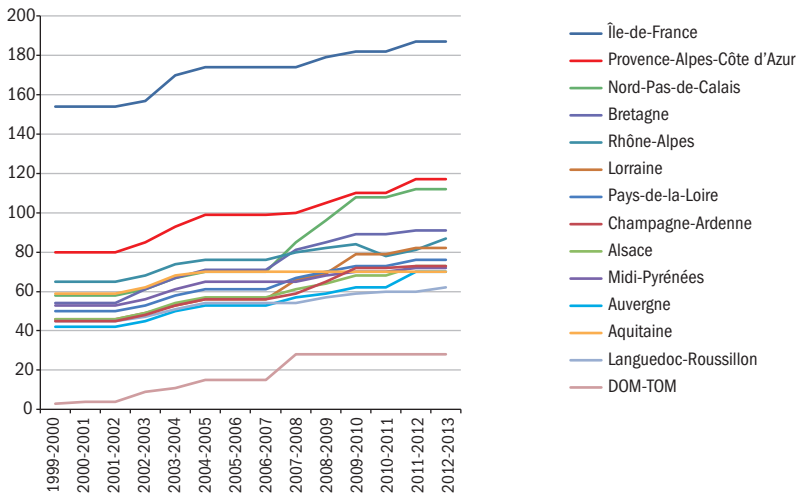
Source : Conférence nationale des doyens des facultés de chirurgie dentaire.

2.4.2. Historique du numerus clausus par région

L'historique du NC par région de formation depuis 2000 (figure 19) montre que la stratégie de répartition du NC n'a pas notablement évolué à l'exception du Nord-Pas-de-Calais (et de la Lorraine dans une moindre mesure). Le poids relatif des régions n'a pas changé de manière importante.

FIGURE 19

NC par région de formation et NC DOM - 2000-2013



Source : ONDPS.

2.4.3. L'internat

Réformé par la loi du 21 juillet 2009, l'internat ou 3^e cycle long des études en odontologie est un cycle de formation accessible par concours interrégional (sur 7 inter-régions) au terme de la validation du 2^e cycle. Il existe aujourd'hui 3 formations qualifiantes réalisées en qualité d'interne :

- diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale (DESCO), formation commune à la médecine et à l'odontologie,
- diplôme d'études spécialisées d'orthopédie dento-faciale (ODF),
- diplôme d'études spécialisées de médecine bucco-dentaire (MBD).

Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.

Les chirurgiens-dentistes qualifiés (anciens internes) appliquent des tarifs de spécialistes mais ils n'ont aucune exclusivité d'acte⁷.

Les postes offerts au concours national d'internat en odontologie s'élèvent à 102 à la rentrée 2013⁸. Ces postes concernent la cohorte du numerus clausus 2009 (NC = 1 097), ce qui constitue un rapport de 9,3 % entre le numerus clausus et les postes d'internes (la même année ce rapport s'élève à 15,5 % pour les pharmaciens et 108,3 % pour les médecins).

⁷ Tous les chirurgiens-dentistes diplômés et thésés peuvent en théorie pratiquer l'ensemble des soins conservateurs ou préventifs. Il n'y a pas d'autorisation spécifique liée à la détention de tel ou tel titre complémentaire ou spécialisé (internat). Mais il faut distinguer la notion de capacité (le titre de Docteur) et la compétence qui, elle, pourra être sur des actes de pointe, être éventuellement contestée en cas de litige, à un praticien qui n'aurait aucune formation dédiée.

⁸ Arrêté du 27 mai 2013 modifiant l'arrêté du 5 mars 2013 portant répartition des postes offerts au titre de l'année 2013-2014 au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle long des études odontologiques.

3.

La consommation des soins dentaires en 2012

3.1.

Un suivi statistique limité à l'activité présentée au remboursement

Les praticiens libéraux sont presque tous conventionnés⁹, mais seule l'activité remboursable (actes inscrits à la nomenclature) et présentée au remboursement est suivie statistiquement par l'Assurance maladie : elle constitue donc un indicateur « biaisé » en niveau et en structure de l'activité effectivement produite et consommée. En effet, jusqu'en 2004, aucun texte législatif ne précisait si les actes hors nomenclature devaient figurer ou non sur les feuilles de soins. En 2004, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a exclu la mention des actes médicaux non-remboursables sur les feuilles de soins, et la disposition a été reprise par la convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2006.

Conformément à la convention, les consultations, soins conservateurs et chirurgicaux sont remboursés sur la base du tarif opposable figurant à la convention ; les prothèses et l'orthodontie font l'objet d'une entente directe.

En dehors des enfants (programme de prévention conventionnel), les actes de prévention et d'éducation à l'hygiène dentaire ne sont pas cotés : en dehors du détartrage, les actes de parodontologie pourtant essentiels à la prévention de la perte de dents, ne sont pas inscrits à la nomenclature.

Au total, le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) enregistre l'activité de la presque totalité des praticiens, mais est limité à la partie des actes inscrits à la nomenclature et présentés au remboursement.

3.2.

L'impact de la densité de chirurgiens-dentistes

3.2.1. Sur l'activité des chirurgiens-dentistes selon les régions

Le nombre moyen d'actes recensés par l'Assurance maladie par chirurgien-dentiste décroît presque linéairement avec la densité des professionnels, l'Alsace présentant une situation atypique avec un niveau d'activité élevé au regard de sa densité.

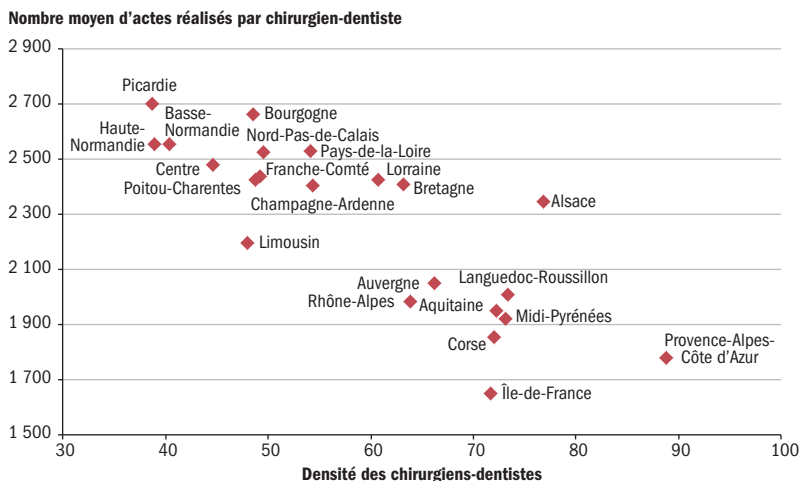
⁹ Sur 35 935 praticiens recensés au 1^{er} janvier 2012 par le SNIR, seuls 236 sont en dépassement permanent et 110 non conventionnés, ce qui signifie que seuls 0,96 % ne sont pas conventionnés (Source : Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi M. (2012), Comptes nationaux de la santé 2011, Document de travail, Série Statistiques, n° 172, DREES, septembre).

La moyenne nationale de cet indicateur d'activité par chirurgien-dentiste est de 2 066 en 2012.

Ce chiffre connaît encore de grandes variations régionales, avec 1 650 actes réalisés annuellement par chirurgien-dentiste en Île-de-France contre 2 711 en Picardie. Le nombre d'actes effectués est à mettre en regard avec la densité (figure 20).

FIGURE 20

Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d'activité conventionnelle



Le nombre d'actes est mesuré par la somme des actes suivants : consultations, actes de chirurgie dentaire, soins conservateurs, actes de prothèses et actes d'orthopédie dentofaciale. La radiologie n'est pas comptabilisée.

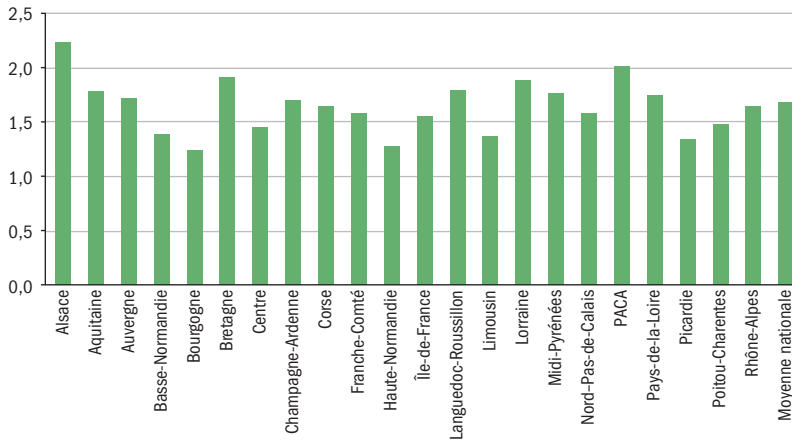
Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2012 ; RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013, INSEE, estimations de population, 2012.

3.2.2. Sur la consommation par habitant selon les régions

Toutefois, le surcroît d'activité par praticien observé dans les régions les moins denses ne permet pas de rétablir un équilibre dans le nombre d'actes réalisés par habitant. Les régions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes sont en proportion les moins nombreux sont aussi celles où les habitants bénéficient en moyenne du plus faible niveau d'actes. L'Alsace se distingue par un niveau d'actes remboursables particulièrement élevé par habitant.

FIGURES 21 ET 22

Nombre d'actes remboursés par an et par habitant



Régions	Nbre actes/hab/2012	Densité de chirurgiens-dentistes
Alsace	2,2	77
Aquitaine	1,8	72
Auvergne	1,7	66
Basse-Normandie	1,4	40
Bourgogne	1,2	49
Bretagne	1,9	63
Centre	1,4	45
Champagne-Ardenne	1,7	54
Corse	1,6	72
Franche-Comté	1,6	49
Haute-Normandie	1,3	39
Île-de-France	1,5	72
Languedoc-Roussillon	1,8	73
Limousin	1,4	48
Lorraine	1,9	61
Midi-Pyrénées	1,8	73
Nord-Pas-de-Calais	1,6	50
PACA	2,0	89
Pays-de-la-Loire	1,7	54
Picardie	1,3	39
Poitou-Charentes	1,5	49
Rhône-Alpes	1,6	64
Moyenne nationale	1,7	63

Cette seconde approche a été réalisée sur le total des actes remboursés en 2012 (108 millions d'actes) correspondant aux lettres-clés suivantes :

Lettres-Clés utilisés	
BDC	Prévention bucco-dentaire : consultation
BR2	Prévention bucco-dentaire : radio deux clichés
BR4	Prévention bucco-dentaire : radio quatre clichés
C	Consultation cotée C
CS	Consultation cotée CS
D	Actes en D (actes chirurgicaux)
DC	Actes en DC (actes chirurgicaux)
SC	Actes en SC (soins conservateurs)
SPR	Actes en SPR (soins prothétiques)
TO	Actes en TO (traitements orthodontiques)
V	Visite cotée V
VS	Visite cotée VS
Z	Actes de radiologie

3.3.

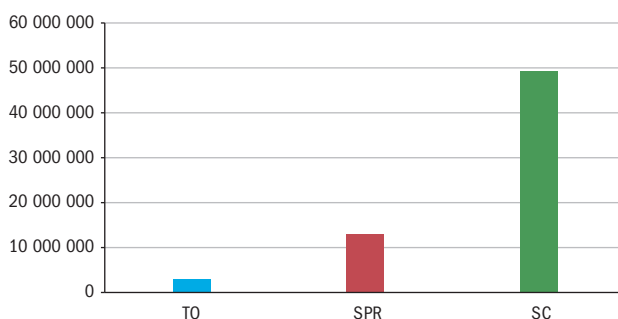
La structure de consommation des soins dentaires

3.3.1. Par catégorie d'actes

Les soins conservateurs représentent près de la moitié (45,6 %) de la consommation totale remboursée, les soins prothétiques 12,1 % et les traitements orthodontiques 2,8 %.

FIGURE 23

Nombre total d'actes présentés au remboursement par catégorie



Source : CNAMTS, SNIIRAM, 2012.

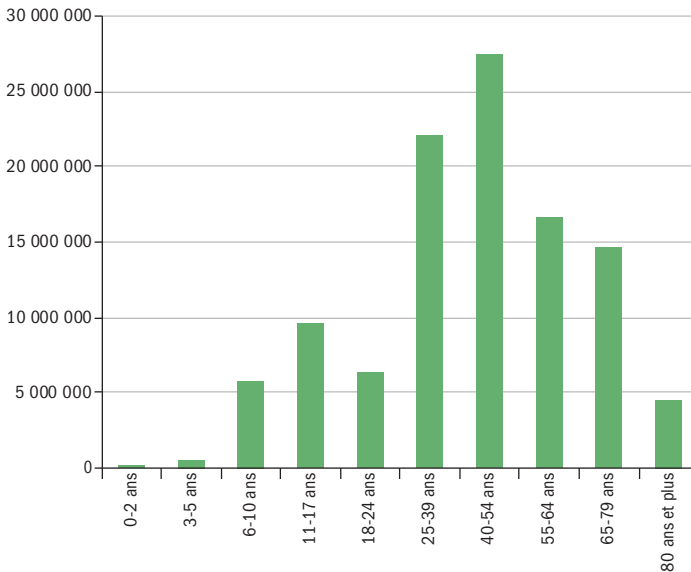
3.3.2. Par classe d'âge

Compte tenu de l'importance numérique relative de chaque classe d'âge dans la pyramide des âges en 2012, le total d'actes consommés (108 millions) se concentre entre 25 et 79 ans.

En ce qui concerne les soins conservateurs (près de 50 % de la consommation), leur distribution par classe d'âge est un peu différente. Complémentairement, la consommation des soins prothétiques et des traitements orthodontiques remboursés est concentrée sur quelques classes d'âge.

FIGURE 24

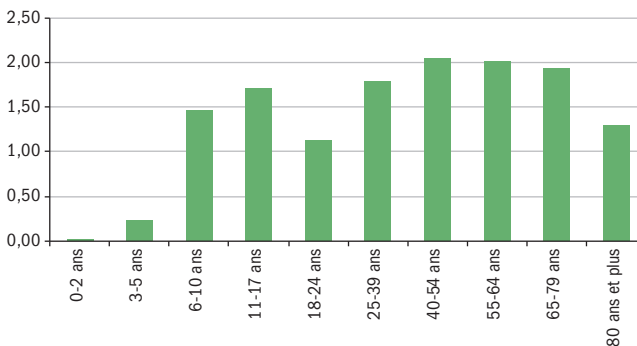
Nombre total d'actes présentés au remboursement par classe d'âge



Source : CNAMTS, SNIIRAM, 2012.

FIGURE 25

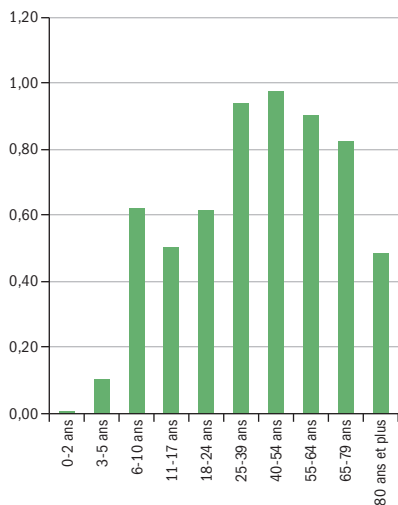
Nombre moyen d'actes présentés au remboursement par personne et classe d'âge



Source : CNAMTS, SNIIRAM, 2012.

FIGURE 26

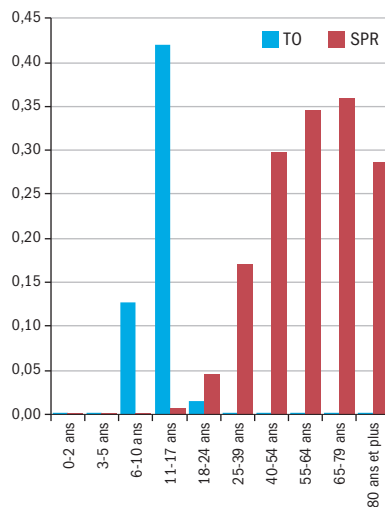
Actes en SC par personne



Source : CNAMTS, SNIIRAM, 2012.

FIGURE 27

Actes en SPR et TO par personne



Source : CNAMTS, SNIIRAM, 2012.

4.

Perspectives

Les informations disponibles mettent en évidence certaines caractéristiques de la consommation actuelle de soins dentaires. Elles sont néanmoins insuffisantes pour apprécier l'adéquation de l'offre de soins dentaires aux besoins de la population.

A fortiori, il est difficile d'étayer la fixation du *numerus clausus* sur des scénarios prospectifs modélisant l'impact de l'évolution probable des techniques de soins et de prise en charge.

4.1.

L'impossibilité d'évaluer précisément la qualité de la prise en charge des besoins de soins dentaires

L'état de santé bucco-dentaire des français est peu documenté et, par ailleurs, il y a peu d'éléments pour évaluer les éventuelles difficultés d'accès aux soins.

Concernant la santé bucco-dentaire, il y a peu de données hormis celles concernant les enfants. Le seul indicateur de la loi de santé publique qui concerne la santé bucco-dentaire est l'indice CAO pour les enfants. L'effort de prévention porte d'ailleurs essentiellement sur les enfants avec le programme national *M'T dents* de l'Assurance maladie. En 20 ans l'indice CAO¹⁰ a été divisé par trois. En 2006, l'indice CAO mixte moyen était estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans¹¹. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, dispositifs de prévention, etc.).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restaient marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale étaient significativement plus atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

Dans sa revue de littérature réalisée pour établir ses recommandations 2010 sur la prise en charge de la carie¹², la Haute autorité de santé (HAS) constate l'absence de données épidémiologiques nationales représentatives pour les adultes. **Les observations partielles convergent toutes pour établir**

¹⁰ L'indice CAO moyen est le nombre moyen de dents cariées (C), absentes (A), ou obturées (O) par enfant. L'indice CAO est la somme des trois composantes C, A et O qui ont été recueillies de façon distincte par un chirurgien-dentiste. À 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. À 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte (ou CAO) qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires (« dents de lait »). Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au pourcentage d'enfants dont le CAO est égal à zéro.

¹¹ Source des données de ce paragraphe : Danet S. (2012), L'état de santé de la population en France en 2011, Etudes et résultats, n° 805, DREES, juin.

¹² HAS, Stratégie de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandation, mars 2010.

un gradient social dans les indicateurs de santé dentaire. Des travaux spécifiques sur les personnes âgées (en particulier ceux de la MSA (Mutualité sociale agricole) rendent compte d'un faible recours aux soins des personnes âgées vivant tant à leur domicile qu'en institution, alors que les besoins de soins sont avérés (besoin en soins conservateurs, maladies parodontales non traitées et besoin prothétique). Selon la HAS, les personnes handicapées souffrent également d'un défaut de soins dentaires.

Le défaut de soins peut avoir de multiples causes :

- une non prise de conscience du besoin de soins,
- un renoncement aux soins,
- un défaut d'offre de soins : éloignement, délai d'attente, refus de soins.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est régulièrement établi par les enquêtes sur la santé et la protection sociale de l'IRDES. Ainsi en 2010, 15,1 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois et le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne près de 10 % de la population, devant la lunetterie (3,5 %) et les consultations de médecins. L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France¹³ (Caussat 2004). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire et donc aux soins dentaires. Enfin, les testings sur la prise en charge des patients CMU¹⁴ continuent de révéler des taux de refus élevés de ces patients par les chirurgiens-dentistes, ces taux étant sans doute plus important à Paris qu'en région et en zone rurale.

Si tous ces résultats sont importants et doivent être pris en compte dans l'analyse des inégalités d'accès aux soins, il reste que pour l'exercice de prospective sur les besoins de soins, ce sont les facteurs d'offre qui sont à analyser. Or il n'y a pas de données sur les délais d'attente pour les chirurgiens-dentistes et donc pas d'indicateur qui puisse révéler un problème d'accès aux soins lié à la densité de chirurgiens-dentistes.

Au total, s'il est clair que tous les besoins de soins ne sont pas couverts, pour des raisons économiques, sociales, peut-être aussi générationnelles, rien ne permet d'établir si l'offre actuelle de soins permettrait ou non de prendre en charge ces soins non couverts. Le rôle de la démographie comme levier de l'amélioration de la santé dentaire n'est pas établi. En particulier, à population équivalente (âge, CSP), aucune donnée ne permet de dire que la santé bucco-dentaire est meilleure dans les régions où l'offre de soins dentaires est plus dense (ce qui ne signifie pas qu'elle ne l'est pas, mais qu'il n'est pas possible de savoir si elle l'est).

¹³ Caussat L., Raynaud D. (2004), La régulation de la demande de soins : le rôle de l'Assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé, Revue d'économie financière, n° 76, La régulation des dépenses de santé.

¹⁴ Cf. Le Refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris, Desprès C., Guillaume S. et Couralet P.E., IRDES, 2009. Ou encore : Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre, Desprès C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Dely R. et Wiechert M., IRDES, 2012.

4.2.

Une projection « mécanique » de la consommation jusqu'en 2040

Selon les précisions de l'INSEE, la population française passerait de 65,5 à 73,2 millions de 2012 à 2040, soit + 11,8 %, avec une modification de la structure par âge (vieillessement).

À consommation inchangée par classe d'âge, la consommation a été projetée mécaniquement pour cerner les effets quantité et structure du vieillissement de la population à moyen et long terme.

L'effet de structure lié au vieillissement existe puisque le poids relatif des catégories de soins consommés se modifie au profit des soins prothétiques et au détriment des orthodontiques, avec une légère baisse de la part des soins conservateurs.

Malgré cette déformation, le total des actes remboursés croît proportionnellement à la population : + 12 %.

TABLEAU 16

Croissance de 2012 à 2040

Population croissance/2012	T0 croissance/2012	SPR croissance/2012	SC croissance/2012	Total actes croissance/2012
+ 12 %	+ 2 %	+ 18 %	+ 10 %	+ 12 %

Néanmoins, cette projection ne permet nullement de tirer des conclusions en termes de besoins à couvrir et d'évolution souhaitable du nombre de chirurgiens-dentistes, puisque plusieurs éléments essentiels font défaut :

- le temps passé par le chirurgien-dentiste pour chaque type de soins et catégorie d'actes puisque leur part se modifie ;
- l'évolution des techniques ;
- les perspectives sur les conséquences à moyen et long termes de la prévention chez les jeunes ;
- d'une manière plus générale, l'évolution prévisible ou vraisemblable de la consommation de soins par tranche d'âge dans 10, 20 ou 30 ans.

4.3.

Des questions prospectives à peine ébauchées

Idéalement, pour définir un niveau de besoins en chirurgiens-dentistes à venir, il faudrait :

- connaître l'évolution des besoins de soins ;
- évaluer l'impact de ces besoins sur le nombre ou la qualité (en termes de spécialisation) des praticiens.

Il y a peu de travaux pour réfléchir à ces aspects prospectifs. L'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants doit-elle laisser prévoir une diminution de la demande en soins dentaires ? Peut-on faire l'hypothèse qu'un enfant sans carie est un adulte sans problème dentaire ? En raison de la meilleure hygiène bucco-dentaire parmi les jeunes générations, la demande en dentisterie pourrait s'affaïsser ; cette hypothèse justifierait la baisse du *numerus clausus* et du nombre de praticiens.

En réalité, il faut d'abord souligner que l'amélioration de la santé dentaire des enfants reste inégale et que les efforts de prévention doivent se poursuivre. Ensuite, il n'est pas certain que les habitudes d'hygiène dentaire se maintiennent avec l'âge et en tout état de cause, le vieillissement de la population crée des besoins en parodontie, en implantologie et en prothèses, besoins à ce jour non couverts (en partie pour des questions de non recours), mais l'on ne sait rien de l'évolution des habitudes de recours pour de nouvelles cohortes de personnes âgées.

Dans son rapport 2010 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes consacrait une partie aux soins dentaires et constatait que la prévision des besoins était chose difficile :

« L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus. La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien. De plus, il faut prendre en compte une plus grande exigence sanitaire et esthétique, c'est-à-dire une moindre tolérance à l'égard de problèmes dentaires, concomitamment à de nouvelles possibilités techniques permettant la préservation ainsi que le remplacement des dents tout en concourant à réduire la « crainte du dentiste ».

En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAO) a fortement reculé chez les enfants de 12 ans, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 puis à 1,2 en 2006. En outre, une denture plus saine et mieux entretenue pourrait avoir peu à subir les effets du vieillissement et ce, jusqu'à un âge avancé. Enfin, les soins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande ».

Déduire de ces considérations qualitatives une indication sur le besoin quantitatif de praticiens est donc chose impossible. **Par ailleurs, à moyen ou long-terme, on ne peut exclure des évolutions structurelles de l'offre de soins. D'une part, les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie et par les complémentaires santé des soins dentaires peuvent évoluer, impactant le taux de recours et le taux de renoncement aux soins, globalement ou pour certaines catégories de soins. D'autre part, la reconnaissance du métier d'assistant dentaire comme profession de santé préconisée par la mission**

de l'IGAS réalisée en 2010¹⁵, pourrait conduire à réévaluer qualitativement et quantitativement le besoin de praticiens tant pour des actes de base (hygiène) que pour des actions de prévention aujourd'hui insuffisamment mises en œuvre.

Ces considérations devraient engager à des travaux prospectifs, c'est-à-dire à l'élaboration d'hypothèses d'évolution qualitative, ensuite traduites en estimations quantitatives. Mais dans l'immédiat, en l'état des connaissances et des réflexions, ce travail est hors de portée.

¹⁵ Inspection générale des affaires sociales RM2010-110P Dr G. Duhamel, Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistants dentaires dans le Code de la santé publique, juillet 2010.



PARTIE III

BILAN DE LA FILIARISATION

Les mouvements qui ont affecté
les deux premières cohortes concernées
(2010-2011)

1.

Introduction

1.1.

Contexte

La réforme dite de la filiarisation a été introduite par la loi HPST¹ du 21 juillet 2009. Le dispositif² vise à fixer chaque année le nombre de postes d'internes de médecine par spécialité³ et par subdivision, pour une période quinquennale glissante.

À la suite des épreuves classantes nationales (ECN), l'interne choisit en fonction de son rang de classement une subdivision et une spécialité d'affectation dans la liste des postes ouverts par arrêté.

L'interne a alors deux ans pour se déterminer définitivement puisqu'il confirme ou modifie son choix à la fin de son quatrième semestre d'internat, à l'intérieur de la même Unité de formation et de recherche (UFR). Deux procédures dites de « changement de préchoix » ou de « droit au remords » (selon qu'il change de discipline ou non) lui sont accessibles selon des règles strictes, rappelées en annexe I, qui induisent une certaine rigidité pour les moins bien classés aux ECN.

Il est apparu nécessaire de mettre en place un suivi destiné à estimer l'ampleur des changements qui interviennent entre le choix initial et l'inscription définitive deux ans plus tard.

Deux bilans ont pu être dressés à ce jour, concernant les deux premières cohortes touchées par la réforme, celles des internes issus des ECN de 2010 et de 2011 dont le choix de la spécialité est devenu définitif en novembre 2012 et novembre 2013.

Leur objectif est d'évaluer les effets du dispositif dit de filiarisation sur les cohortes d'internes issus des ECN de 2010 et 2011, en termes de réduction de la cohorte initiale et de mouvements interdisciplines et interspécialités.

1.2.

Informations exploitables

Le croisement des 26 UFR ayant des données exploitables pour la cohorte 2011 avec les 28 UFR exploitables relatives à la cohorte 2010 conduit à réduire le périmètre observé à 24 UFR seulement, **soit 74 % des postes pourvus en 2010 (4 506/6 134) et 71 % en 2011 (4 903/6 945).**

¹ Loi HPST : loi Hôpital, patients, santé et territoires.

² Voir annexe relative au dispositif de la filiarisation, page 177.

³ Cf. liste des spécialités en annexe de la partie I du rapport, page 82.

TABLEAU 1

UFR dont les données sont exploitables sur les deux exercices

UFR	Cohortes ECN	
	2010	2011
Amiens	x	x
Angers	x	x
Antilles-Guyane	x	x
Besançon	x	x
Bordeaux	x	x
Brest	x	x
Caen	x	x
Clermont	x	x
Dijon	x	x
Grenoble		x
Lille	x	x
Limoges	x	x
Lorraine	x	x
Lyon		x
Marseille	x	x
Montpellier	x	x
Nantes	x	x
Nice	x	x
Océan Indien	x	x
Paris 5		
Paris 6		
Paris 7	x	
Paris 11	x	
Paris 12		
Paris 13		
Poitiers	x	x
Reims	x	x
Rennes	x	x
Rouen ⁴	x	x
Saint-Etienne	x	x
Strasbourg	x	x
Toulouse	x	x
Tours	x	x
Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines	x	

⁴ Les données sont inexploitables.

1.3.

Les flux mesurés

Deux types de flux peuvent affecter la cohorte issue des ECN jusqu'à l'inscription définitive des internes deux ans plus tard. L'amplitude de ces flux varie significativement d'une UFR à l'autre.

→ **Les premiers flux, sortants, réduisent la cohorte** : il s'agit des départs définitifs (redoublements pour repasser les ECN, arrêt des études de médecine) et des arrêts temporaires qui retardent l'inscription définitive dans la mesure où les quatre premiers semestres n'ont pas pu être validés (congé maladie, maternité).

TABLEAU 2

Départs définitifs et arrêts temporaires

	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Total général	4 506	- 8,6 %	4 903	- 9,5 %

UFR	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Amiens	209	- 16,3 %	174	- 15,5 %
Angers	173	- 22,0 %	157	- 5,7 %
Antilles-Guyane	95	- 1,1 %	114	- 6,1 %
Besançon	136	- 5,1 %	141	- 13,5 %
Bordeaux	298	- 6,7 %	389	- 3,6 %
Brest	116	- 7,8 %	147	- 13,6 %
Caen	157	- 12,1 %	162	- 6,8 %
Clermont	170	- 14,1 %	161	- 8,1 %
Dijon	168	- 3,6 %	159	- 8,2 %
Lille	459	- 7,8 %	501	- 16,0 %
Limoges	76	- 5,3 %	75	0,0 %
Lorraine	205	- 5,4 %	274	- 13,5 %
Marseille	251	- 7,2 %	359	- 14,8 %
Montpellier	226	0,0 %	309	- 3,6 %
Nantes	230	- 13,5 %	210	- 5,2 %
Nice	129	0,0 %	149	- 2,0 %
Océan Indien	73	0,0 %	76	- 13,2 %
Poitiers	168	- 10,7 %	190	- 7,4 %
Reims	147	-3,4 %	156	- 7,1 %
Rennes	211	- 11,4 %	211	- 17,1 %
Saint-Etienne	136	- 5,1 %	89	- 2,2 %
Strasbourg	237	- 14,8 %	246	- 13,4 %
Toulouse	265	- 7,2 %	287	- 3,1 %
Tours	171	- 12,9 %	167	- 12,6 %
Total général	4 506	- 8,6 %	4 903	- 9,5 %

→ **Les seconds affectent uniquement la répartition entre spécialités** des postes initialement pourvus : il s'agit de flux interdisciplines (droit au remords) et interspécialités à l'intérieur d'une même discipline (changement de préchoix) qui se traduisent *in fine* par des départs et des arrivées à somme nulle par UFR (ces changements s'effectuent dans la même UFR) et au niveau national, mais dont l'ampleur relative peut varier d'une UFR à l'autre.

TABLEAU 3

Amplitude des flux interspécialités (droit au remords/préchoix)

	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Total général	4 506	4,0 %	4 903	3,6 %

UFR	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Amiens	209	1,0 %	174	3,4 %
Angers	173	6,4 %	157	1,9 %
Antilles-Guyane	95	4,2 %	114	0,9 %
Besançon	136	5,1 %	141	4,3 %
Bordeaux	298	3,0 %	389	2,6 %
Brest	116	6,9 %	147	3,4 %
Caen	157	2,5 %	162	2,5 %
Clermont	170	2,9 %	161	3,1 %
Dijon	168	4,2 %	159	1,3 %
Lille	459	3,5 %	501	3,4 %
Limoges	76	9,2 %	75	8,0 %
Lorraine	205	3,9 %	274	3,6 %
Marseille	251	6,0 %	359	5,8 %
Montpellier	226	5,3 %	309	3,2 %
Nantes	230	1,3 %	210	3,8 %
Nice	129	3,9 %	149	0,0 %
Océan Indien	73	4,1 %	76	6,6 %
Poitiers	168	4,8 %	190	5,8 %
Reims	147	4,1 %	156	1,9 %
Rennes	211	6,2 %	211	6,2 %
Saint-Etienne	136	2,2 %	89	5,6 %
Strasbourg	237	3,4 %	246	4,9 %
Toulouse	265	4,5 %	287	2,8 %
Tours	171	3,5 %	167	4,2 %
Total général	4 506	4,0 %	4 903	3,6 %

1.4.

Les phénomènes observés

Deux phénomènes ont été observés sur les deux cohortes à travers les flux définis supra :

- **la réduction des cohortes** initiales due à la somme des départs définitifs et des arrêts temporaires ;
- **l'attractivité ou au contraire la désaffection des spécialités** : il s'agit de la balance nette entre la somme des départs des spécialités (départs définitifs, souvent destinés au redoublement, et départs de spécialités par changement de préchoix et exercice du droit au remords) et les arrivées dans les spécialités (par changement de préchoix et exercice du droit au remords pour mesurer l'attractivité des spécialités).

D'une cohorte à l'autre, ces deux phénomènes varient peu au niveau national, avec des écarts inférieurs à un point : le comportement global des internes semble assez stable.

En revanche, ces phénomènes varient d'une UFR à l'autre, d'une spécialité à l'autre.

TABLEAU 4

Evolution des phénomènes de réduction et d'attractivité

	Cohortes	
	2010	2011
Effectif	4 506	4 903
Réduction (en pourcentage de la cohorte)	- 8,6 %	- 9,5 %
Attractivité/désaffection (en % de la cohorte)	- 2,9 %	- 3,7 %

2.

Principaux constats

2.1.

La réduction des cohortes

La réduction des cohortes s'est un peu accrue d'une année à l'autre (cf. tableau détaillé supra page 11). Les arrêts temporaires constituent la part la plus importante des départs : 68 % pour la cohorte 2010 et 60 % pour celle de 2011 (sur les 24 UFR observables⁵).

Cette réduction présente des disparités très fortes entre UFR : ainsi la cohorte de 2011 ne perd aucun interne à Limoges (0 sur 75) alors que celle de Rennes en perd - 17,1 % (- 36/211).

TABLEAU 5

Classement (par ordre croissant) des UFR en fonction du taux de réduction de la cohorte

UFR	Cohorte ECN 2011	Solde en %
Limoges	75	0,0 %
Nice	149	- 2,0 %
Saint-Etienne	89	- 2,2 %
Toulouse	287	- 3,1 %
Montpellier	309	- 3,6 %
Bordeaux	389	- 3,6 %
Nantes	210	- 5,2 %
Angers	157	- 5,7 %
Antilles-Guyane	114	- 6,1 %
Caen	162	- 6,8 %
Reims	156	- 7,1 %
Poitiers	190	- 7,4 %
Clermont	161	- 8,1 %
Dijon	159	- 8,2 %
Tours	167	- 12,6 %
Océan Indien	76	- 13,2 %
Strasbourg	246	- 13,4 %
Besançon	141	- 13,5 %
Lorraine	274	- 13,5 %
Brest	147	- 13,6 %
Marseille	359	- 14,8 %
Amiens	174	- 15,5 %
Lille	501	- 16,0 %
Rennes	211	- 17,1 %
Total général	4 903	- 9,5 %

On pourrait supposer que les résultats exprimés en pourcentage sont plus élevés dans les UFR qui comptent initialement le moins d'internes, mais ce n'est pas le cas : voir Saint-Etienne ou Limoges.

⁵ Voir annexe page 183.

2.2.

Le phénomène d'attractivité/désaffection des spécialités

Les arrêts temporaires sont exclus de l'analyse car ils ne préjugent en rien du caractère attractif ou non d'une spécialité. Les calculs reposent sur l'hypothèse de nécessité selon laquelle les internes en arrêt temporaire ne modifieront pas leur préchoix.

La désaffection des internes pour une spécialité se lit dans la somme :

- des départs définitifs (où une part non négligeable d'étudiants repasse les ECN en raison de leur mauvais classement) ;
- des départs de spécialité, par changement de préchoix ou exercice du droit au remords.

Les arrivées dans une spécialité, suite à un changement de préchoix ou exercice du droit au remords, reflètent quant à elles l'attractivité des spécialités.

2.2.1. Par groupe de spécialités

D'une cohorte à l'autre, des différences significatives apparaissent pour le groupe des spécialités médicales et celui des spécialités chirurgicales, peu pour les spécialités « filiarisées⁶ ». Ainsi, dans la cohorte 2010 les spécialités médicales présentaient la situation la plus défavorable (- 5,8 %), alors que ce sont les spécialités chirurgicales (- 3,7 %) dans la cohorte 2011.

TABLEAU 6

	Spécialités filiarisées		Spécialités médicales		Spécialités chirurgicales	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Cohorte	3 217	3 493	886	956	403	454
Réduction (en % de la cohorte)	- 10,8 %	- 10,6 %	- 3,6 %	- 7,5 %	- 2,2 %	- 5,1 %
Désaffection (en % de la cohorte)	- 5,9 %	- 6,0 %	- 9,3 %	- 11,8 %	- 9,2 %	- 8,6 %
Attractivité (en % de la cohorte)	+ 3,1 %	+ 2,8 %	+ 6,2 %	+ 6,1 %	+ 5,7 %	+ 4,8 %
Situation finale nette (en % de la cohorte)	- 2,8 %	- 3,2 %	- 3,0 %	- 5,8 %	- 3,5 %	- 3,7 %

2.2.2. Par spécialité

Lorsqu'on affine l'analyse par spécialité, on observe des variations importantes d'une spécialité à l'autre et d'une cohorte à l'autre.

Les résultats calculés en pourcentage sont toutefois à prendre avec précaution compte tenu de la taille parfois très réduite de la cohorte dans quelques

⁶ Spécialités « filiarisées » : déjà filiarisées avant 2010, voir tableau des spécialités en annexe de la Partie I du rapport, page 82.

spécialités. De même, il convient d'insister sur le fait que les variations les plus fortes d'une cohorte à l'autre sont souvent le fait de spécialités qui comptent très peu d'internes. Par exemple :

- la chirurgie orale présente une situation finale nette de 0 % et comptait deux internes dans la cohorte initiale 2010 contre - 50 % avec 12 internes dans la cohorte initiale 2011.
- la génétique médicale présente une situation finale nette de - 11 % et comptait 12 internes dans la cohorte initiale 2010 contre - 40 % avec 15 internes dans la cohorte initiale 2011.

TABLEAU 7

Désaffection des spécialités : départ définitifs + départs issus des mouvements interspécialités

Disciplines et spécialités	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Anesthésie-Réanimation	226	- 4,0 %	261	- 3,1 %
Biologie médicale	66	- 18,2 %	63	- 19,0 %
Gynécologie médicale	17	- 11,8 %	21	- 23,8 %
Gynécologie obstétrique	128	- 6,3 %	141	- 8,5 %
Médecine du travail	58	- 37,9 %	52	- 23,1 %
Médecine générale	2 211	- 4,7 %	2 376	- 5,1 %
Pédiatrie	187	- 5,3 %	200	- 3,5 %
Psychiatrie	274	- 5,1 %	331	- 7,6 %
Santé publique et médecine sociale	50	- 16,0 %	48	- 12,5 %
Spécialités filiarisées	3 217	- 5,9 %	3 493	- 6,0 %
Anatomie et cytologie pathologiques	36	- 13,9 %	42	- 31,0 %
Cardiologie et maladies vasculaires	99	- 3,0 %	114	- 1,8 %
Dermatologie et vénéréologie	53	- 5,7 %	57	- 3,5 %
Endocrinologie	42	- 16,7 %	44	- 22,7 %
Gastro-entérologie et hépatologie	65	- 1,5 %	67	- 10,4 %
Génétique médicale	12	- 25,0 %	15	- 46,7 %
Hématologie	28	- 21,4 %	31	- 29,0 %
Médecine interne	63	- 14,3 %	70	- 15,7 %
Médecine nucléaire	28	- 17,9 %	25	- 20,0 %
Médecine physique et réadaptation	51	- 13,7 %	54	- 11,1 %
Néphrologie	51	- 3,9 %	54	- 13,0 %
Neurologie	60	- 10,0 %	63	- 11,1 %
Oncologie	72	- 9,7 %	81	- 13,6 %
Pneumologie	56	- 7,1 %	61	- 3,3 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	120	- 5,0 %	128	- 6,3 %
Rhumatologie	50	- 16,0 %	50	- 12,0 %
Spécialités médicales	886	- 9,3 %	956	- 11,8 %
Chirurgie générale	265	- 7,2 %	294	- 7,8 %
Chirurgie orale/Stomatologie	2	0,0 %	12	- 50,0 %
Neurochirurgie	14	- 21,4 %	19	- 10,5 %
Ophthalmologie	72	- 8,3 %	77	- 5,2 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	50	- 18,0 %	52	- 7,7 %
Spécialités chirurgicales	403	- 9,2 %	454	- 8,6 %
Total général	4 506	- 6,9 %	4 903	- 7,3 %

TABEAU 8

Attractivité des spécialités : arrivées issues des mouvements interspécialités

Disciplines et spécialités	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Anesthésie-Réanimation	226	+ 3,5 %	261	+ 5,0 %
Biologie médicale	66	+ 7,6 %	63	+ 7,9 %
Gynécologie médicale	17	+ 17,6 %	21	+ 9,5 %
Gynécologie obstétrique	128	+ 5,5 %	141	+ 5,7 %
Médecine du travail	58	+ 6,9 %	52	+ 15,4 %
Médecine générale	2 211	+ 2,2 %	2 376	+ 1,4 %
Pédiatrie	187	+ 3,2 %	200	+ 2,5 %
Psychiatrie	274	+ 4,4 %	331	+ 4,2 %
Santé publique et médecine sociale	50	+ 12,0 %	48	+ 16,7 %
Spécialités filiarisées	3 217	+ 3,1 %	3 493	+ 2,8 %
Anatomie et cytologie pathologiques	36	+ 27,8 %	42	+ 14,3 %
Cardiologie et maladies vasculaires	99	+ 2,0 %	114	+ 4,4 %
Dermatologie et vénéréologie	53	+ 1,9 %	57	+ 8,8 %
Endocrinologie	42	+ 2,4 %	44	+ 4,5 %
Gastro-entérologie et hépatologie	65	+ 3,1 %	67	+ 7,5 %
Génétique médicale	12	+ 8,3 %	15	+ 6,7 %
Hématologie	28	+ 17,9 %	31	+ 6,5 %
Médecine interne	63	+ 1,6 %	70	+ 7,1 %
Médecine nucléaire	28	+ 7,1 %	25	+ 16,0 %
Médecine physique et réadaptation	51	0,0 %	54	0,0 %
Néphrologie	51	+ 7,8 %	54	+ 5,6 %
Neurologie	60	+ 5,0 %	63	+ 4,8 %
Oncologie	72	+ 12,5 %	81	+ 9,9 %
Pneumologie	56	+ 8,9 %	61	+ 4,9 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	120	+ 4,2 %	128	+ 3,9 %
Rhumatologie	50	+ 8,0 %	50	+ 2,0 %
Spécialités médicales	886	+ 6,2 %	956	+ 6,1 %
Chirurgie générale	265	+ 3,4 %	294	+ 4,8 %
Chirurgie orale/Stomatologie	2	0,0 %	12	0,0 %
Neurochirurgie	14	+ 28,6 %	19	0,0 %
Ophthalmologie	72	+ 9,7 %	77	+ 7,8 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	50	+ 6,0 %	52	+ 3,8 %
Spécialités chirurgicales	403	+ 5,7 %	454	+ 4,8 %
Total général	4 506	+ 4,0 %	4 903	+ 3,6 %

TABLEAU 9

Balance nette des spécialités au bout de deux ans

Disciplines et spécialités	2010		2011	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Anesthésie-Réanimation	226	- 0,4 %	261	+ 1,9 %
Biologie médicale	66	- 10,6 %	63	- 11,1 %
Gynécologie médicale	17	+ 5,9 %	21	- 14,3 %
Gynécologie obstétrique	128	- 0,8 %	141	- 2,8 %
Médecine du travail	58	- 31,0 %	52	- 7,7 %
Médecine générale	2 211	- 2,5 %	2 376	- 3,7 %
Pédiatrie	187	- 2,1 %	200	- 1,0 %
Psychiatrie	274	- 0,7 %	331	- 3,3 %
Santé publique et médecine sociale	50	- 4,0 %	48	+ 4,2 %
Spécialités filiarisées	3 217	- 2,8 %	3 493	- 3,2 %
Anatomie et cytologie pathologiques	36	+ 13,9 %	42	- 16,7 %
Cardiologie et maladies vasculaires	99	- 1,0 %	114	+ 2,6 %
Dermatologie et vénéréologie	53	- 3,8 %	57	+ 5,3 %
Endocrinologie	42	- 14,3 %	44	- 18,2 %
Gastro-entérologie et hépatologie	65	+ 1,5 %	67	- 3,0 %
Génétique médicale	12	- 16,7 %	15	- 40,0 %
Hématologie	28	- 3,6 %	31	- 22,6 %
Médecine interne	63	- 12,7 %	70	- 8,6 %
Médecine nucléaire	28	- 10,7 %	25	- 4,0 %
Médecine physique et réadaptation	51	- 13,7 %	54	- 11,1 %
Néphrologie	51	+ 3,9 %	54	- 7,4 %
Neurologie	60	- 5,0 %	63	- 6,3 %
Oncologie	72	+ 2,8 %	81	- 3,7 %
Pneumologie	56	+ 1,8 %	61	+ 1,6 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	120	- 0,8 %	128	- 2,3 %
Rhumatologie	50	- 8,0 %	50	- 10,0 %
Spécialités médicales	886	- 3,0 %	956	- 5,8 %
Chirurgie générale	265	- 3,8 %	294	- 3,1 %
Chirurgie orale/Stomatologie	2	0,0 %	12	- 50,0 %
Neurochirurgie	14	+ 7,1 %	19	- 10,5 %
Ophthalmologie	72	+ 1,4 %	77	+ 2,6 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	50	- 12,0 %	52	- 3,8 %
Spécialités chirurgicales	403	- 3,5 %	454	- 3,7 %
Total général	4 506	- 2,9 %	4 903	- 3,7 %

3.

**Quelques spécialités
significatives
(cohorte 2011)**

3.1.

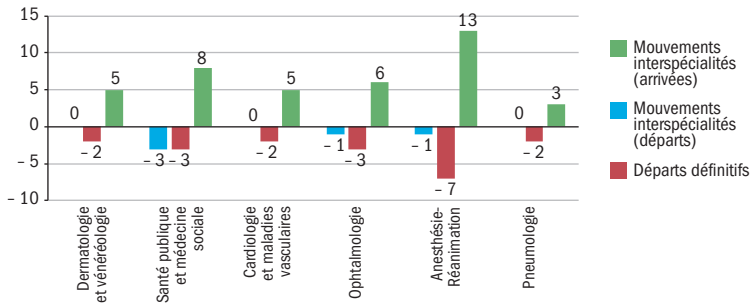
Les spécialités les plus et les moins attractives

Les figures ci-dessous représentent, par spécialité, le nombre d'internes concernés par un départ définitif ou un mouvement interspécialités.

Parmi les 14 spécialités qui gagnent plus que la moyenne, les 6 les plus attractives sont :

FIGURE 1

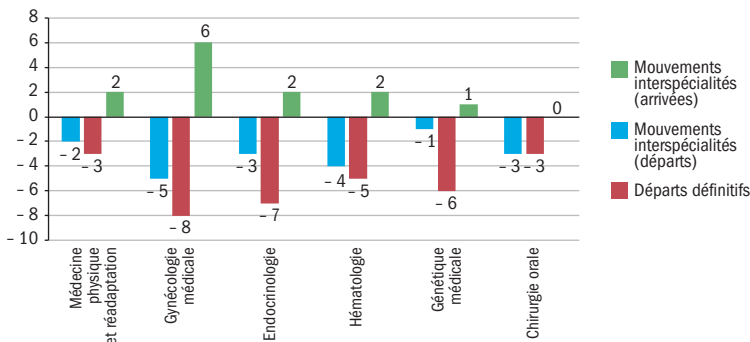
Les 6 spécialités les plus attractives



Parmi les 16 spécialités qui perdent plus que la moyenne, les 6 les plus perdantes sont :

FIGURE 2

Les 6 spécialités les moins attractives



3.2.

Médecine du travail et médecine générale

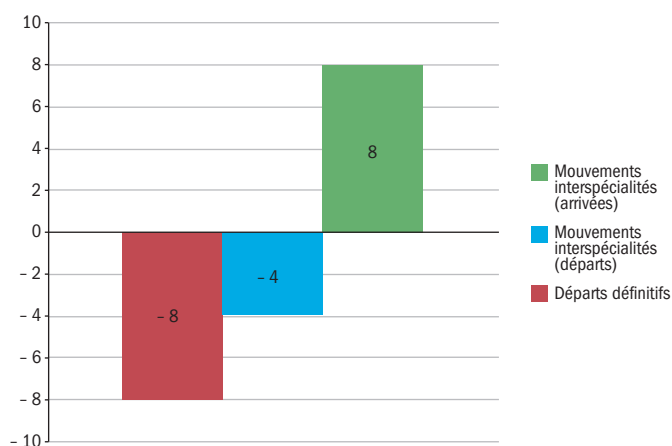
L'analyse porte spécifiquement sur les deux spécialités de médecine du travail et de médecine générale qui n'attirent pas les étudiants au moment des choix d'affectation à l'issue des ECN. Ainsi, en 2011, 68 % seulement des postes ouverts en médecine du travail étaient pourvus (84/124) et 84 % en médecine générale (3 327/3 921), contre une moyenne de 91 % toutes spécialités confondues (6 945/7 626).

Médecine du travail

Parmi les arrivants en médecine du travail, une moitié vient de médecine générale, l'autre moitié de psychiatrie et de biologie médicale. Dans le sens des départs, la médecine générale et la psychiatrie sont les deux seules spécialités vers lesquelles les internes en médecine du travail se dirigent.

FIGURE 3

Médecine du travail



Médecine générale

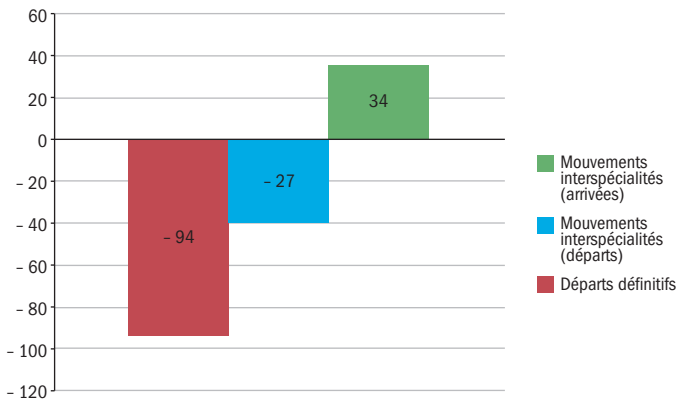
Contrairement à la médecine du travail, la situation nette finale de la médecine générale (MG) se situe à la moyenne toutes spécialités (- 87 postes, soit - 3,7 % de la cohorte). En effet, en termes de mouvements interspécialités (changement de préchoix ou exercice du droit au remords), le solde est positif, les arrivées d'étudiants enregistrées étant supérieures aux départs. Ceci s'explique principalement par les règles qui imposent que l'interne ne puisse

obtenir un nouveau poste que si son classement aux ECN le lui avait permis d'emblée.

Parmi les 34 internes arrivant en médecine générale, 33 % viennent d'une spécialité médicale, 19 % d'une spécialité chirurgicale et 11 % de psychiatrie. Sur les 27 internes quittant la médecine générale, 25 % se dirigent vers une spécialité médicale, 16 % vers la santé publique-médecine sociale et *ex-æquo* à 13 % vers l'anesthésie-réanimation et la médecine du travail.

En revanche, en tenant également compte des départs définitifs (pour redoublement probable de la 5^e année), la situation nette est négative et ce phénomène renforce la désaffection observée dans le faible taux de postes pourvus/postes ouverts.

FIGURE 4
Médecine générale



Ainsi en médecine générale, la réduction de la cohorte est similaire entre 2010 et 2011. A contrario, dans le même temps, la situation nette de la spécialité s'est dégradée. En effet, en 2010, la situation nette en médecine générale était plus favorable que celle de l'ensemble des spécialités (-2,5 % contre -2,9 % toutes spécialités), alors qu'en 2011, elle se situait à la moyenne de -3,7 %.

TABLEAU 10
Médecine générale

	Cohortes	
	2010	2011
Effectifs	2 211	2 376
Réduction (en % de la cohorte)	- 11,4 %	- 11,0 %
Désaffection (en % de la cohorte)	- 4,7 %	- 5,1 %
Attractivité (en % de la cohorte)	+ 2,2 %	+ 1,4 %
Situation finale nette (en % de la cohorte)	- 2,5 %	- 3,7 %

Annexe I

Dispositif de la filiarisation

Depuis 2010, le nombre d'internes à former en médecine par spécialité et par subdivision est déterminé chaque année, pour une période de 5 ans.

La révision annuelle de l'arrêté portant répartition des quotas de diplômes doit permettre d'ajuster cette répartition en fonction du nombre exact d'internes qui entrent en 3^e cycle et, au fur et à mesure, des inscriptions aux différents diplômes dans les régions.

Cette adéquation doit découler du diagnostic réalisé par les Agences régionales de santé (ARS) et fonder sur les besoins médicaux pour l'accès de tous aux soins.

Quelques précisions de langage :

- il s'agit de répartir les flux d'internes pour chacune des spécialités et non plus par discipline ;
- certaines disciplines comportent plusieurs spécialités : disciplines constituées des spécialités médicales ou chirurgicales ; d'autres disciplines sont à la fois discipline et spécialité : médecine générale, psychiatrie ;
- dans le langage courant, on a tendance à parler de « filière », ce qui n'a pas d'assise juridique : la « filière » correspond à la « discipline ».

Mise en œuvre du dispositif dit de filiarisation

1. Le principe

À la suite des épreuves classantes nationales, l'interne choisit une subdivision d'affectation et une discipline d'affectation en fonction de quotas déterminés chaque année par arrêté.

Si l'interne choisit une discipline comportant une seule spécialité, pas de changement par rapport à l'organisation actuelle : lors de la procédure de choix à l'issue des ECN, une discipline est choisie et donne lieu à une inscription définitive au DES au plus tard à la fin du 4^e semestre validé d'internat.

Si l'interne choisit une discipline comportant plusieurs spécialités, il doit, en plus, pré-choisir une des spécialités de la discipline en fonction de quotas déterminés chaque année par arrêté.

Cet interne a alors deux ans pour se déterminer définitivement. À la fin du quatrième semestre, il doit choisir une spécialité en fonction des mêmes quotas que ceux annoncés au moment du préchoix.

2. Des aménagements au principe

Le but :

Permettre aux internes des possibilités de changement et ne pas les « figer » dès les ECN dans la spécialité ou discipline choisie.

Ainsi :

- le mécanisme du droit au remords est maintenu à l'identique ;
- celui du changement de préchoix est introduit.

Le changement de préchoix

Un interne peut choisir, au sein de sa subdivision, de s'inscrire au diplôme d'une spécialité (faisant partie d'une discipline comportant plusieurs spécialités) dont il n'avait pas fait le préchoix au moment de la procédure de choix des ECN.

Cette possibilité n'est offerte qu'une seule fois.

À noter :

Le changement de préchoix porte sur un changement de **spécialité** au sein d'une discipline comportant plusieurs spécialités. Sinon, on parle de droit aux remords (changement de discipline : on sort de la discipline).

Les situations pouvant donner lieu à un changement de préchoix :

- **le rang de classement de l'interne aux ECN** est meilleur que celui du dernier étudiant de sa subdivision ayant pré-choisi cette spécialité. Dans ce cas, il intègre la spécialité en surnombre et n'oblige pas le dernier étudiant à changer de spécialité ;
- ou, il existe **une place vacante** dans une spécialité (dû à un changement suite à changement de préchoix de spécialité ou droit au remords de discipline). S'il existe plusieurs candidats sur un même poste, c'est celui qui a le meilleur rang de classement qui est prioritaire.

Le droit aux remords

Un interne peut toujours, avant son quatrième semestre, changer de **discipline** dans sa subdivision, en faisant valoir son droit au remords dans les mêmes conditions qu'actuellement (le rang initial de classement l'a situé, dans la discipline pour laquelle il souhaite opter, à un rang au moins égal à celui du dernier candidat issu des mêmes ECN et affecté dans cette discipline au niveau de la subdivision).

Annexe II

Détails de la cohorte 2011

TABLEAU 11

Réduction de la cohorte par UFR

24 UFR communes	Cohorte ECN 2011 (postes pourvus)	Inscriptions en DES deux ans plus tard	Solde = cohorte - inscriptions	Solde en % de la cohorte	Départs définitifs	Arrêts temporaires	Fonte = départs définitifs + arrêts temporaires	Fonte en % de la cohorte
	1	2	1 - 2		3	4	3 + 4	
Amiens	174	141	- 33	- 19,0 %	- 14	- 13	- 27	- 15,5 %
Angers	157	144	- 13	- 8,3 %	- 8	- 1	- 9	- 5,7 %
Antilles-Guyane	114	114	0	0,0 %	- 2	- 5	- 7	- 6,1 %
Besançon	141	136	- 5	- 3,5 %	- 6	- 13	- 19	- 13,5 %
Bordeaux	389	359	- 30	- 7,7 %	- 5	- 9	- 14	- 3,6 %
Brest	147	127	- 20	- 13,6 %	- 6	- 14	- 20	- 13,6 %
Caen	162	158	- 4	- 2,5 %	- 4	- 7	- 11	- 6,8 %
Clermont	161	148	- 13	- 8,1 %	- 4	- 9	- 13	- 8,1 %
Dijon	159	154	- 5	- 3,1 %	- 5	- 8	- 13	- 8,2 %
Lille	501	421	- 80	- 16,0 %	- 33	- 47	- 80	- 16,0 %
Limoges	75	74	- 1	- 1,3 %	0	0	0	0,0 %
Lorraine	274	238	- 36	- 13,1 %	- 19	- 18	- 37	- 13,5 %
Marseille	359	306	- 53	- 14,8 %	- 9	- 44	- 53	- 14,8 %
Montpellier	309	308	- 1	- 0,3 %	- 11	0	- 11	- 3,6 %
Nantes	210	208	- 2	- 1,0 %	- 8	- 3	- 11	- 5,2 %
Nice	149	102	- 47	- 31,5 %	- 2	1	- 3	- 2,0 %
Océan Indien	76	67	- 9	- 11,8 %	- 1	- 9	- 10	- 13,2 %
Poitiers	190	170	- 20	- 10,5 %	- 1	- 13	- 14	- 7,4 %
Reims	156	146	- 10	- 6,4 %	- 8	- 3	- 11	- 7,1 %
Rennes	211	175	- 36	17,1 %	- 10	- 26	- 36	- 17,1 %
Saint-Etienne	89	91	+ 2	+ 2,2 %	- 1	- 1	- 2	- 2,2 %
Strasbourg	246	223	- 23	- 9,3 %	- 19	- 14	- 33	- 13,4 %
Toulouse	287	275	- 12	- 4,2 %	- 1	- 8	- 9	- 3,1 %
Tours	167	144	- 23	- 13,8 %	- 5	- 16	- 21	- 12,6 %
Total général	4 903	4 429	- 474	- 9,7 %	- 182	- 282	- 464	- 9,5 %

Lecture : la somme des départs définitifs et des arrêts temporaires est égale à 464 internes, soit 9,5 % de la cohorte initiale.

TABLEAU 12

Départs définitifs et départs de spécialité (droit au remords, changement de préchoix)

Spécialités	Cohorte ECN 2011	Départs définitifs	Départs des mouvements interspécialités	3 + 2	En % de la cohorte
	1	2	3	4	4/1
Anesthésie-Réanimation	261	- 1	- 7	- 8	- 3,1 %
Biologie médicale	63	- 6	- 6	- 12	- 19,0 %
Gynécologie médicale	21	- 2	- 3	- 5	- 23,8 %
Gynécologie obstétrique	141	- 5	- 7	- 12	- 8,5 %
Médecine du travail	52	- 8	- 4	- 12	- 23,1 %
Médecine générale	2 376	- 94	- 27	- 121	- 5,1 %
Pédiatrie	200	- 2	- 5	- 7	- 3,5 %
Psychiatrie	331	- 12	- 13	- 25	- 7,6 %
Santé publique et médecine sociale	48	- 3	- 3	- 6	- 12,5 %
Spécialités filiarisées	3 493	- 133	- 75	- 208	- 6,0 %
Anatomie et cytologie pathologiques	42	- 5	- 8	- 13	- 31,0 %
Cardiologie et maladies vasculaires	114	0	- 2	- 2	- 1,8 %
Dermatologie et vénéréologie	57	0	- 2	- 2	- 3,5 %
Endocrinologie	44	- 3	- 7	- 10	- 22,7 %
Gastro-entérologie et hépatologie	67	- 2	- 5	- 7	- 10,4 %
Génétique médicale	15	- 1	- 6	- 7	- 46,7 %
Hématologie	31	- 4	- 5	- 9	- 29,0 %
Médecine interne	70	- 4	- 7	- 11	- 15,7 %
Médecine nucléaire	25	- 2	- 3	- 5	- 20,0 %
Médecine physique et réadaptation	54	- 3	- 3	- 6	- 11,1 %
Néphrologie	54	- 3	- 4	- 7	- 13,0 %
Neurologie	63	- 3	- 4	- 7	- 11,1 %
Oncologie	81	- 2	- 9	- 11	- 13,6 %
Pneumologie	61	0	- 2	- 2	- 3,3 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	128	- 4	- 4	- 8	- 6,3 %
Rhumatologie	50	- 2	- 4	- 6	- 12,0 %
Spécialités médicales	956	- 38	- 75	- 113	- 11,8 %
Chirurgie générale	294	- 7	- 16	- 23	- 7,8 %
Chirurgie orale/Stomatologie	12	- 3	- 3	- 6	- 50,0 %
Neurochirurgie	19	0	- 2	- 2	- 10,5 %
Ophthalmologie	77	- 1	- 3	- 4	- 5,2 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	52	0	- 4	- 4	- 7,7 %
Spécialités chirurgicales	454	- 11	- 28	- 39	- 8,6 %
Total général	4 903	- 182	- 178	- 360	- 7,3 %

Lecture : au total, les départs définitifs et les mouvements interspécialités de départs représentent 7,3 % de la cohorte d'internes issue des ECN 2011.

TABLEAU 13

Arrivées dans une spécialité

Spécialités	Cohorte ECN 2011	Arrivée des mouvements interspécialités	Arrivée en % de la cohorte
Anesthésie-Réanimation	261	+ 13	+ 5,0 %
Biologie médicale	63	+ 5	+ 7,9 %
Gynécologie médicale	21	+ 2	+ 9,5 %
Gynécologie obstétrique	141	+ 8	+ 5,7 %
Médecine du travail	52	+ 8	+ 15,4 %
Médecine générale	2 376	+ 34	+ 1,4 %
Pédiatrie	200	+ 5	+ 2,5 %
Psychiatrie	331	+ 14	+ 4,2 %
Santé publique et médecine sociale	48	+ 8	+ 16,7 %
Spécialités filiarisées	3 493	+ 97	+ 2,8 %
Anatomie et cytologie pathologiques	42	+ 6	+ 14,3 %
Cardiologie et maladies vasculaires	114	+ 5	+ 4,4 %
Dermatologie et vénéréologie	57	+ 5	+ 8,8 %
Endocrinologie	44	+ 2	+ 4,5 %
Gastro-entérologie et hépatologie	67	+ 5	+ 7,5 %
Génétique médicale	15	+ 1	+ 6,7 %
Hématologie	31	+ 2	+ 6,5 %
Médecine interne	70	+ 5	+ 7,1 %
Médecine nucléaire	25	+ 4	+ 16,0 %
Médecine physique et réadaptation	54	0	0,0 %
Néphrologie	54	+ 3	+ 5,6 %
Neurologie	63	+ 3	+ 4,8 %
Oncologie	81	+ 8	+ 9,9 %
Pneumologie	61	+ 3	+ 4,9 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	128	+ 5	+ 3,9 %
Rhumatologie	50	+ 1	+ 2,0 %
Spécialités médicales	956	+ 58	+ 6,1 %
Chirurgie générale	294	+ 14	+ 4,8 %
Chirurgie orale/Stomatologie	12	0	0,0 %
Neurochirurgie	19	0	0,0 %
Ophthalmologie	77	+ 6	+ 7,8 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	52	+ 2	+ 3,8 %
Spécialités chirurgicales	454	+ 22	+ 4,8 %
Total général	4 903	+ 177	+ 3,6 %

Lecture : la part totale des mouvements interspécialités d'arrivées représente 3,6 % de la cohorte initialement observée.

TABEAU 14
Situation finale des spécialités

Spécialités	Cohorte ECN 2011	Départs définitifs	Solde : mouvements interspé (arrivées - départs)	Somme	Somme en % de la cohorte
	1	2	3	2 + 3	(2 + 3)/1
Anesthésie-Réanimation	261	- 1	+ 6	+ 5	+ 1,9 %
Biologie médicale	63	- 6	- 1	- 7	- 11,1 %
Gynécologie médicale	21	- 2	- 1	- 3	- 14,3 %
Gynécologie obstétrique	141	- 5	+ 1	- 4	- 2,8 %
Médecine du travail	52	- 8	+ 4	- 4	- 7,7 %
Médecine générale	2 376	- 94	+ 7	- 87	- 3,7 %
Pédiatrie	200	- 2	0	- 2	- 1,0 %
Psychiatrie	331	- 12	+ 1	- 11	- 3,3 %
Santé publique et médecine sociale	48	- 3	+ 5	+ 2	+ 4,2 %
Spécialités filiarisées	3 493	- 133	+ 22	- 111	- 3,2 %
Anatomie et cytologie pathologiques	42	- 5	- 2	- 7	- 16,7 %
Cardiologie et maladies vasculaires	114	0	+ 3	+ 3	+ 2,6 %
Dermatologie et vénéréologie	57	0	+ 3	+ 3	+ 5,3 %
Endocrinologie	44	- 3	- 5	- 8	- 18,2 %
Gastro-entérologie et hépatologie	67	- 2	0	- 2	- 3,0 %
Génétique médicale	15	- 1	- 5	- 6	- 40,0 %
Hématologie	31	- 4	- 3	- 7	- 22,6 %
Médecine interne	70	- 4	- 2	- 6	- 8,6 %
Médecine nucléaire	25	- 2	+ 1	- 1	- 4,0 %
Médecine physique et réadaptation	54	- 3	- 3	- 6	- 11,1 %
Néphrologie	54	- 3	- 1	- 4	- 7,4 %
Neurologie	63	- 3	- 1	- 4	- 6,3 %
Oncologie	81	- 2	- 1	- 3	- 3,7 %
Pneumologie	61	0	+ 1	+ 1	+ 1,6 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	128	- 4	+ 1	- 3	- 2,3 %
Rhumatologie	50	- 2	- 3	- 5	- 10,0 %
Spécialités médicales	956	- 38	- 17	- 55	- 5,8 %
Chirurgie générale	294	- 7	- 2	- 9	- 3,1 %
Chirurgie orale/Stomatologie	12	- 3	- 3	- 6	- 50,0 %
Neurochirurgie	19	0	- 2	- 2	- 10,5 %
Ophthalmologie	77	- 1	+ 3	+ 2	+ 2,6 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	52	0	- 2	- 2	- 3,8 %
Spécialités chirurgicales	454	- 11	- 6	- 17	- 3,7 %
Total général	4 903	- 182	- 1	- 183	

Lecture : la spécialité d'anesthésie-réanimation compte un départ définitif et un solde positif, des mouvements interspécialités, de 6 internes. Sa situation finale est donc de 5 internes supplémentaires, soit 1,9 % des postes initialement pourvus dans cette spécialité.



ANNEXES GENERALES

1.

Sigles et acronymes utilisés

ADELI	Automatisation des listes des professions de santé
AHU	Assistants hospitalo-universitaires
ALD	Affection de longue durée
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CAS	contrat d'accès aux soins
CCA	Chef de clinique assistant
CCU	Chef de clinique des universités
CESP	contrat d'engagement de service public
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CMG	Collège de la médecine générale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOCD	Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CNOSF	Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
CNS	Conférence nationale de santé
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
DCEM1	Première année du Deuxième cycle des études médicales
DCEM2	Deuxième année du Deuxième cycle des études médicales
DCEM3	Troisième année du Deuxième cycle des études médicales
DCEM4	Quatrième année du Deuxième cycle des études médicales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DFASM	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
DFGSM	Diplôme de formation générale en sciences médicales
DGESIP	Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Départements d'Outre mer
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire
ECN	Epreuves classantes nationales
EEE	Espace économique européen

EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ETP	Equivalent temps plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMG	Interne de médecine générale
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPR	DES d'innovation pharmaceutique et recherche
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISNAR-IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
ISNI	Inter syndicat national des internes
LABM	Laboratoires de biologie médicale
LMD	Licence-Master-Doctorat
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MCA	Maître de conférences associé
MCU	Maître de conférences des universités
MCU-PH	Maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers
MG	Médecine générale
MSA	Mutualité sociale agricole
NC	Numerus clausus
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PA	Professeur associé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACES	Première année commune des études de santé
PCEM1	Première année du Premier cycle des études médicales
PCEM2	Deuxième année du Premier cycle des études médicales
PDS	Permanence des soins
PHARE	logiciel base de données de gestion de pharmacie d'officine
PH	Praticien hospitalier
PHU	Praticien hospitalier universitaire
PMI	Protection maternelle infantile
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PTMG	contrat de praticien territorial de médecine générale
PU	Praticiens universitaires
PU	Professeur des universités

PU-PH	Praticiens universitaires-praticiens hospitaliers
PUI	Pharmacies à usage intérieur
RPDS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SF	Sages-femmes
SISE	Système d'information sur le suivi de l'étudiant
SNIR	Système national inter-régimes
SNIIRAM	Système national inter-régimes d'Assurance maladie
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SNEMG	Syndicat national des enseignants de médecine générale
TCEM1	Première année du Troisième cycle des études médicales
TCEM2	Deuxième année du Troisième cycle des études médicales
TCEM3	Troisième année du Troisième cycle des études médicales
TCEM4	Quatrième année du Troisième cycle des études médicales
TCEM5	Cinquième année du Troisième cycle des études médicales
T2A	Tarif à l'activité
UE	Union européenne
UFR	Unité de formation et de recherche
UNAF	Union nationale des affaires familiales
ZEAT	Zones d'études et d'aménagement du territoire
ZEP	Zone d'éducation prioritaire

2.

Liste des figures du rapport

Partie I

La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants – Le numerus clausus des trois professions médicales et des pharmaciens

FIGURE 1	Répartition des 4 professions de santé au 1 ^{er} janvier 2014 (total = 355 390).....	12
FIGURE 2	Organisation des études et régulation des quatre professions	18
FIGURE 3	Part d'internes/NC correspondant en odontologie et pharmacie.....	19
FIGURE 4	Nombre d'étudiants en 1 ^{re} année, rentrées 2008 à 2010.....	21
FIGURE 5	Pourcentage de candidats qui ont passé de 1 à 4 concours Décomposition des 72 677 inscriptions par filière.....	21
FIGURE 6	Evolution du numerus clausus.....	23
FIGURE 7	Evolution comparée des NC et des effectifs en PCEM2.....	25
FIGURE 8	Pourcentage d'étudiants non français par année d'études en 2004 et 2013.....	26
FIGURE 9	Evolution en valeur du NC des quatre professions depuis l'origine..... Evolution en indice du NC des quatre professions depuis l'origine.....	30 30
FIGURE 10	Evolution en indice du NC des quatre professions depuis 2004	31
FIGURE 11	Croissance du NC total, des effectifs d'étudiants et des internes en base 100 = rentrée 2003 constatés jusqu'en 2012.....	32
FIGURE 12	Evolution en indice du NC des quatre professions depuis 1999	33
FIGURE 13	Evolution ou indice des densités de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants et de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.....	35
FIGURE 14	Densité de médecins pour 1 000 habitants..... Densité de chirurgiens-dentistes pour 1 000 habitants..... Densité de pharmaciens pour 1 000 habitants.....	36 36 36
FIGURE 15	Part des diplômés étrangers dans l'effectif total en exercice	39
	Part des diplômés étrangers dans les primo-inscrits	39
	Part de français dans l'effectif en exercice à diplômes étrangers	39
	Part de français dans les primo-inscrits à diplômes étrangers	39
FIGURE 16	Part de salariés dans chaque profession au 1/1/2014.....	39
FIGURE 17	Part de professionnels exerçant en établissement de santé dans chaque profession au 1/1/2014	39
FIGURE 18	Rapprochement jusqu'à 2014	41
FIGURE 19	Mise en perspective sur la durée des projections des 4 professions	44
FIGURE 20	Médecins ayant un diplôme étranger en diplôme principal selon l'année d'inscription à l'Ordre RPPS 2014.....	50
FIGURE 21	Pourcentage des médecins exerçant dans la région où ils ont eu leur diplôme....	56
FIGURE 22	Pourcentage d'étudiants qui changent de régions à l'entrée de l'internat.....	56
FIGURE 23	Evolution en indice du NC des quatre professions cumulées depuis 2004	65
FIGURE 24	NC en valeur des quatre professions cumulées.....	66
FIGURE 25	NC des quatre professions cumulées pour 100 000 habitants	70
FIGURE 26	NC de médecine pour 100 000 habitants	70
FIGURE 27	Densité des quatre professions cumulées/100 000 habitants.....	71
FIGURE 28	Nombre de bacheliers pour 100 000 habitants	74
FIGURE 29	NC des quatre professions cumulées/bacheliers série générale	74

Partie II

La situation démographique des chirurgiens-dentistes

FIGURE 1	Effectifs et densité de chirurgiens-dentistes depuis 1971	103
FIGURE 2	Progression comparée des effectifs des 4 professions de santé (base 1,00 en 1999)	104
FIGURE 3	Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013	105
FIGURE 4	Part des chirurgiens-dentistes femmes par tranche d'âge	105
FIGURE 5	Evolution du numerus clausus des études en odontologie depuis 1971	110
FIGURE 6	Progression en niveau du numerus clausus des professions de santé depuis 1999	110
FIGURE 7	Comparaison des scénarios projetés et du constaté en effectifs	112
FIGURE 8	Comparaison des scénarios projetés et du constaté en densité	112
FIGURE 9	Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1 ^{er} janvier 2013	119
FIGURE 10	Evolution de la densité régionale pour 100 000 habitants – 1999-2006-2013	120
FIGURE 11	Situation des régions selon la part de chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans et de plus de 55 ans	121
FIGURE 12	Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des moins de 35 ans (axe vertical)	122
FIGURE 13	Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de la part des plus de 55 ans (axe vertical)	122
FIGURE 14	Répartition des places en odontologie par région pour le concours de la Paces 2012/2013	123
FIGURE 15	Position des régions selon leur densité de chirurgiens-dentistes en 2013 (axe vertical) et l'indicateur de sur- ou sous-dotation (poids du NC de la région dans le NC national/poids de la population de la région dans la population française) (axe horizontal)	124
FIGURE 16	Région de formation par rapport à la région d'exercice en fonction de l'âge	125
FIGURE 17	Proportion de jeunes praticiens exerçant dans la région où ils ont été formés	126
FIGURE 18	Situation des régions en fonction de leur densité de praticiens formés à l'étranger et de praticiens formés en France	130
FIGURE 19	NC par région de formation et NC DOM – 2000-2013	135
FIGURE 20	Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d'activité conventionnelle	140
FIGURES 21 ET 22	Nombre d'actes remboursés par an et par habitant	141
FIGURE 23	Nombre total d'actes présentés au remboursement par catégorie	142
FIGURE 24	Nombre total d'actes présentés au remboursement par classe d'âge	143
FIGURE 25	Nombre moyen d'actes présentés au remboursement par personne et classe d'âge	143
FIGURE 26	Actes en SC par personne	144
FIGURE 27	Actes en SPR et TO par personne	144

Partie III

Bilan de la filiarisation – Les mouvements qui ont affecté les deux premières cohortes concernées (2010 et 2011)

FIGURE 1	Les 6 spécialités les plus attractives.....	173
FIGURE 2	Les 6 spécialités les moins attractives.....	173
FIGURE 3	Médecine du travail	174
FIGURE 4	Médecine générale.....	175

3.

**Décret n° 2010-804
du 13 juillet 2010 relatif
aux missions de l'ONDPS**

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Décète :

Article 1

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national de la démographie des professions de santé chargé de rassembler et de diffuser les données relatives à la démographie des professionnels de santé et à l'accès aux soins.

À ce titre :

1° Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationale relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins ;

2° Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision ;

3° Il définit le cadrage et apporte l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés et contribue à leur analyse ;

4° Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional ;

5° Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins.

Article 2

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé élabore un rapport annuel qui rend compte des travaux effectués au titre de ses missions. Ce rapport est transmis chaque année au ministre chargé de la santé.

Il assure la diffusion régulière de ces travaux, notamment auprès des professionnels et de leurs représentants.

Article 3

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, un conseil d'orientation et des comités régionaux.

Le président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est assisté par des chargés de mission.

Le secrétariat de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est assuré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques mentionnée à l'article 1^{er} du décret du 21 juillet 2000 susvisé.

Article 4

Le conseil d'orientation comprend :

- 1° Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- 2° Le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- 3° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 4° Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- 5° Le directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- 6° Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou son représentant ;
- 7° Douze personnalités qualifiées nommées pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le conseil d'orientation définit chaque année un programme de travail qui détermine les thèmes et la composition des groupes de travail qu'il décide de constituer.

Les ordres professionnels et les autres organisations représentant les professionnels de santé sont associés à ces groupes de travail. Le conseil peut également associer à ses travaux des personnalités extérieures qu'il choisit en fonction de leur compétence et de leur fonction.

Article 5

Chaque comité régional est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et comprend :

- 1° Les doyens des facultés de médecine de la région ou leurs représentants ;
- 2° Le président du conseil régional de l'Ordre de chaque profession de santé qui en est dotée, ou son représentant ;
- 3° Un représentant régional de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, un représentant régional de la Fédération hospitalière de France et un représentant régional de la Fédération de l'hospitalisation privée ;
- 4° Le président du conseil régional ou son représentant ;
- 5° Un représentant des médecins en formation et un représentant des autres professionnels de santé en formation, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- 6° Le président de chaque union régionale des professionnels de santé ou son représentant ;
- 7° Un représentant des associations de patients agréées, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Des chercheurs ou des experts appartenant aux institutions d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social, ou dont la compétence est reconnue dans le domaine des études en santé, de l'économie de la santé ou de la démographie peuvent être associés aux travaux, en fonction des sujets examinés.

Article 6

Le comité régional :

- recueille, harmonise ou analyse les données statistiques conformément au cadre méthodologique mentionné au 3° de l'article 1^{er} ;
- fait réaliser les études et travaux permettant les diagnostics démographiques propres à la région ;
- fait chaque année des propositions d'effectifs de professionnels de santé à former dans les cinq prochaines années, par profession et par spécialité, par région et, le cas échéant, par subdivision ;
- présente chaque année la situation régionale de l'offre et de l'accès aux soins à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne un coordonnateur des travaux.

Article 7

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment celles qui imposent une obligation de secret, les administrations de l'Etat et les établissements publics placés sous sa tutelle sont tenus de communiquer à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé les éléments nécessaires à la poursuite de ses travaux.

Sous la même réserve, l'observatoire peut solliciter ces éléments des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Article 8

Le comité régional siège et délibère valablement sans les représentants des unions régionales des professionnels de santé jusqu'à leur création.

Article 9

Le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé est abrogé.

Article 10

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 juillet 2010.

Par le Premier ministre :

François Fillon

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Dans ce rapport, l'ONDPS présente trois études dont l'objet commun est d'apporter un éclairage concret à la question, souvent évoquée de façon théorique et politique, de la régulation démographique des professionnels de santé en France : sont en effet abordés successivement le numerus clausus de quatre professions de santé, la situation démographique des chirurgiens-dentistes, enfin le bilan de la filiarisation des épreuves classantes nationales.

S'agissant du numerus clausus, sa mise en œuvre est analysée depuis sa création pour les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Ce panorama comparatif et historique, outre qu'il pointe d'importantes différences entre les professions dont les caractéristiques et les problèmes structurels sont trop souvent assimilés, permet de dresser plusieurs constats.

Certains objectivent des critiques fréquemment émises, telles que l'absence de perspectives claires en matière d'organisation de l'offre de soins (en définissant qui doit faire quoi) et la gestion en dents de scie et à très court terme d'un instrument puissant mais dont les effets sont différés.

D'autres constats mettent en évidence des phénomènes plus récents : d'une part, les divergences importantes, au moins pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, entre les projections d'effectifs réalisées ces dernières années et la situation observée ; d'autre part, et cela explique en partie le constat précédent, l'influence sur la démographie du nombre croissant de professionnels de santé titulaires d'un diplôme étranger qui exercent dans notre pays.

Ce sont ces constats qui conduisent aujourd'hui à s'interroger sur l'intérêt de maintenir le numerus clausus et militent, en tout cas, en faveur d'un travail approfondi sur la nécessaire adaptation de cet outil de régulation.

ONDPS

Ministère des Affaires sociales, de la Santé
et des Droits des Femmes
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr