

études

Les flux
d'internes
de médecine
Suivi de la filiarisation
2013 - 2018

2021 - numéro 2



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



Les flux d'internes de médecine Suivi de la filiarisation 2013 - 2018

2021 - numéro 2



Auteurs:

Agnès Bocognano

en collaboration avec Rodolphe Charrier

Directeur de publication: Pr Emmanuel Touzé

Secrétaire générale, responsable de la coordination éditoriale: Agnès Bocognano

Chargée de mission statistique: Mathilde Pichot-Utrera

Chargée d'études documentaires: Valérie Evans

Remerciements à Valérie Evans et Emmanuel Touzé pour la relecture

Création graphique et maquettage: NDBD

Diffusion: ONDPS

Éditeur: DICOM

Dépôt légal: 2021

ISBN: 978-2-11-162745-1 • **ISSN électronique:** en cours



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé



Adresse postale: 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél.: 01 40 56 89 36 – Courriel: drees-ondps@sante.gouv.fr

Les reproductions de textes ou tableaux sont autorisées à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).



Table des matières

Synthèse	4
Introduction	5
1 Méthodologie et limites	6
2 Principe de filiarisation	7
3 Procédure de droit au remords	8
4 Flux sortants : la réduction d'effectifs des cohortes	11
Les départs définitifs sont estimés entre 2 % et 4 % des cohortes d'internes	11
Les départs définitifs se concentrent essentiellement sur cinq spécialités.....	11
• Avant la réforme, les départs définitifs sont très concentrés sur cinq spécialités	11
• Après réforme, les départs définitifs semblent toujours concentrés sur les mêmes spécialités	13
5 Flux interspécialités : exercice du droit au remords	15
Flux nationaux: le taux de droits au remords est estimé entre 3% et 5%	15
• L'exercice du droit au remords semble avoir augmenté après la réforme ..	15
• L'exercice du droit au remords est variable selon les spécialités	16
Flux par spécialité: les gains se concentrent sur quelques spécialités.....	18
• Avant réforme, les gains se concentrent sur 9 spécialités et les pertes sur 21 ...	18
• Après réforme, l'impact du droit au remords est plus important	20
Suivi des flux inter-spécialités: certaines réorientations dominent	23
Annexe : Arrêté du 12 avril 2017 (extrait)	25

Synthèse

Depuis la réforme des études de médecine de 2009 et le principe de la filiarisation qui revient à choisir une spécialité précise au début de l'internat, les postes à ouvrir pour les internes de médecine dans les différents diplômes d'études spécialisées (DES) sont arrêtés par subdivision, en fonction des besoins des territoires et de leur capacité de formation, sur propositions de l'ONDPS.

La répartition des postes d'internes a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Cependant la distribution initiale des postes se trouve modifiée par différentes situations: les départs définitifs qui réduisent les effectifs d'une cohorte d'internes (poursuite de l'internat à l'étranger, choix de repasser les épreuves classantes nationales, état de santé,...) ou l'exercice du droit au remords qui modifie le choix du DES et en conséquence les équilibres entre spécialités. Or la fréquence de ces situations est mal connue, les bases administratives n'intégrant pas automatiquement le suivi des internes. Cette étude présente les résultats des enquêtes de l'ONDPS dans l'objectif de mieux connaître ces situations et de mesurer l'ampleur de leur impact sur la régulation.

Au travers d'enquêtes annuelles, l'ONDPS a mis en place un suivi quantitatif de la filiarisation dès 2013, afin d'estimer l'ampleur des changements qui interviennent entre le choix initial à la sortie des épreuves classantes nationales (ECN) et l'inscription définitive des internes deux ans plus tard. Cette étude est basée sur l'exploitation de ces enquêtes menées auprès des correspondants en agences régionales de santé (ARS) de l'ONDPS et des Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine complétées en 2021 par une enquête lancée en partenariat avec l'AUFEMO¹.

La fonte des filières s'observe d'une part au travers des arrêts définitifs. Difficiles parfois à distinguer des arrêts temporaires, les arrêts définitifs doivent être pris en compte parce qu'ils réduisent les cohortes d'environ 2 % mais aussi parce qu'ils n'impactent pas les spécialités de manière uniforme. Même si une part de ces arrêts est aléatoire (les arrêts pour raisons de santé par exemple), leur nombre est particulièrement significatif dans cinq spécialités. Ainsi, il semble que la psychiatrie et la médecine générale aient perdu autour de 2 % de leur cohorte en 2018, la médecine du travail et la santé publique autour de 10 % et la biologie médicale au-delà de 10 %.

La fonte des filières s'observe d'autre part au travers des mouvements inter-spécialités. Depuis la mise en place de la réforme de 2017, il y aurait 5 % d'internes faisant valoir leur droit au remords, soit un taux plus important qu'avant réforme (3 %), sans qu'on puisse trancher sur le caractère transitoire ou durable de cette augmentation, le système instauré par la réforme rendant le choix initial de la spécialisation plus fondamental.

Avant comme après la réforme de 2017, les gains et les pertes d'internes se concentrent sur 30 % des spécialités. Sur les cohortes 2017-2018, la médecine générale perd 0,3 % de son effectif, soit 20 internes; la biologie médicale perd 3 % de son effectif, soit 6 internes; les autres spécialités médicales gagnent 0,8 % de leur effectif, soit 67 internes; les spécialités chirurgicales perdent 2,4 % de leur effectif, soit 41 internes.

Le bilan de la filiarisation sera poursuivi afin d'éclairer l'analyse des besoins annuels en nombre de postes à ouvrir par spécialités et leur répartition sur le territoire ainsi que les travaux d'évaluation de la réforme du 3^e cycle des études médicales.

2. Rapport ONDPS 2015, Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^e cycle des études médicales, Ministère chargé de la santé, octobre 2015.

Introduction

La formation est un puissant levier de régulation de la démographie médicale. Depuis la réforme des études de médecine de 2009 et le principe de la filiarisation qui revient à choisir une spécialité précise au début de l'internat, les postes à ouvrir pour les internes de médecine dans les différents diplômes d'études spécialisées (DES) sont arrêtés par subdivision, en fonction des besoins des territoires et de leur capacité de formation, sur propositions de l'ONDPS. L'une des missions de l'ONDPS est ainsi d'organiser la concertation avec les comités régionaux qui lui sont rattachés et les représentants nationaux des professionnels de santé en activité et en formation, pour formuler des propositions aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur le nombre et la répartition des postes d'internes à former par spécialité et par territoire.

La répartition des postes d'internes a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Cependant la distribution initiale des postes se trouve modifiée par différentes situations: les départs définitifs qui réduisent les effectifs d'une cohorte d'internes (poursuite de l'internat à l'étranger, choix de repasser les épreuves classantes nationales, état de santé...) ou l'exercice du droit au remords qui permet à un interne de changer de spécialité en début d'internat, conduisant à modifier les équilibres entre spécialités. Or, la fréquence de ces situations est mal connue, les bases administratives n'intégrant pas automatiquement le suivi des internes. Cette étude présente les résultats des enquêtes annuelles de l'ONDPS dans l'objectif de mieux connaître ces situations et de mesurer l'ampleur de leur impact sur la régulation.

Au travers d'enquêtes annuelles auprès des correspondants en agences régionales de santé (ARS) et des Unités de formation et de recherches (UFR) de médecine, complétées en 2021 par une enquête lancée avec l'AUFEMO, l'ONDPS a cherché à connaître les départs définitifs ou temporaires et les mouvements inter spécialités. Cette étude éclaire l'attractivité des différentes spécialités et permet de mieux anticiper le comportement des internes faisant valoir leur droit au remords.

Les résultats des trois premières cohortes concernées par la filiarisation (2010, 2011, 2012) ont été présentés dans le rapport de l'Observatoire de 2015³, montrant que les situations d'arrêt définitif de l'internat touchaient environ 4 % des internes et qu'à peu près autant avaient fait usage de leur droit au remords. La présente étude constitue une mise à jour de ces résultats. Elle permet de comparer les cohortes d'avant et après la réforme du 3^e cycle des études médicales intervenue en 2017 qui a profondément restructuré l'accès à la qualification de spécialiste en médecine et organisé 44 spécialités par filière.

Issue d'enquêtes déclaratives, l'étude présente des limites mais donne cependant une vue exhaustive de l'exercice du droit au remords pour les cohortes de 2017 et 2018. L'analyse de ces situations permet désormais à l'ONDPS de tenir compte de leur impact lors de la fixation et la répartition des postes d'internes pour les épreuves classantes nationales (ECN) à venir.

Le bilan de la filiarisation sera poursuivi afin d'éclairer l'analyse des besoins annuels en nombre de postes à ouvrir par spécialités et leur répartition sur le territoire ainsi que les travaux d'évaluation de la réforme du 3^e cycle des études médicales. Il serait intéressant de disposer à l'avenir d'information sur le parcours de formation des internes. Le recueil des arrêts définitifs demande à être amélioré pour affiner les travaux sur la démographie médicale.

1

3. « Les interviewés [étudiants en médecine] l'ont bien exprimé par l'importance du travail d'introspection et des souhaits de vie future. Le choix n'est donc pas seulement une procédure rationnelle entre des options, il s'agit d'un engagement existentiel. Il y a donc au fond de tout choix, si rationnel ou déterminé soit-il, des données qui dépassent toute objectivité. Cela pourrait expliquer la difficulté de modélisation du choix. »
Camille Marchand,
« *Quelles sont les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale ?* »,
Thèse de doctorat de médecine, Université François Rabelais, faculté de médecine de Tours, 2015.

Méthodologie et limites

Les enquêtes annuelles de l'ONDPS appelées « Recueil Médecine » sont menées auprès des correspondants régionaux (ARS). Leur objectif est de recueillir depuis 2013 des données de bilan des cohortes en cours de formation (effectifs d'internes, départs d'internes, exercice du droit au remords, terrains de stages...) et des données d'expression argumentée de besoin permettant d'éclairer les décisions d'attribution de postes d'internes à ouvrir par DES.

Ce sont les données de flux sortants (départs de la cohorte) et de flux interspécialités (exercice du droit au remords) qui ont été exploitées.

Les données se limitent à un renseignement quantitatif de mouvements sortants ou de flux inter-spécialités. Les observations sont anonymes. Elles ne donnent pas d'informations sur le sexe, l'âge, la nationalité des internes, leur lieu ni leur parcours de formation, limitant en conséquence le potentiel explicatif de l'étude.

L'étude s'appuie sur six années d'enquête, de 2016 à 2021. Pour chaque année, on utilise les données de la cohorte ayant terminé sa deuxième année d'internat l'année précédente. Ainsi les données d'enquête 2021 informent sur la cohorte qui a passé les ECN de 2018 et a fini sa deuxième année d'internat en 2020. L'étude porte donc sur les six cohortes d'internes de 2013 à 2018.

L'étude porte sur deux périodes afin de distinguer l'avant et l'après réforme du 3^e cycle des études médicales mise en place en novembre 2017, qui a profondément restructuré l'accès à la qualification de spécialiste en médecine.

Les données concernant les cohortes avant 2017 sont issues des enquêtes annuelles de l'ONDPS. Les données concernant les cohortes 2010 à 2012 sont issues de la publication de l'ONDPS de 2015.

Les données concernant les cohortes de 2017 et 2018 sont également issues des enquêtes annuelles de l'ONDPS. L'enquête réalisée en 2020, portant sur la cohorte 2017, a été menée malgré le contexte de crise sanitaire. Les résultats ont été très incomplets. Or une notion telle que le droit au remords est difficile à modéliser non seulement parce que les d'observations statistiques manquent mais aussi du fait de la nature profonde et individuelle des motivations³ des internes. En conséquence, l'enquête de l'ONDPS a été complétée par une enquête *ad hoc* sur l'exercice du droit au remords, réalisée en 2021 sur les cohortes 2017 et 2018, en partenariat avec l'AUFEMO. Pour ces deux cohortes, les résultats sont exhaustifs sur l'exercice du droit au remords, mais restent très partiels sur les flux sortants qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête complémentaire.

2

4. Le Tableau 2 liste les 30 spécialités en page 12.

5. Les changements de subdivisions sont exceptionnels.

Principe de filiarisation

La réforme dite de la filiarisation a été introduite par la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Le dispositif vise à ouvrir un nombre de postes d'internes de médecine par spécialité et par subdivision. 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. En 2009, le choix d'affectation s'effectuait parmi 11 disciplines: anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique et médecine sociale, spécialités chirurgicales et spécialités médicales. À partir de 2010, le choix s'effectuait parmi 30 spécialités⁴.

La réforme mise en place en 2017 refonde profondément le 3^e cycle des études médicales et filiarise l'ensemble des spécialités. Le diplôme d'études spécialisées (DES) constitue désormais le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité. Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) disparaissent. Les DESC de type 1 (non qualifiants) sont remplacés par des formations spécialisées transversales (FST), les DESC de type 2 (qualifiants) sont remplacés par des DES à part entière: gériatrie, médecine d'urgence, filiarisation des DES chirurgicaux...

Ainsi, il existe dorénavant 44 DES qui sont organisés par filière. Avec la réforme de 2017, sept nouveaux DES de spécialités médicales sont apparus: médecine d'urgence, gériatrie, médecine légale et expertises médicales, allergologie, médecine intensive-réanimation, maladies infectieuses et tropicales, médecine vasculaire. Certains DES ont été renommés (médecine interne et immunologie clinique...), d'autres ont été fusionnées avec d'ancien DESC (endocrinologie, diabète et maladies métaboliques...).

Huit spécialités chirurgicales ont été également créées en conséquence de la suppression du DES de chirurgie générale, désormais filiarisé. Aux DES de gynécologie-obstétrique, chirurgie orale, ORL et chirurgie cervico-faciale, ophtalmologie et neurochirurgie déjà filiarisés avant la réforme, sont venus s'ajouter ceux de chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, urologie.

L'interne de médecine a deux ans pour se déterminer définitivement: 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). Les procédures dites de « changement de préchoix » (avant 2017) ou de « droit au remords » lui sont accessibles selon des règles strictes.

Deux types de flux affectent les cohortes issues des ECN jusqu'à l'inscription définitive des internes deux ans plus tard:

- les flux sortants qui réduisent la cohorte: il s'agit des départs définitifs volontaires ou non (redoublement pour repasser les ECN, arrêt des études de médecine en France pour des étudiants européens ayant suivi leur deuxième cycle à l'étranger, maladie...) et des arrêts temporaires qui retardent l'inscription définitive dans la mesure où les quatre premiers semestres n'ont pas pu être validés (arrêt maladie, maternité...).
- les flux inter-spécialités, conséquence du droit au remords, qui affectent uniquement la répartition des postes entre spécialités⁵. Les décisions de réorientation d'un interne affectent également cette répartition mais ne sont pas connues car non recensées.

3

6. Cette phase, où l’interne devient « docteur junior », dure 1 an pour les spécialités médicales, 2 ans pour les spécialités chirurgicales.

7. L’arrêté précise: durant le dernier semestre de la phase socle (phase 1) pour les étudiants inscrits en biologie médicale, et au plus tard durant le deuxième semestre de la phase d’approfondissement (phase 2) pour les autres étudiants.

Procédure de droit au remords

La procédure du droit au remords est redéfinie par l’article 7 de l’arrêté du 12 avril 2017 modifié (Voir Annexe), portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Depuis la réforme du 3^e cycle de 2017, l’internat est structuré en trois phases: une première dite phase socle, d’une durée de 1 an (hors la biologie médicale: 2 ans), une phase intermédiaire d’approfondissement de 2 ou 3 ans au terme de laquelle l’interne soutient sa thèse, puis une phase de mise en responsabilité dite phase de consolidation (sauf pour la médecine générale) plus ou moins longue selon les spécialités⁶.

Au cours des 4 premiers semestres de stages validés, les internes ont le droit de changer de spécialité par l’exercice d’un droit au remords⁷. Ce changement se fait au sein de sa subdivision sous certaines conditions. Au terme des deux premières années d’internat, l’interne est inscrit définitivement dans une spécialité. Avant la réforme du 3^e cycle de 2017, au droit au remords (changement de discipline au sein de la subdivision dans laquelle l’interne est affecté) s’ajoutait la procédure de changement de préchoix (changement de spécialité au sein de la discipline et de la subdivision dans laquelle l’interne est affecté). Dans l’étude, les deux procédures sont traitées de manière indifférenciée.

Un droit au remords ne peut être exercé qu’à une seule reprise et ne peut pas aboutir à une prise de poste dans une autre subdivision (sauf en cas de motif impérieux). Il peut occasionner l’invalidation de certains stages, donc un retard dans la formation. Le retard maximum dans la formation est de 4 semestres. Cependant ces semestres de retard ne changent pas la cohorte d’appartenance de l’interne, il sera toujours comptabilisé parmi les internes qui ont pris un poste aux ECN de la même année.

La procédure impose qu’un interne ne puisse intégrer une autre spécialité uniquement s’il est classé en rang utile dans celle-ci: son classement aux ECN doit être au moins égal à celui du dernier interne ayant pris un poste dans la spécialité la même année. Les principes qui régulent le droit au remords induisent une certaine rigidité pour les moins bien classés aux ECN, même si la modulation intervenue dans certains cas va dans le sens d’un certain assouplissement.

Une présentation réalisée par la DGOS synthétise le fonctionnement de l’attribution de postes dans le cadre de l’exercice du droit au remords depuis 2017 (Tableau 1).

Le principe général est que l’interne qui souhaite un nouveau poste et qui est classé en rang utile peut candidater. Dans ce cas, il y a création d’un nouveau poste le cas échéant dans la spécialité souhaitée; son poste est libéré dans la spécialité d’origine.

Depuis 2020 (arrêté du 2 septembre 2020), le dispositif de droit au remords a été élargi. Un interne qui souhaite un nouveau poste et qui n’est pas classé en rang utile ne peut pas candidater sauf si:

- le poste demandé est un poste non pourvu à l’issue des ECN dans sa subdivision et dans sa cohorte. Dans ce cas, son poste antérieur serait libéré.
- le poste demandé est un poste libéré (vacance ultérieure aux ECN) dans sa subdivision et dans sa cohorte et le directeur général de l’ARS, avec le directeur de l’UFR et les coordonnateurs locaux concernés décident d’ouvrir le poste. Dans ce cas, son poste antérieur serait libéré.

Dans tous les cas, la demande de changement de spécialité doit recueillir l'accord du directeur général de l'ARS, du directeur de l'UFR et des coordonnateurs locaux concernés. Une concertation sur ces mobilités est indispensable, sur le plan de la formation, la spécialité d'accueil doit disposer des capacités de formation suffisantes pour un nouvel interne.

Les flux inter-spécialités se traduisent *in fine* par des départs et des arrivées à somme nulle au niveau de l'UFR comme au niveau national. Mais si le nombre de postes ne varie pas, leur répartition par spécialité est sensiblement impactée.

TABLEAU 1 Présentation du fonctionnement du droit au remords

	Dispositions	Conditions d'accès	Modalités de candidature	Avis/accords	Moyen d'appréciation	Décision/information
Droit au remords en rang utile	Art. R. 632-11 code de l'éducation Art. 7 II et V de l'arrêté du 12 avril 2017	<u>Conditions cumulatives:</u> - L'étudiant doit avoir été classé à un rang au moins égal à celui du dernier candidat admis dans la spécialité - Mêmes ECN - Même subdivision - Avant la fin du 4 ^e semestre d'internat	L'étudiant adresse un courrier au directeur de l'UFR dans les deux premiers mois du semestre de formation	Le directeur de l'UFR recueille: - l'accord du DG ARS (avis conforme obligatoire) - l'avis (avis simple mais obligatoire, qui ne lie pas la décision) du coordonnateur local	Capacité de formation et équilibre démographique Sous réserve de l'accord du DG ARS (et non un simple avis)	Le directeur de l'UFR prend la décision individuelle, après avis du coordonnateur local et accord (avis conforme) du DG ARS. Le directeur de l'UFR informe de sa décision: - L'étudiant - Le DG ARS - Le coordonnateur de spécialité à venir
Droit au remords en rang non utile si poste vacant à l'issue des mêmes ECN	Art. R. 632-11 code de l'éducation Art. 7 III et V de l'arrêté du 12 avril 2017	<u>Conditions cumulatives:</u> - Poste souhaité non pourvu à l'issue des ECN - Mêmes ECN - Au sein de la même subdivision - Avant la fin du 4 ^e semestre d'internat	L'étudiant adresse un courrier au directeur de l'UFR dans les 2 premiers mois du semestre de formation	Le directeur de l'UFR recueille: - l'accord du DG ARS (avis conforme obligatoire) - l'avis (avis simple mais obligatoire, qui ne lie pas la décision) du coordonnateur local	Capacité de formation et équilibre démographique Sous réserve de l'accord du DG ARS (et non un simple avis)	Le directeur de l'UFR prend la décision individuelle, après avis du coordonnateur local et accord (avis conforme) du DG ARS. Le directeur de l'UFR informe de sa décision: - L'étudiant - Le DG ARS - Le coordonnateur de spécialité à venir
Droit au remords : poste vacant du fait d'une place libérée au cours du 3e cycle que l'étudiant soit ou non en rang utile	Art. R. 632-11 code de l'éducation Art. 7 IV de l'arrêté du 12 avril 2017	<u>Conditions cumulatives:</u> - Un poste est libéré - Il est ouvert par l'ARS, en accord avec l'UFR et les coordonnateurs de DES concernés (décision discrétionnaire uniquement si la situation démographique le justifie) - Mêmes ECN - Rang utile ou rang non utile - Même subdivision - Avant la fin du 4 ^e semestre d'internat	Ouverture du poste et publicité par tout moyen auprès des étudiants Les étudiants de la subdivision déposent leur candidature auprès du DG ARS	<u>Pour l'ouverture du poste</u> , le DG ARS recueille: - l'accord du directeur de l'UFR - l'accord du coordonnateur local de spécialité	<u>Ouverture du poste:</u> - Si atteinte à l'équilibre démographique - Sous réserve des accords UFR et coordonnateur de spécialité Affectation: - En fonction du rang de classement ECN des étudiants candidats	Le DG de l'ARS prend la décision individuelle et affecte l'étudiant le mieux classé aux ECN Le DG de l'ARS informe: - L'étudiant - Le directeur de l'UFR - Le coordonnateur de spécialité
Principe: Non autorisé mais assouplissement désormais possible						
Principe: Non autorisé mais assouplissement désormais possible						
Changement de subdivision	Art. R. 632-11 code de l'éducation Art. 7 VIII de l'arrêté du 12 avril 2017	<u>Conditions cumulatives:</u> - Un motif impérieux: santé, harcèlement ou tout autre motif impérieux et dûment justifié par l'étudiant - Sans limite de semestre d'internat - Le changement de spécialité n'est pas un motif impérieux	L'étudiant adresse sa demande auprès du DG ARS	Le DG ARS recueille, le cas échéant (non obligatoires) les avis: - du coordonnateur de spécialité de la subdivision d'accueil - du directeur de l'UFR d'accueil - du DG de l'ARS d'accueil si elle est différente de celle d'origine - du comité médical	Situation personnelle de l'étudiant	Le DG de l'ARS prend la décision individuelle.

Source: DGOS 2021.

4

8. C'est le cas de l'Île-de-France notamment.

Flux sortants: la réduction d'effectifs des cohortes

La réduction d'effectifs des cohortes d'internes est difficile à quantifier.

Dans les enquêtes annuelles, les flux sortants sont relevés à partir de la déclaration des arrêts provisoires, c'est-à-dire des arrêts temporaires (année-recherche, arrêt maladie, congés maternité, surnombres non validants, stages invalidés, disponibilités, ...) et arrêts définitifs (sortie de la cohorte liée au choix de repasser les ECN, arrêt de la formation en France pour les étudiants ayant suivi un deuxième cycle européen ou pour des étudiants frontaliers par exemple, maladie, décès...). Or, la connaissance précise de la situation d'un étudiant n'est pas toujours aisée. Il est parfois difficile de trancher sur la durée de l'arrêt, par exemple dans le cas du constat de l'absence d'un étudiant européen dont l'UFR serait sans nouvelle.

Les résultats concernant les flux sortants demandent donc à être considérés avec une double précaution. La première tient au caractère partiel des résultats obtenus, le nombre de subdivisions ayant renseigné ces flux varie selon les années. La seconde tient à la difficulté à distinguer les départs définitifs et les départs temporaires.

Les départs définitifs sont estimés entre 2 % et 4 % des cohortes d'internes

Au vu des résultats d'enquête, les flux de départs provisoires semblent osciller autour de 5 % à 6 %, si on s'en tient aux deux cohortes pour lesquelles le taux de réponses est le plus important (2012 et 2018).

Les flux de départs définitifs varient davantage, sans doute en partie du fait de la difficulté à qualifier les situations de certains internes. Il y aurait eu 3,8 % de départs définitifs pour la cohorte de 2012, 2,4 % pour celles de 2015-2016. Le taux estimé de 2018 semble faible (1,7 %), en partie sous-estimé par la difficulté qu'ont eue certaines subdivisions à distinguer les départs définitifs des départs temporaires⁸.

Les départs définitifs se concentrent essentiellement sur cinq spécialités

Avant la réforme, les départs définitifs sont très concentrés sur cinq spécialités

Avant réforme, seules les données des cohortes 2015-2016 sont exploitables: les données sur les arrêts d'activité sont observables pour 84 % de la cohorte, soit 13 580 internes.

Plus de 80 % des départs définitifs d'internes se concentrent sur cinq spécialités qui ne représentent que 55 % des postes pourvus: médecine générale, psychiatrie, santé publique et médecine sociale, médecine du travail et biologie médicale (Tableau 2). Ces cinq spécialités sont surreprésentées dans les départs définitifs (Figure 1). La médecine générale, qui représente 45 % des postes pourvus, concentre 62 % des départs définitifs.

La fonte de la cohorte est sensible pour ces spécialités qui perdent un nombre conséquent d'internes:

- 201 internes en médecine générale (3,3 %);
- 25 internes en psychiatrie (2,8 %);
- 14 internes en santé publique et médecine sociale (11,3 %);
- 14 internes en médecine du travail (9,5 %);
- 17 internes en biologie médicale (8,9 %).

Ces spécialités présentent deux caractéristiques:

- leur classement moyen est plus élevé que le classement moyen national qui est de 3 951. Pour la cohorte 2016 les internes ayant pris un poste en médecine générale ont un rang moyen de classement de 5 399, 4 542 en psychiatrie, 5 840 en santé publique, 6 315 en biologie médicale, 6 709 en médecine du travail. Ces résultats se vérifient également pour la cohorte 2015 ;
- le taux d'étudiants européens est particulièrement élevé: les cinq spécialités concentrent 97 % des étudiants européens pour les cohortes étudiées.

L'enquête ne permet pas de disposer d'informations sur le profil des internes qui font l'objet d'un arrêt définitif (âge, sexe, parcours de formation).

TABLEAU 2 Arrêts définitifs observables des cohortes ECN 2015-2016

Spécialités avant réforme	Postes pourvus	Part des postes pourvus	Nombre d'arrêts définitifs	Part des arrêts définitifs	Taux d'arrêts définitifs	Taux d'internes européens	Part des internes européens
Médecine générale	6 157	45 %	201	62 %	3,3 %	4,8 %	70 %
Psychiatrie	888	7 %	25	8 %	2,8 %	7,1 %	15 %
Biologie médicale	191	1 %	17	5 %	8,9 %	11,5 %	5 %
Médecine du travail	147	1 %	14	4 %	9,5 %	13,6 %	5 %
Santé publique et médecine sociale	124	1 %	14	4 %	11,3 %	8,1 %	2 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	465	3 %	7	2 %	1,5 %	0,0 %	0 %
Pédiatrie	572	4 %	5	2 %	0,9 %	0,2 %	0 %
Anatomie et cytologie pathologiques	114	1 %	4	1 %	3,5 %	0,0 %	0 %
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	139	1 %	4	1 %	2,9 %	0,0 %	0 %
Gastro-entérologie et hépatologie	228	2 %	4	1 %	1,8 %	0,0 %	0 %
Rhumatologie	152	1 %	4	1 %	2,6 %	0,0 %	0 %
Chirurgie générale	693	5 %	4	1 %	0,6 %	0,1 %	0 %
Gynécologie-obstétrique	389	3 %	3	1 %	0,8 %	0,0 %	0 %
Médecine interne	236	2 %	3	1 %	1,3 %	0,0 %	0 %
Anesthésie-réanimation	796	6 %	2	1 %	0,3 %	0,4 %	1 %
Hématologie	80	1 %	2	1 %	2,5 %	0,0 %	0 %
Pneumologie	210	2 %	2	1 %	1,0 %	0,0 %	0 %
Gynécologie médicale	119	1 %	1	0 %	0,8 %	0,0 %	0 %
Cardiologie et maladies vasculaires	379	3 %	1	0 %	0,3 %	0,0 %	0 %
Génétique médicale	36	0 %	1	0 %	2,8 %	5,6 %	0 %
Médecine nucléaire	60	0 %	1	0 %	1,7 %	0,0 %	0 %
Médecine physique et réadaptation	176	1 %	1	0 %	0,6 %	1,7 %	1 %
Néphrologie	150	1 %	1	0 %	0,7 %	0,0 %	0 %
Neurologie	214	2 %	1	0 %	0,5 %	0,0 %	0 %
Oncologie	224	2 %	1	0 %	0,4 %	0,0 %	0 %
Chirurgie orale	24	0 %	1	0 %	4,2 %	0,0 %	0 %
Dermatologie et vénéréologie	171	1 %	0	0 %	0,0 %	0,0 %	0 %
Neurochirurgie	32	0 %	0	0 %	0,0 %	0,0 %	0 %
Ophtalmologie	264	2 %	0	0 %	0,0 %	0,0 %	0 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	150	1 %	0	0 %	0,0 %	0,7 %	0 %
Total cohortes 2015-2016	13 580	100 %	324	100 %	2,4 %	3,1 %	100 %

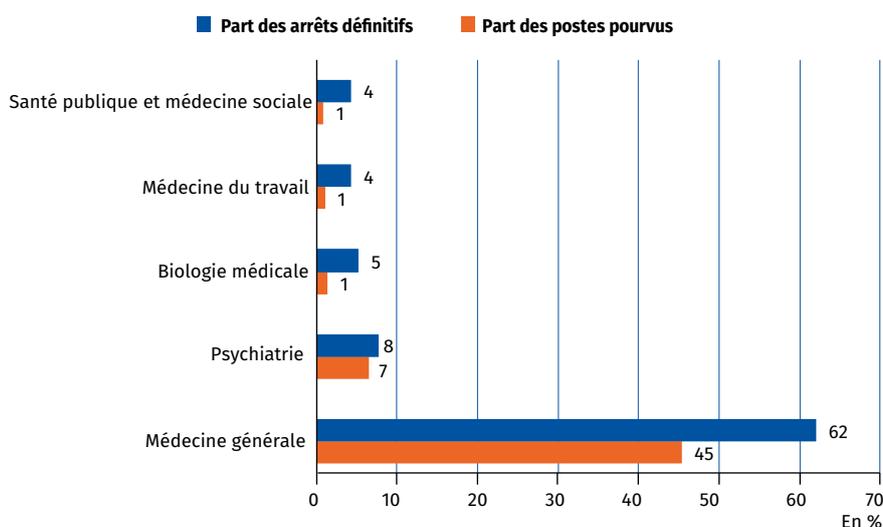
Source: Enquête ONDPS « Recueil Médecine 2018-2019 ».

9. Les données pour la cohorte 2017 ont été recueillies au printemps 2020, période marquée par la gestion de la crise sanitaire par les ARS. La qualité du recueil en a été affectée et les données sont trop peu représentatives (52 % des effectifs).

10. Au total, 6 subdivisions n'ont pas renseigné les arrêts définitifs : Poitiers, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Antilles-Guyane, Océan Indien et Île-de-France. Le champ exploitable représente 72 % de la cohorte 2018.

11. Les données de la cohorte 2018 sont fragilisées par l'Île-de-France qui a fait le choix de qualifier tous les arrêts de provisoires.

FIGURE 1 Part des spécialités dans les arrêts définitifs et dans les cohortes 2015-2016



Source : Enquête ONDPS « Recueil Médecine 2018-2019 » et données du CNG pour les postes pourvus.
Lecture : Les internes de médecine générale représentaient 62 % des arrêts définitifs et 45 % des internes des cohortes de 2015 à 2016.

Après réforme, les départs définitifs semblent toujours concentrés sur les mêmes spécialités

Après la réforme de 2017, seules les données de la cohorte 2018 sont exploitables⁹. Les arrêts temporaires d'activité sont observables pour l'intégralité de la cohorte, soit 8264 internes. Les arrêts définitifs sont observés sur un champ partiel ($n=5960$ soit 72 % de la cohorte) puisque six subdivisions n'ont pas renseigné l'information¹⁰. Le recueil surestime sans doute la réalité des arrêts temporaires et sous-estime celle des arrêts définitifs¹¹.

Les spécialités qui concentrent le plus d'arrêts définitifs sont les cinq mêmes qu'avant réforme, auxquelles s'ajoutent la médecine d'urgence et la gériatrie (Tableau 3) et elles accueillent une part importante des internes de deuxième cycle européen : les sept spécialités représentent 56 % de la cohorte, concentrent 91 % des arrêts définitifs, 75 % des arrêts temporaires et 96 % des étudiants européens. Les arrêts temporaires, par nature moins concentrés, se répartissent davantage selon les spécialités.

TABLEAU 3 Arrêts d'activité observables de la cohorte ECN 2018

Spécialités	Postes pourvus	Nombre d'arrêts temporaires	Taux d'arrêts temporaires	Nombre d'arrêts définitifs	Taux d'arrêts définitifs (champ: 72 %)
Médecine générale	3254	225	7 %	46	2 %
Biologie médicale	92	7	8 %	12	19 %
Médecine d'urgence	450	45	10 %	11	3 %
Psychiatrie	512	60	12 %	9	2 %
Médecine et santé au travail	82	8	10 %	7	11 %
Santé publique	69	17	25 %	5	10 %
Gériatrie	164	21	13 %	4	4 %
Pneumologie	121	9	7 %	2	2 %
Chirurgie orale	12	2	17 %	1	10 %
Anatomie et cytologie pathologiques	60	7	12 %	1	2 %
Chirurgie viscérale et digestive	80	2	3 %	1	2 %
ORL - chirurgie cervico-faciale	81	1	1 %	1	2 %
Médecine interne et immunologie clinique	123	2	2 %	1	1 %
Gynécologie-obstétrique	205	2	1 %	1	1 %
Anesthésie-réanimation	470	6	1 %	1	0 %
Chirurgie maxillo-faciale	27	1	4 %	0	0 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	122	1	1 %	0	0 %
Chirurgie pédiatrique	22	2	9 %	0	0 %
Chir. plastique, reconstructrice et esthétique	29	0	0 %	0	0 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	25	3	12 %	0	0 %
Chirurgie vasculaire	28	1	4 %	0	0 %
Neurochirurgie	25	0	0 %	0	0 %
Ophtalmologie	155	1	1 %	0	0 %
Urologie	62	2	3 %	0	0 %
Allergologie	28	4	14 %	0	0 %
Dermatologie et vénéréologie	95	3	3 %	0	0 %
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	84	5	6 %	0	0 %
Génétique médicale	20	6	30 %	0	0 %
Gynécologie médicale	82	3	4 %	0	0 %
Hématologie	44	0	0 %	0	0 %
Hépatogastro-entérologie	128	1	1 %	0	0 %
Maladies infectieuses et tropicales	51	2	4 %	0	0 %
Médecine cardiovasculaire	183	2	1 %	0	0 %
Médecine intensive-réanimation	72	4	6 %	0	0 %
Médecine légale et expertises médicales	27	1	4 %	0	0 %
Médecine nucléaire	33	2	6 %	0	0 %
Médecine physique et de réadaptation	99	10	10 %	0	0 %
Médecine vasculaire	46	3	7 %	0	0 %
Néphrologie	80	5	6 %	0	0 %
Neurologie	127	7	6 %	0	0 %
Oncologie	120	3	3 %	0	0 %
Pédiatrie	333	19	6 %	0	0 %
Radiologie et imagerie médicale	256	3	1 %	0	0 %
Rhumatologie	86	2	2 %	0	0 %
Total	8264	510	6,2 %	103	1,7 %

Sources: Enquête ONDPS « Recueil Médecine 2021 » et les données CNG sur les postes pourvus.

5

12. Le droit au remords concernait : 4 % des internes de la cohorte 2010, 3,6 % de celle de 2011 et 3,7 % de celle de 2012. Les résultats étaient basés sur des parts de cohorte observable d'environ 70 %.

Flux interspécialités : exercice du droit au remords

Flux nationaux : le taux de droits au remords est estimé entre 3 % et 5 %

L'exercice du droit au remords semble avoir augmenté après la réforme

Dans son suivi de la filiarisation sur 2010-2013, l'ONDPS estimait qu'un peu moins de 4 % des internes exerçaient leur droit au remords¹².

L'actualisation du suivi permet de compléter l'analyse du droit au remords avant et après réforme.

Les données afférentes aux 4 cohortes de 2013 à 2016 sont partielles. Elles permettent d'observer 70 % des effectifs (les cohortes sont cumulées), soit 22 278 internes. Parmi eux, 3,3 % avaient exercé un droit au remords, soit 731 internes (Tableau 4).

Les données afférentes aux 2 cohortes 2017 et 2018 sont complètes. Elles permettent d'observer 100 % des effectifs (les cohortes sont cumulées), soit 16 242 internes. Parmi eux, 5,1 % ont exercé un droit au remords, soit 824 internes (410 pour la cohorte 2017 et 414 pour la cohorte 2018).

TABLEAU 4 Effectifs observables des cohortes et droit au remords, cohortes 2013-2018

	Avant réforme					Après réforme		
	2013	2014	2015	2016	Ensemble	2017	2018	Ensemble
Nombre de subdivisions observables	18	22	24	21	-	28	28	-
Effectif initial des internes observable	4 537	5 953	6 879	4 909	22 278	7 978	8 264	16 242
Part de la cohorte observable	60 %	76 %	81 %	64 %	70 %	100 %	100 %	100 %
Taux de droit au remords	3,4 %	3,2 %	3,4 %	3,1 %	3,3 %	5,1 %	5,0 %	5,1 %
Écart Type	0,9 %	1,6 %	1,3 %	1,5 %	1,4 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %
Taux le plus haut observé	5,0 %	7,4 %	5,8 %	7,5 %	-	11,7 %	8,0 %	-
Taux le plus bas observé	1,6 %	0,6 %	1,0 %	0,6 %	-	0,9 %	2,3 %	-

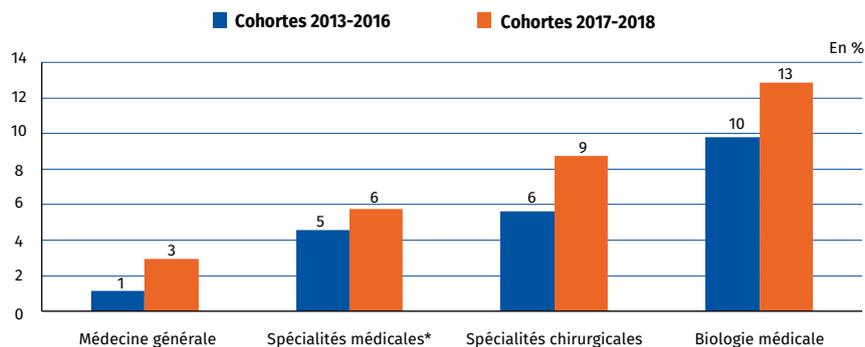
Sources : Enquêtes ONDPS « Recueil Médecine 2016-2021 » et enquête ONDPS - AUFEMO 2021.

Champ : Ensemble des subdivisions observables pour les cohortes de 2013 à 2018.

Lecture : Pour la cohorte 2013, 3,4 % des 4 537 internes observables dans 18 subdivisions ont exercé un droit au remords; le taux le plus bas observé dans une subdivision est de 1,6 %.

L'analyse sur la période montre que l'exercice du droit au remords, plutôt stable avant 2017, a augmenté ensuite dans l'ensemble des disciplines (Figure 2).

Cette augmentation peut être transitoire et due au passage d'un système à un autre (les DES sont plus nombreux, pas encore parfaitement connus par les étudiants, ce qui peut les amener à remettre en cause leur choix initial). Elle sera peut-être durable si elle résulte du système instauré par la réforme, la plus grande spécialisation des DES rendant le choix initial plus fondamental.

FIGURE 2 Évolution du taux de droit au remords par spécialité


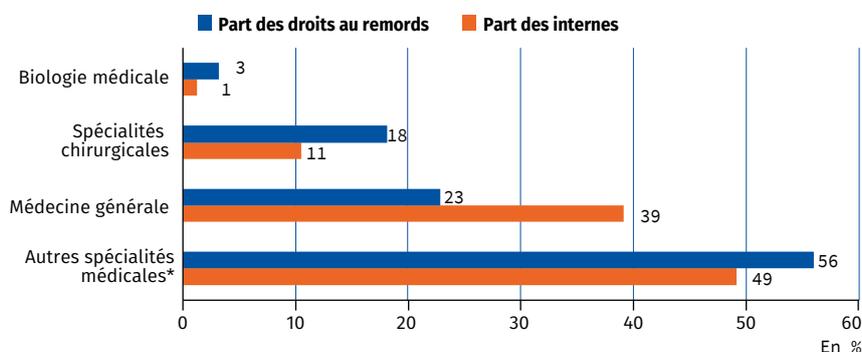
*hors médecine générale

Sources: Enquêtes ONDPS « Recueil Médecine » et ONDPS-AUFEMO 2021 - Traitement ONDPS.

Lecture: 3 % des internes de médecine générale ont exercé un droit au remords sur les cohortes 2017-18 et 1 % sur les cohortes 2013-16.

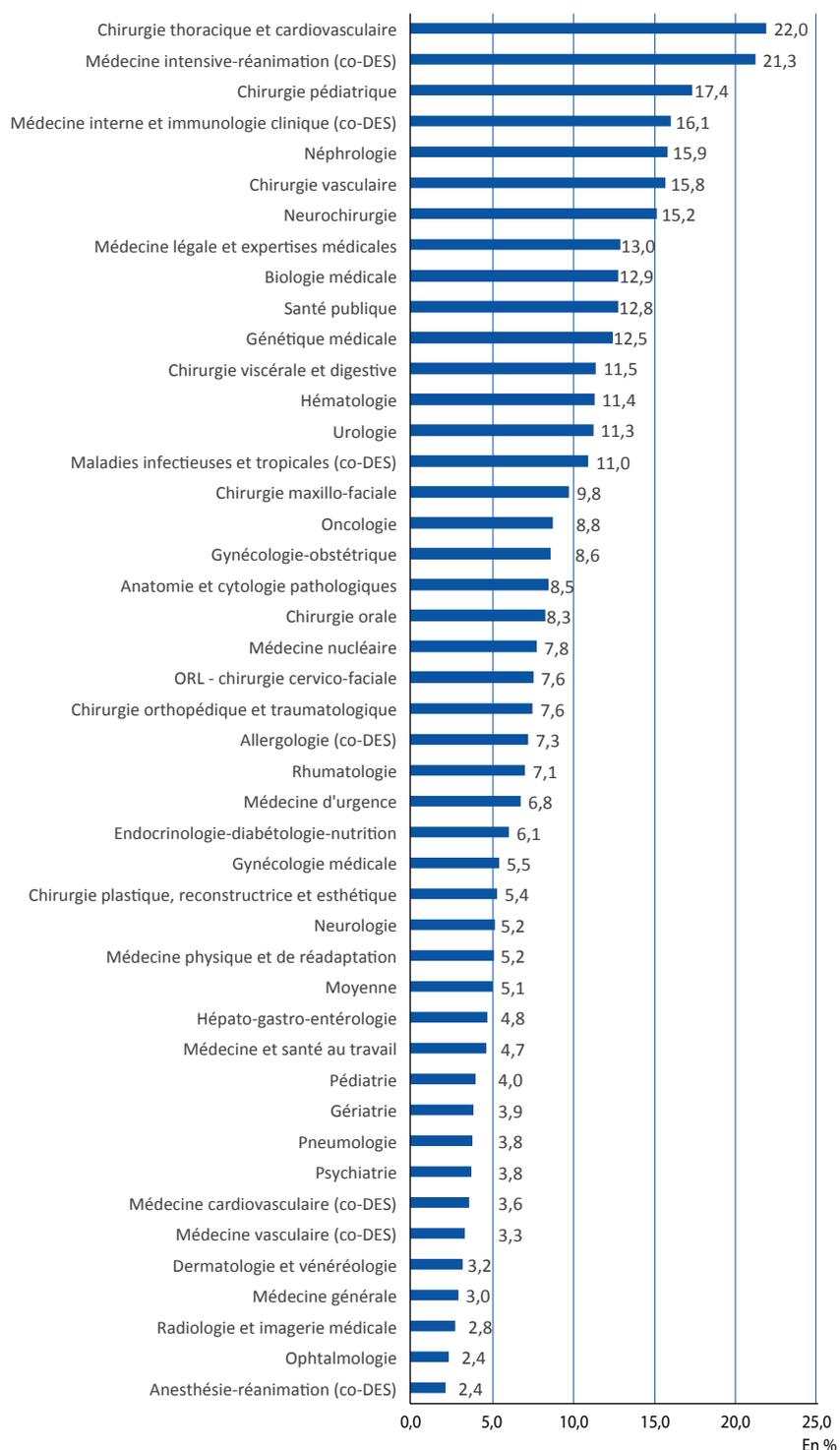
L'exercice du droit au remords est variable selon les spécialités

Sur les cohortes 2017 et 2018, les spécialités sont représentées de manière variable dans les droits au remords. La médecine générale représente 23 % des droits au remords alors qu'elle représente 39 % des cohortes (Figure 3). La règle de classement en rang utile, qui contraint les possibilités d'exercer le droit au remords pour les internes de médecine générale, peut expliquer en partie cette situation. À l'inverse, la biologie médicale, qui connaît pourtant des contraintes proches de celles de la médecine générale en terme de classement moyen a un poids triplé dans les droits au remords. Les spécialités chirurgicales sont également surreprésentées.

FIGURE 3 Part des spécialités dans les droits au remords et dans les cohortes 2017 et 2018


Source: Enquête ONDPS - AUFEMO 2021 – Traitement ONDPS.

Lecture: Les internes de biologie médicale représentaient 3 % des droits au remords et 1 % des internes des cohortes 2017 et 2018.

FIGURE 4 Taux de droit au remords par spécialité des cohortes 2017-2018


Source: Enquête ONDPS - AUFEMO 2021 – Traitement ONDPS.

Lecture: 22 % des internes de chirurgie thoracique et cardiovasculaire des cohortes 2017-18 ont exercé un droit au remords.

13. Soit environ 70 % des effectifs.

Le taux de droit au remords varie fortement selon les spécialités (Figure 4), mais une partie de la variation s'explique par les effectifs des spécialités. Globalement, plus les effectifs sont faibles, plus le taux de droit au remords semble élevé (c'est notamment le cas pour une partie des spécialités chirurgicales dont les effectifs sont inférieurs à 50). L'analyse du taux de droit au remords par spécialité présente donc des limites.

Cependant, quelques spécialités (dont les effectifs sont supérieurs à 100) semblent présenter un taux particulièrement élevé de droit au remords, notamment la médecine intensive-réanimation, la néphrologie et la médecine interne et immunologie clinique (plus de trois fois le taux moyen). La santé publique et la biologie médicale présentent également un taux élevé de droit au remords, malgré une contrainte forte liée à leur classement. Cette situation interroge sur l'attractivité de ces spécialités. Il serait intéressant à l'avenir de connaître le parcours de formation des internes afin par exemple de pouvoir distinguer parmi les internes de biologie médicale ceux issus de la filière médecine et de la filière pharmacie.

Flux par spécialité: les gains se concentrent sur quelques spécialités

Les spécialités sont impactées de manière très différente par les mobilités.

Avant réforme, les gains se concentrent sur 9 spécialités et les pertes sur 21

Sur les effectifs observables¹³ des cohortes 2013-2016:

- la médecine générale gagne 0,4 % de ses effectifs, soit 38 internes;
- la biologie médicale perd 2 % des effectifs, soit 7 internes;
- les autres spécialités médicales gagnent 0,2 % des effectifs, soit 17 internes;
- les spécialités chirurgicales perdent 1,8 % des effectifs, soit 48 internes.

Les gains de postes, c'est-à-dire les droits au remords entrants nets positifs pour les effectifs cumulés des quatre cohortes 2013-2016 se concentrent sur 9 spécialités (Tableau 5).

L'impact pour les spécialités varie selon leur poids dans la cohorte. La médecine générale est la spécialité qui gagne le plus de postes (38), l'impact est faible mais positif (+ 0,4 %). À l'inverse, la chirurgie orale ne gagne que 3 postes mais l'impact pour la spécialité est de près de 9 %.

L'impact est sensible pour les autres spécialités qui gagnent des postes:

- santé publique et médecine sociale: 13 entrants nets (+6,1 % pour la spécialité);
- anatomie et cytologie pathologiques: 11 internes (+ 5,6 %);
- médecine du travail: 16 internes (+ 5 %);
- radiodiagnostic et imagerie médicale: 28 internes (+ 3,9 %);
- cardiologie et maladies vasculaires: 13 internes (+ 2,2 %);
- psychiatrie: 27 internes (+1,5 %);
- anesthésie-réanimation: 21 internes (+1,3 %).

Pour ces spécialités le droit au remords engendre une dynamique propre: l'accueil d'étudiants qui se réorientent fait plus que compenser les droits au remords sortants. Ce qui aboutit à un « excédent » de médecins formés, par rapport à ce qui avait été envisagé par les postes ouverts aux ECN dans les DES attractifs (sans inadéquation). Le risque d'un tel « excédent » n'existe pas pour les spécialités avec une certaine inadéquation (santé publique, médecine du travail, psychiatrie).

Les pertes de postes (droits au remords entrants nets négatifs) se répartissent sur 21 spécialités.

Pour des spécialités à faible effectif, la perte de quelques postes a un impact important. La génétique médicale par exemple perd 9 postes soit 15 % de la spécialité. À l'inverse, la pédiatrie perd 8 postes, soit moins de 1 %. L'impact est particulièrement sensible pour quelques spécialités qui perdent des postes :

- endocrinologie, diabète et maladies métaboliques: -15 sortants nets (-6,8 % pour la spécialité);
- gynécologie-obstétrique: -34 internes (-5,5 %);
- médecine interne: -18 internes (-4,7 %);
- ORL et chirurgie cervico-faciale: -11 internes (-4,4 %);
- médecine physique et de réadaptation: -10 internes (-3,5 %).

TABEAU 5 Variation du nombre d'internes par spécialité suite à l'exercice de droits au remords pour les cohortes avant réforme (ECN 2013-2016)

Spécialités avant réforme de 2017	Postes pourvus (cumul cohortes 2013-2016)	Droits au remords nets dans la spécialité (nb d'internes)	Pourcentage de variation du nombre d'internes après droit au remords
Médecine générale	9 770	38	0,4 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	721	28	3,9 %
Psychiatrie	1	27	1,9 %
Anesthésie-réanimation	1	21	1,3 %
Médecine du travail	318	16	5,0 %
Santé publique et médecine sociale	213	13	6,1 %
Cardiologie et maladies vasculaires	589	13	2,2 %
Chirurgie orale	35	3	8,6 %
Anatomie et cytologie pathologiques	196	11	5,6 %
Ophtalmologie	436	0	0,0 %
Hématologie	127	-1	-0,8 %
Médecine nucléaire	103	-1	-1,0 %
Dermatologie et vénéréologie	280	-2	-0,7 %
Gynécologie médicale	167	-3	-1,8 %
Chirurgie générale	1 227	-3	-0,2 %
Neurochirurgie	60	-3	-5,0 %
Néphrologie	249	-5	-2,0 %
Biologie médicale	347	-7	-2,0 %
Rhumatologie	252	-7	-2,8 %
Pédiatrie	902	-8	-0,9 %
Gastro-entérologie et hépatologie	367	-8	-2,2 %
Oncologie	373	-8	-2,1 %
Pneumologie	339	-8	-2,4 %
Génétique médicale	60	-9	-15,0 %
Neurologie	346	-9	-2,6 %
Médecine physique et réadaptation	283	-10	-3,5 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	248	-11	-4,4 %
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	221	-15	-6,8 %
Médecine interne	380	-18	-4,7 %
Gynécologie-obstétrique	621	-34	-5,5 %
Ensemble Spécialités chirurgicales	2 627	-48	-1,8 %
Ensemble Spécialités médicales*	9 534	17	0,2 %
Total cohortes 2013-2016	22 278	0	0,0 %

*hors médecine générale

Source : Enquêtes ONDPS « Recueil Médecine 2016-2019 ».

Après réforme, l'impact du droit au remords est plus important

Le taux de droit au remords est supérieur à celui observé avant réforme, 5,1 % contre 3,3 %. Les effectifs des spécialités s'en trouvent plus impactés. De la même manière qu'avant la réforme, les gains d'internes se concentrent sur un nombre réduit de spécialités (13 en 2017 et 15 en 2018), soit environ 30 % des 44 spécialités (Tableau 6, Figure 5).

Sur les effectifs des cohortes 2017-2018:

- la médecine générale perd 0,3 % de ses effectifs, soit 20 internes;
- la biologie médicale perd 3 % des effectifs, soit 6 internes;
- les autres spécialités médicales gagnent 0,8 % des effectifs, soit 67 internes;
- les spécialités chirurgicales perdent 2,4 % des effectifs, soit 41 internes.

L'impact est sensible pour les spécialités qui gagnent des postes, notamment:

- médecine d'urgence: 62 droits entrants nets (+6,8 % pour la spécialité);
- anesthésie-réanimation: 54 internes (+5,9 %);
- gériatrie: 22 internes (+6,6 %);
- médecine et santé du travail : 20 internes (+11,7 %);
- ophtalmologie: 14 internes (+4,7 %);
- gynécologie médicale: 11 internes (+7,5 %);

L'impact est aussi sensible pour les spécialités qui perdent des postes, notamment:

- médecine interne et immunologie clinique: -26 droits sortants nets (-11 % pour la spécialité);
- médecine générale: -20 internes (-0,3 %);
- néphrologie: -19 internes (-12,1 %);
- médecine intensive-réanimation: -18 internes (-13,2 %);
- gynécologie-obstétrique: -17 internes (-4,2 %);
- oncologie: -14 internes (-5,9 %).

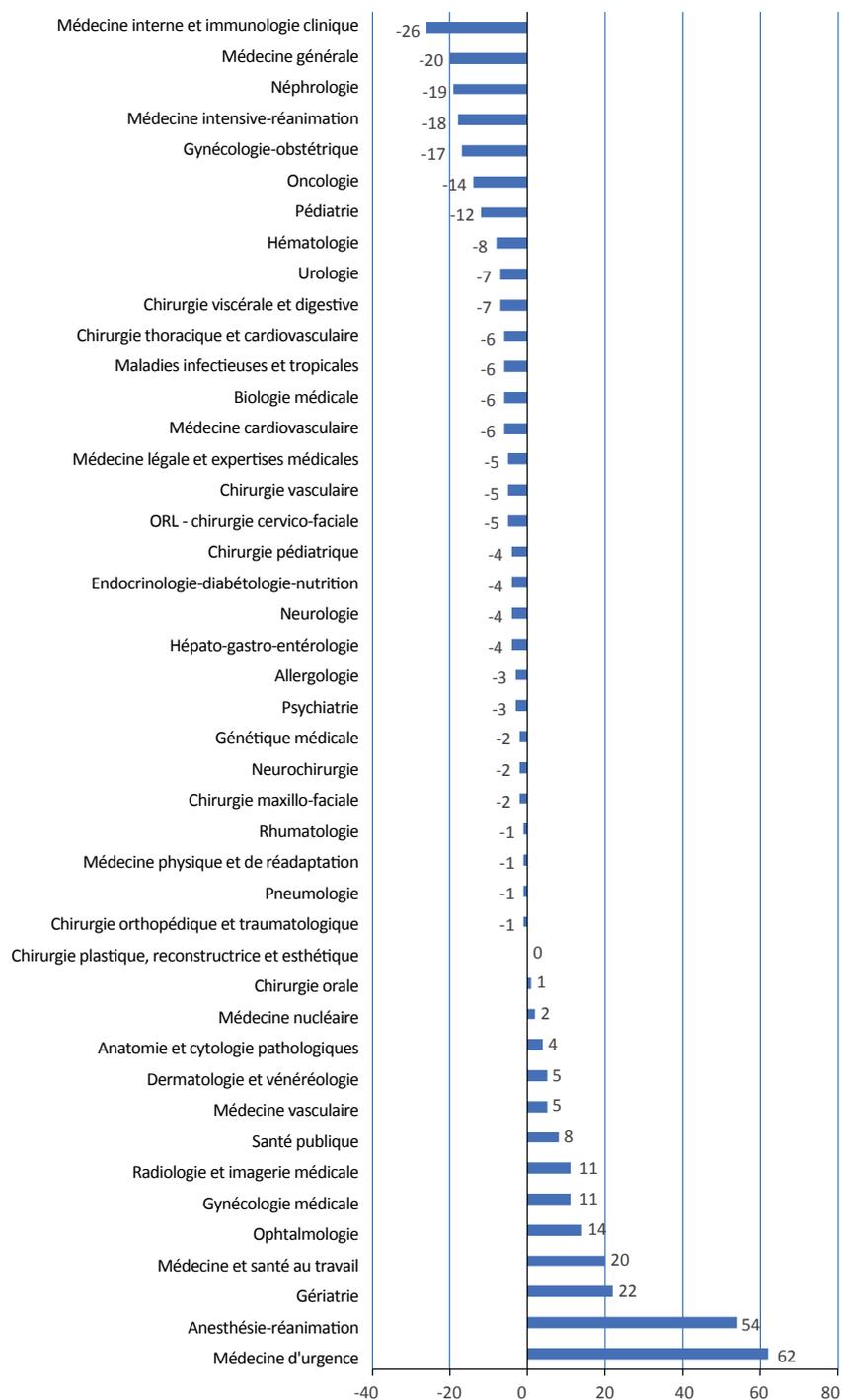
TABLEAU 6 Variation du nombre d'internes par spécialité suite à l'exercice du droit au remords pour les cohortes après réforme (ECN 2017-2018)

Spécialités	Postes pourvus pour les cohortes 2017 et 2018	Droits au remords nets			Variation du nombre d'internes (%)
		2017	2018	2017-2018	
Médecine d'urgence	911	20	42	62	6,8 %
Anesthésie-réanimation	920	27	27	54	5,9 %
Gériatrie	335	11	11	22	6,6 %
Médecine et santé au travail	171	17	3	20	11,7 %
Ophtalmologie	296	9	5	14	4,7 %
Gynécologie médicale	146	8	3	11	7,5 %
Radiologie et imagerie médicale	504	4	7	11	2,2 %
Santé publique	148	2	6	8	5,4 %
Médecine vasculaire	90	3	2	5	5,6 %
Dermatologie et vénéréologie	186	7	-2	5	2,7 %
Anatomie et cytologie pathologiques	117	-5	9	4	3,4 %
Médecine nucléaire	64	0	2	2	3,1 %
Chirurgie orale	24	0	1	1	4,2 %
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	56	-1	1	0	0,0 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	238	4	-5	-1	-0,4 %
Pneumologie	237	-1	0	-1	-0,4 %
Médecine physique et de réadaptation	194	-3	2	-1	-0,5 %
Rhumatologie	169	0	-1	-1	-0,6 %
Chirurgie maxillo-faciale	51	-1	-1	-2	-3,9 %
Neurochirurgie	46	0	-2	-2	-4,3 %
Génétique médicale	40	0	-2	-2	-5,0 %
Psychiatrie	1010	2	-5	-3	-0,3 %
Allergologie	55	-1	-2	-3	-5,5 %
Hépatogastro-entérologie	251	-4	0	-4	-1,6 %
Neurologie	249	-4	0	-4	-1,6 %
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	164	-2	-2	-4	-2,4 %
Chirurgie pédiatrique	46	-4	0	-4	-8,7 %
ORL - chirurgie cervico-faciale	158	-2	-3	-5	-3,2 %
Chirurgie vasculaire	57	-4	-1	-5	-8,8 %
Médecine légale et expertises médicales	54	0	-5	-5	-9,3 %
Médecine cardiovasculaire	359	-5	-1	-6	-1,7 %
Biologie médicale	202	-10	4	-6	-3,0 %
Maladies infectieuses et tropicales	100	-5	-1	-6	-6,0 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	50	-5	-1	-6	-12,0 %
Chirurgie viscérale et digestive	157	-3	-4	-7	-4,5 %
Urologie	124	-2	-5	-7	-5,6 %
Hématologie	88	-5	-3	-8	-9,1 %
Pédiatrie	650	-9	-3	-12	-1,8 %
Oncologie	238	-10	-4	-14	-5,9 %
Gynécologie-obstétrique	405	-7	-10	-17	-4,2 %
Médecine intensive-réanimation	136	-11	-7	-18	-13,2 %
Néphrologie	157	-5	-14	-19	-12,1 %
Médecine générale	6353	6	-26	-20	-0,3 %
Médecine interne et immunologie clinique	236	-11	-15	-26	-11,0 %
Disciplines chirurgicales	1708	-16	-25	-41	-2,4 %
Disciplines médicales*	7979	20	47	67	0,8 %
Total cohortes 2017-2018	16242	0	0	0	0

*hors médecine générale

Source: Enquête ONDPS - AUFEMO 2021.

FIGURE 5 Impact du droit au remords sur les spécialités des cohortes 2017-2018 (en nombre de postes)



Source: Enquête ONDPS - AUFEMO 2021 – Traitement ONDPS.

Lecture: la médecine d'urgence a gagné 62 postes à l'issue de l'exercice du droit au remords des cohortes de 2017 et 2018.

14. Le rang moyen de classement aux ECN des internes qui prennent un poste dans une spécialité chirurgicale est 2 076, celui des internes prenant un poste dans les spécialités médicales hors médecine générale est 4 589, celui des internes prenant un poste en médecine générale est 5 729.

Suivi des flux inter-spécialités: certaines réorientations dominent

Les résultats recueillis pour les cohortes 2017 et 2018 permettent d'étudier les parcours des étudiants en faisant le lien entre la spécialité d'origine et celle de destination pour chaque droit au remords. La matrice est présentée dans le [Tableau 7](#).

Les flux observés se caractérisent par un maintien majoritaire des internes dans leur discipline (chirurgicale / médicale). La règle du « classement en rang utile »¹⁴ et les stages en commun pour une spécialité expliquent sans doute en partie cette caractéristique:

- 44 % des internes inscrits dans une spécialité chirurgicale se réorientent vers une autre spécialité chirurgicale, 40 % se réorientent vers une spécialité médicale hors médecine générale et 15 % vers la médecine générale.
- 60 % des internes inscrits dans une spécialité médicale se réorientent vers une autre spécialité médicale, 30 % vers la médecine générale, mais seulement 7 % vers une spécialité chirurgicale.
- 92 % des internes inscrits en médecine générale se réorientent vers une spécialité médicale, 5 % vers une spécialité chirurgicale.

La santé publique et la biologie médicale, dont les taux de droit au remords sont élevés, se caractérisent par une réorientation majoritaire dans quatre spécialités: plus des trois quarts de leurs internes s'orientent vers la médecine générale, la médecine et santé au travail, la gériatrie ou la psychiatrie.

Sans qu'il soit encore possible de déterminer des parcours types, certains flux apparaissent cependant dominants:

- 108 droits au remords de médecine générale vers la médecine d'urgence, ce qui représente 57 % des sortants de médecine générale, 87 % des entrants en médecine d'urgence et 13 % de l'ensemble des droits au remords;
- en sens inverse, 34 droits au remords de médecine d'urgence vers la médecine générale, ce qui représente 55 % des sortants de médecine d'urgence, 20 % des entrants en médecine générale et 4 % de l'ensemble des droits de remords;
- 17 droits au remords de médecine intensive-réanimation (MIR) vers l'anesthésie réanimation (AR) soit 58 % des sortants de MIR et 23 % des entrants en AR.
- 16 droits au remords de psychiatrie vers la médecine générale, soit 42 % des sortants de psychiatrie et 9 % des entrants en médecine générale.

Annexe : Arrêté du 12 avril 2017 (extrait)

« [...] »

Article 7 de l'arrêté du 12 avril 2017, modifié par l'arrêté du 2 septembre 2020

I. - En application de l'article R. 632-11 du Code de l'éducation, les étudiants de troisième cycle des études de médecine peuvent demander à changer de spécialité, selon des modalités fixées aux II et III du présent article, durant le dernier semestre de la phase socle pour les étudiants inscrits en biologie médicale, et au plus tard durant le deuxième semestre de la phase d'approfondissement pour les autres étudiants. Ce changement s'effectue dans la subdivision au sein de laquelle l'étudiant a été affecté à l'issue de la procédure nationale de choix prévue à l'article R. 632-7 du même code.

Un changement de spécialité ne peut être effectué que vers une spécialité dans laquelle des postes ont été ouverts à l'issue des épreuves classantes nationales à l'issue desquelles il a été définitivement affecté.

Tout changement de spécialité est définitif et ne peut être exercé qu'une seule fois au cours de la formation de troisième cycle.

II. - L'étudiant qui souhaite changer de spécialité doit avoir été classé à l'issue des épreuves classantes nationales à un rang au moins égal à celui du dernier candidat issu des mêmes épreuves classantes nationales, non-signataire d'un contrat d'engagement de service public au moment de la procédure nationale de choix prévue à l'article R. 632-7 du Code de l'éducation et affecté, dans la même subdivision, dans la spécialité au profit de laquelle il demande son changement.

III. - Un étudiant qui ne remplit pas les conditions fixées au II peut demander à changer de spécialité, dans les conditions de l'alinéa 1^{er} du I, si, à l'issue des épreuves classantes nationales à l'issue desquelles il a été définitivement affecté, tous les postes n'ont pas été pourvus dans la spécialité au niveau de la subdivision, sans considération de son rang de classement. Toutefois, si les demandes sont supérieures au nombre de postes non pourvus, les candidatures sont examinées en considération du rang de classement des étudiants qui souhaitent effectuer ce changement.

IV. - Toute vacance de postes ultérieure aux épreuves classantes nationales à l'issue desquelles l'étudiant a été définitivement affecté ne permet pas l'application du III du présent article.

Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche et les coordonnateurs locaux concernés des spécialités peut décider d'informer par tout moyen les étudiants de la subdivision de toute vacance de poste ultérieure aux épreuves classantes nationales, susceptible d'affecter l'équilibre démographique des professionnels de santé au sein de la région. Les internes de la subdivision intéressés présentent leur candidature au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce dernier les affecte en tenant compte du rang de classement initial.

V. - L'étudiant fait la demande de changement de spécialité par un courrier adressé au directeur de l'unité de formation et de recherche dans laquelle il est inscrit, au cours des deux premiers mois du semestre de formation. Le directeur de l'unité de formation et de recherche, après avis du coordonnateur local de la spécialité demandée, recueille l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé

sur la demande de changement de spécialité, l'accord étant fonction des capacités de formation en stage et de l'équilibre démographique des professionnels de santé au sein de la région. Le directeur de l'unité de formation et de recherche informe de sa décision l'étudiant, le directeur général de l'agence régionale de santé et le coordonnateur local de la spécialité que l'étudiant a été autorisé à suivre.

VI. - Conformément aux dispositions de l'article R. 632-53 du Code de l'éducation, tout changement de spécialité des internes des hôpitaux des armées et des assistants des hôpitaux des armées au titre de l'article R. 632-11 du même code est soumis à autorisation du ministre de la défense.

VII. - Les stages effectués précédemment peuvent être validés au titre de la nouvelle spécialité choisie, conformément à la maquette de diplôme d'études spécialisées, selon des modalités fixées par les conseils des unités de formation et de recherche médicales concernées, sur proposition du coordonnateur local de la nouvelle spécialité. L'étudiant est alors réputé avoir une ancienneté augmentée du nombre de semestres validés.

VIII. - En application du troisième alinéa de l'article R. 632-11 du code de l'éducation, l'étudiant qui sollicite un changement de subdivision pour des motifs impérieux adresse sa demande auprès du directeur général de l'agence régionale de santé dont il relève, lequel se prononce après avis, le cas échéant, du comité médical mentionné à l'article R. 6152-36 du Code de la santé publique, du coordonnateur, du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et du directeur général de l'agence régionale de santé dans laquelle se situe la subdivision souhaitée par l'étudiant.

Pour les internes des hôpitaux des armées et les assistants des hôpitaux des armées, l'avis médical mentionné à l'alinéa précédent est donné par le médecin des armées mentionné à l'article L. 713-12 du Code de la sécurité sociale.

[...] »



Depuis la réforme des études de médecine de 2009 et le principe de la filiarisation qui revient à choisir une spécialité précise au début de l'internat, les postes à ouvrir pour les internes de médecine dans les différents diplômes d'études spécialisées (DES) sont arrêtés par subdivision, sur propositions de l'ONDPS. La répartition des postes d'internes a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Cependant la distribution initiale des postes se trouve modifiée par différentes situations : les départs définitifs qui réduisent les effectifs d'une cohorte d'internes (poursuite de l'internat à l'étranger, choix de repasser les épreuves classantes nationales, état de santé...) ou l'exercice du droit au remords qui modifie le choix du DES et donc les équilibres entre spécialités. Cette étude présente les résultats des enquêtes annuelles de l'ONDPS dans l'objectif de mieux connaître ces situations et de mesurer l'ampleur de leur impact sur la régulation.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ONDPS

**Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Téléphone: 01 40 56 89 36
Courriel: drees-ondps@sante.gouv.fr**