



ONDPS RAPPORT 2015

Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales

Anny GOLFOUSE

Secrétaire générale de l'ONDPS

Bunna PHENG

Chargé de mission

octobre 2015

Sommaire

Introduction.....	4
1. Evolutions nationales depuis 2004.....	5
1.1. Une forte augmentation des postes ouverts en 10 ans : +63%	5
1.2. L'évolution des candidats aux ECN (fin de second cycle ou DCEM4, 6 ^{ème} année après le baccalauréat).....	5
1.2.1. Les auditeurs ayant demandé une dérogation pour redoubler	8
1.2.2. Les 2èmes cycles européens non français.....	9
1.3. Une croissance encore plus soutenue des postes pourvus.....	10
1.4. Conséquences sur les effectifs d'internes en cours d'études	11
2. Évolutions des spécialités depuis 2004	13
2.1. Le surplus de postes ouverts a créé des évolutions très différenciées entre les spécialités	13
2.2. Les effets en termes de postes pourvus.....	14
3. Evolutions régionales depuis 2004.....	19
3.1. La répartition du surplus de postes ouverts a créé des évolutions très différenciées entre les régions.....	19
3.2. Ces évolutions ne découlent pas de celles des NC correspondants	20
3.2.1. Ces déséquilibres entre NC et postes ouverts ont-ils un effet correcteur ?	21
3.2.2. Ces déséquilibres mesurés sur 10 ans sont-ils encore d'actualité ?	23
3.3. Effets des augmentations de postes ouverts sur les taux d'adéquation régionaux	24
3.4. Les mobilités géographiques ou changements d'UFR.....	28
3.4.1. Mise en perspective	28
3.4.2. Les mouvements par subdivision	29
4. Les transformations introduites deux ans plus tard, au moment des inscriptions définitives (bilan de la filiarisation).....	30
4.1. Données, flux mesurés et phénomènes observables.....	31
4.1.1. Les données exploitables	31
4.1.2. Les flux mesurés	31
4.1.3. Les phénomènes observables	32
4.2. Bilan comparatif des mouvements ayant affecté les trois cohortes de 2010, 2011, 2012... 32	
4.2.1. Analyse des flux par UFR et région.....	33
4.2.2. Flux interspécialités (droit au remords + changement de préchoix)	34

4.3.	Attraction et désaffection des spécialités	36
4.3.1.	Évolution des spécialités de l'affectation à l'inscription définitive deux ans plus tard	36
4.3.2.	Évolution des spécialités de l'ouverture des postes jusqu'à l'inscription définitive deux ans plus tard	38
4.4.	Analyse de la cohorte exhaustive de 2012 (totalité des internes affectés)	42
4.4.1.	Comparaison de l'amplitude des flux selon les deux périmètres de la cohorte 2012 ..	42
4.5.	Quelques spécialités significatives (cohorte 2012 – 34 UFR)	44
4.5.1.	Les spécialités les plus et les moins attractives.....	44
4.5.3.	Médecine du travail.....	46
5.	Zoom sur l'internat dans les DROM aux ECN 2014	53
5.1.	Étudiants natifs des DROM en 2014.....	54
5.1.1.	Leurs UFR de DCEM4.....	54
5.1.2.	Leurs lieux d'affectation	54
5.1.3.	Leurs spécialités d'affectation.....	54
5.2.	Internes affectés dans les DROM en 2014	55
5.3.	Internes affectés dans les DROM en 2014	56
6.	Zoom sur les contrats d'engagement de service public (CESP) aux ECN 2014	57
	Annexes générales	60

Introduction

Dans son rapport 2013-2014, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) s'est attaché à décrire les objectifs, la gestion et les effets constatés du numerus clausus depuis sa création, et ce, pour les trois professions médicales et les pharmaciens. Il s'agit en effet du principal mécanisme de régulation des professionnels de santé utilisé en France, tant au plan quantitatif que géographique¹.

Dans la filière médecine, l'entrée à l'internat en début de 3^{ème} cycle (en fin de 6^{ème} année après le baccalauréat) constitue un second levier de régulation. A priori, depuis la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN) en 2004, il ne s'agit plus d'une régulation quantitative, puisque tous les étudiants parvenus en fin de second cycle peuvent passer ces épreuves et sont affectables, dès lors que leur second cycle a été validé. En revanche, les postes d'internat sont ouverts par arrêté, par spécialité et subdivision, définies à un niveau assez fin depuis la réforme dite de la filiarisation (30 spécialités et 28 subdivisions)².

Aussi l'ONDPS a-t-il jugé utile de poursuivre son analyse de la régulation des étudiants en médecine, telle qu'elle s'opère cette fois au moment des ECN et deux ans plus tard, au moment des inscriptions définitives après exercice du droit au remords et du changement de choix. Pour ce faire, l'Observatoire a fondé son travail sur l'information et l'expérience acquises depuis 2011 : en effet, chaque année, l'une de ses missions consiste à proposer aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur le nombre de postes d'internes en médecine à ouvrir par spécialité et subdivision.

Certains des constats dressés depuis 2004 par région et spécialité devraient pouvoir éclairer les décisions futures.

¹ En effet, concernant le droit d'exercer et les conditions d'installation des professionnels de santé en ville, c'est le principe de liberté qui prévaut, infléchi uniquement par des mécanismes correcteurs incitatifs, pour l'instant marginaux. Cette question a été également étudiée dans cinq autres pays européens dans une étude publiée en mars 2015

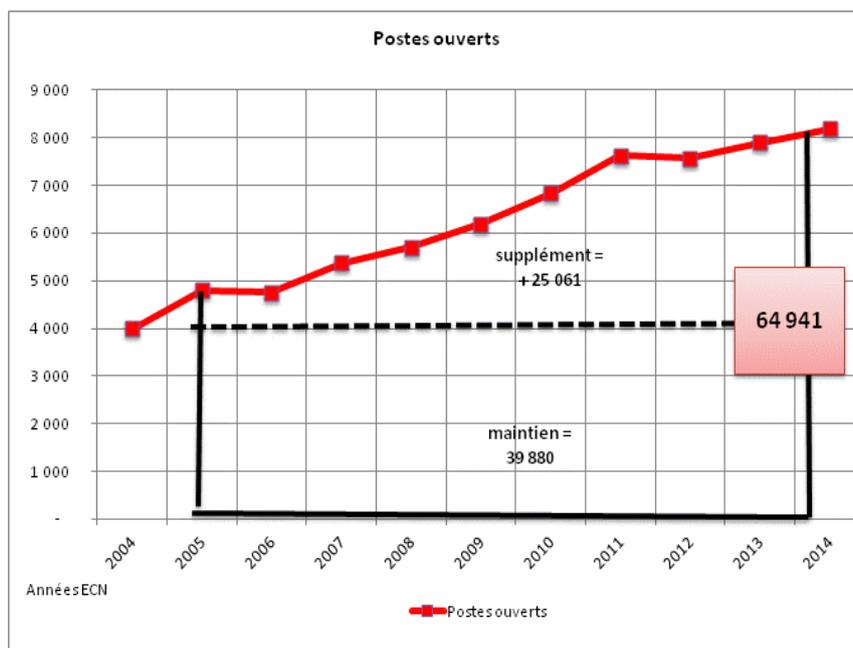
(Etude ONDPS-Ylios, *Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens* http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf).

² Le déroulé des études ainsi que les trente spécialités sont rappelés en annexe.

1. Evolutions nationales depuis 2004

1.1. Une forte augmentation des postes ouverts en 10 ans : +63%

Lors de la mise en place des ECN en 2004, 3 988 postes d'internes en médecine ont été ouverts. Si ce nombre avait été reconduit à l'identique chaque année de 2005 à 2014, 39 880 postes auraient été ouverts au total. Or, 64 941 postes d'internes ont été ouverts au cours de ces 10 années, ce qui représente une augmentation de +63 % par rapport à un gel, soit +5,0 % en moyenne annuelle.



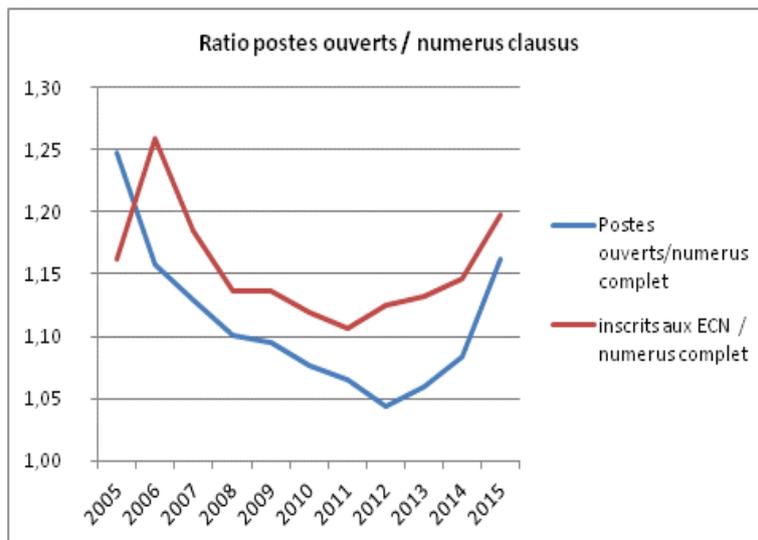
Cette augmentation calculée sur la durée est bien entendu plus faible que celle de +105 %, constatée en comparant uniquement les niveaux des deux années extrêmes (2014/2004) : **on ouvre en gros deux fois plus de postes d'internes en 2014 qu'en 2004**, première année de la mise en œuvre des épreuves classantes nationales (ECN).

1.2. L'évolution des candidats aux ECN (fin de second cycle ou DCEM4, 6^{ème} année après le baccalauréat)

L'augmentation des postes ouverts découle principalement de la croissance soutenue du numerus clausus cinq ans auparavant (NC de 2000 à 2009). En effet, en suivant la même approche, on constate que l'autorisation de **59 325 places** au NC (incluant les admissions directes en 2^{ème} et 3^{ème} année) a représenté une augmentation de +61 % par rapport à un gel des 3 690 places autorisées par le NC de 1999 (année de référence qui correspond aux ECN 2004).

En moyenne annuelle sur la période de dix ans, le ratio inscrits aux ECN/NC est de 1,14 et le ratio postes ouverts/NC de 1,11.

Toutefois ce rapport est loin d'être constant.



Plusieurs phénomènes peuvent expliquer ces variations.

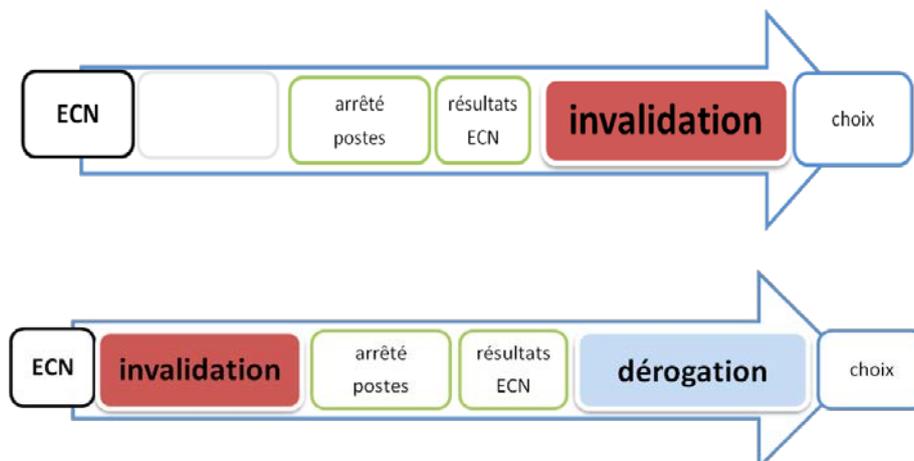
- D'une part, les fluctuations de la cohorte initiale issue du NC :

- à la hausse avec l'ajout des étudiants non européens admis en seconde année dans la limite d'un plafond théorique de 8% du numerus clausus principal³ et avec l'ajout, au moment des ECN, des candidats qui ont validé un second cycle européen suivi hors de France ;
- à la baisse avec les abandons ;
- par ailleurs, les flux sont modifiés par des redoublements dont l'ampleur peut varier d'une année sur l'autre. Au moment de l'entrée à l'internat, les redoublements en DCEM4 s'amplifient : ils peuvent intervenir soit par l'invalidation du second cycle, soit par l'obtention d'une dérogation autorisée aux candidats classés qui ont passé les épreuves, soit encore par le souhait des internes déjà affectés de recommencer. Ainsi, **aux dernières ECN (2015)**, la crainte des ECNi (épreuves informatisées) de 2016 et l'absence de mesures transitoires prévues pour les éventuels redoublants a réduit considérablement leur volume⁴. **Alors que le numerus clausus correspondant (2011) était identique à celui de l'année précédente, le nombre d'inscrits est passé de 8 668 à 9 053 (+4,4 %), les postes ouverts de 8 190 à 8 783 (+7,2 %) et les postes pourvus de 7 860 à 8 477 (+7,8 %).**

- D'autre part, l'organisation des séquences de validation du second cycle : depuis les ECN de 2012, la validation du 2^{ème} cycle doit intervenir avant le classement, alors que les demandes de dérogations pour redoubler, elles, interviennent après l'arrêté de classement aux épreuves et l'arrêté des postes ouverts (**dans un plafond de 8 % par unité de recherche et de formation _UFR**). **Ce dispositif a permis de baisser le nombre de postes à ouvrir et d'améliorer le taux d'adéquation (postes pourvus/postes ouverts).**

³ Il n'existe pas de suivi national des étudiants admis à ce titre.

⁴ En 2004, au lancement des ECN, le ministère avait permis aux étudiants redoublants au moment de la réforme de passer l'épreuve sous le format qu'ils avaient travaillé. Il y avait donc, la même année, deux ECNs : un pour les doublants ayant travaillé l'ancienne modalité, et un autre pour les DCEM4 de la réforme. Or, au moment des ECN 2015, aucune mesure transitoire de ce type n'avait été prévue.



Au cours de la période la plus récente (à partir de 2012 et de la nouvelle organisation décrite ci-dessus), les catégories d'inscrits aux ECN connaissent une évolution différenciée. Deux d'entre elles connaissent une très forte croissance et ne découlent pas du NC initial : il s'agit des redoublants après dérogation (« auditeurs ») et les étudiants ayant validé leur second cycle en Europe, mais hors de France.

ECN	2012	2013	Evolution 2013/2012	2014	Evolution 2014/2013	2015	Evolution 2015/2014	2016	Evolution 2016/2015
Etudiants inscrits (yc CESP et ESSA)	8257	8537	3,4%	8783	2,9%	9149	4,2%		
Etudiants inscrits hors ESSA :	8155	8441	3,5%	8668	2,7%	9053	4,4%		
D4 UFR	7875	7910	0,4%	8069	2,0%	8291	2,8%		
Auditeurs (classés ayant demandé ex post une dérogation)		208		230	10,6%	275	19,6%	212	-22,9%
T1 UFR	114	121	6,1%	111	-8,3%	136	22,5%		
ETUE	166	202	21,7%	258	27,7%	351	36,0%		
Inscrits hors ESSA / NC	1,12	1,13		1,15		1,20			

Source : DGOS

ECN	Répartition des inscrits par type de candidats			
	2012	2013	2014	2015
Etudiants inscrits hors ESSA ⁵ :	8155	8441	8668	9053
D4 UFR	96,6%	93,7%	93,1%	91,6%
Auditeurs	0,0%	2,5%	2,7%	3,0%
T1 UFR	1,4%	1,4%	1,3%	1,5%
ETUE	2,0%	2,4%	3,0%	3,9%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : DGOS

⁵ ESSA : étudiants du service de santé des armées.

Les catégories d'inscrits aux ECN

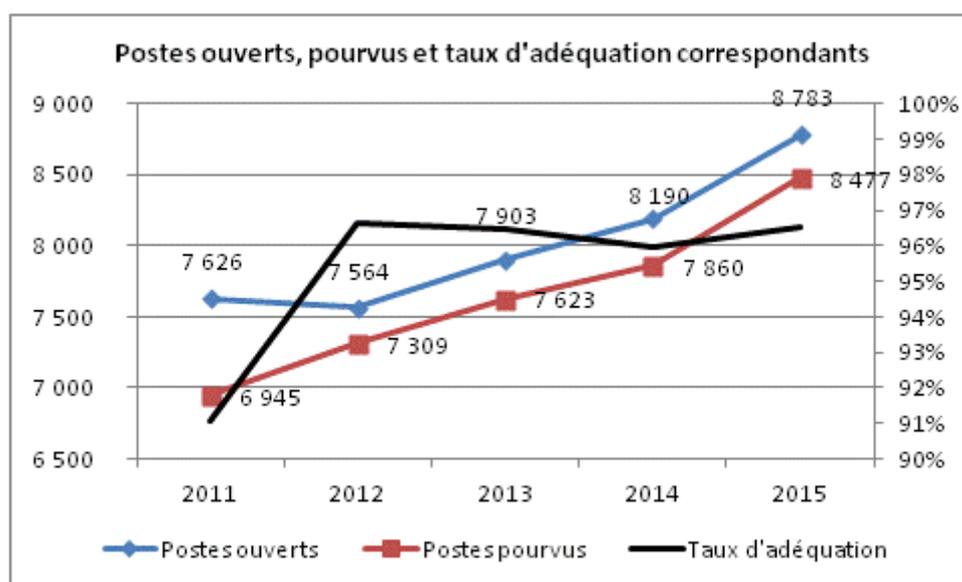
- D4 UFR : pour l'essentiel, il s'agit des étudiants qui ont été admis en 2^{ème} année après la première année commune des études de santé (PACES) et ont validé leur second cycle en France ;
- les « auditeurs » : classés mais ayant demandé ex post une dérogation (dans les 15 jours qui suivent la publication de l'arrêté de classement) ;
- T1UFR : ce sont les internes affectés l'année précédente mais qui décident de recommencer ;
- ETUE : ce sont les étudiants avec un deuxième cycle européen qui peuvent s'inscrire aux ECN. Leur nombre, en inscriptions, augmente beaucoup, mais il faut savoir qu'il y en a pas mal qui ne prennent pas de postes. Ainsi, en 2014, 258 se sont inscrits, 227 présentés, 182 affectés (dont 31 de nationalité française).

1.2.1. Les auditeurs ayant demandé une dérogation pour redoubler

La réforme de 2012 n'a pas réduit le volume d'étudiants qui souhaitent refaire une 6^{ème} année, constituée par la somme des invalidations et dérogations, d'environ 5 % des inscrits. Son objet était d'en éliminer une partie avant le classement, **mais au fil des années, les dérogations post classement ont augmenté tandis que diminuaient les invalidations.**

	2012	2013	2014
Dérogations	206	230	274
Invalidations	209	199	167
	415	429	441
Soit en % des inscrits	5,0%	5,0%	5,1%

Comme l'arrêté ouvre autant de postes que de candidats « affectables », c'est-à-dire ayant validé le second cycle et passé les ECN, sans anticiper sur les futurs demandeurs de dérogations, le défaut de la précédente procédure a eu tendance à réapparaître entre 2012 et 2014, et le taux de postes pourvus sur postes ouverts à se détériorer. Mais, comme indiqué supra, les ECN 2015 marquent une rupture en raison de l'afflux de candidats craignant le redoublement.



Les taux de dérogations appliqués dans les UFR sont très variables selon les régions et les années, mais ont été en moyenne de 3 % en 2013 et 2014⁶.

Taux de dérogation à l'issue des ECN 2013 par UFR				Taux de dérogation à l'issue des ECN 2014 par UFR			
Université d'origine	commission	total	taux de dérogation	Université d'origine	commission	total	taux de dérogation
UNIVERSITE DE PARIS XII - CRETEIL	11	164	7%	UNIVERSITE DE NANCY I - FACULTES DE MED	25	297	8%
UNIVERSITE DE LIMOGES	8	135	6%	UNIVERSITE D'AMIENS	14	206	7%
UNIVERSITE DE ROUEN	14	224	6%	UNIVERSITE DE NICE	9	136	7%
UNIVERSITE PARIS VII MEDECINE	21	360	6%	UNIVERSITE D'ANGERS	11	188	6%
UNIVERSITE DE MONTPELLIER I	12	259	5%	UNIVERSITE PARIS VII MEDECINE	19	352	5%
UNIVERSITE DE NANCY I - FACULTES DE MEDECINE A et	14	286	5%	UNIVERSITE DE DIJON	10	192	5%
UNIVERSITE VSQ (ex-PARIS V) - PARIS IDF OUEST	7	142	5%	UNIVERSITE DE PARIS VI - MEDECINE	21	422	5%
UNIVERSITE D'ANGERS	6	153	4%	UNIVERSITE DE BESANCON	9	202	4%
UNIVERSITE DE BESANCON	7	160	4%	UNIVERSITE DE ROUEN	10	231	4%
UNIVERSITE DE NICE	6	156	4%	UNIVERSITE DE PARIS XII - CRETEIL	7	162	4%
UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE	5	128	4%	UNIVERSITE DE MONTPELLIER I	11	267	4%
UNIVERSITE LYON I UFR de Médecine Lyon Est	17	385	4%	UNIVERSITE DE BREST	6	151	4%
UNIVERSITE DE GRENOBLE I	5	176	3%	UNIVERSITE DE BORDEAUX II - SCIENCES MED	19	513	4%
UNIVERSITE DE PARIS VI - MEDECINE	13	376	3%	UNIVERSITE DE LIMOGES	5	142	4%
UNIVERSITE DE PARIS XI - KREMLIN BICETRE	4	158	3%	UNIVERSITE LYON I UFR de Médecine Lyon Est	14	448	3%
UNIVERSITE DE PARIS XIII - BOBIGNY	4	138	3%	UNIVERSITE DE PARIS XI - KREMLIN BICETRE	5	161	3%
UNIVERSITE DE TOULOUSE III - PURPAN	5	151	3%	UNIVERSITE DE PARIS V - MEDECINE	12	395	3%
UNIVERSITE DE TOURS	6	225	3%	UNIVERSITE DE PARIS XIII - BOBIGNY	4	133	3%
UNIVERSITE D'AIX MARSEILLE II	8	402	2%	UNIVERSITE DE STRASBOURG I - UER DES SCI	7	243	3%
UNIVERSITE DE BORDEAUX II - SCIENCES MEDICALES IV	13	523	2%	UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE	4	141	3%
UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND	4	196	2%	UNIVERSITE DE TOULOUSE III - RANGUEIL	4	142	3%
UNIVERSITE DE DIJON	4	182	2%	UNIVERSITE DE GRENOBLE I	5	182	3%
UNIVERSITE DE NANTES	4	193	2%	UNIVERSITE DE CAEN	4	177	2%
UNIVERSITE DE PARIS V - MEDECINE	10	421	2%	UNIVERSITE DE LILLE II	10	488	2%
UNIVERSITE DE POITIERS	3	194	2%	FACULTE LIBRE DE MEDECINE DE LILLE	2	103	2%
UNIVERSITE DE STRASBOURG I - UER DES SCIENCES MEDI	6	246	2%	UNIVERSITE DE NANTES	4	214	2%
UNIVERSITE D'AMIENS	2	186	1%	UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND	3	170	2%
UNIVERSITE DE CAEN	3	201	1%	UNIVERSITE DE TOURS	4	236	2%
UNIVERSITE DE LILLE II	3	413	1%	UNIVERSITE DE POITIERS	3	187	2%
UNIVERSITE DE LYON I - LYON SUD	1	123	1%	UNIVERSITE D'AIX MARSEILLE II	5	352	1%
UNIVERSITE DE REIMS	2	157	1%	UNIVERSITE DE REIMS	3	214	1%
UNIVERSITE DE TOULOUSE III - RANGUEIL	2	145	1%	UNIVERSITE VSQ (ex-PARIS V) - PARIS IDF O	2	146	1%
FACULTE LIBRE DE MEDECINE DE LILLE	0	103	0%	UNIVERSITE DE RENNES I	2	181	1%
UNIVERSITE DE BREST	0	159	0%	UNIVERSITE DE TOULOUSE III - PURPAN	1	148	1%
UNIVERSITE DE RENNES I	0	201	0%	UNIVERSITE DE LYON I - LYON SUD	0	155	0%
TOTAL étudiants inscrits dans une UFR médicale française	230	7821	3%	TOTAL étudiants inscrits dans une UFR médical	274	8077	3%

Source : CNG

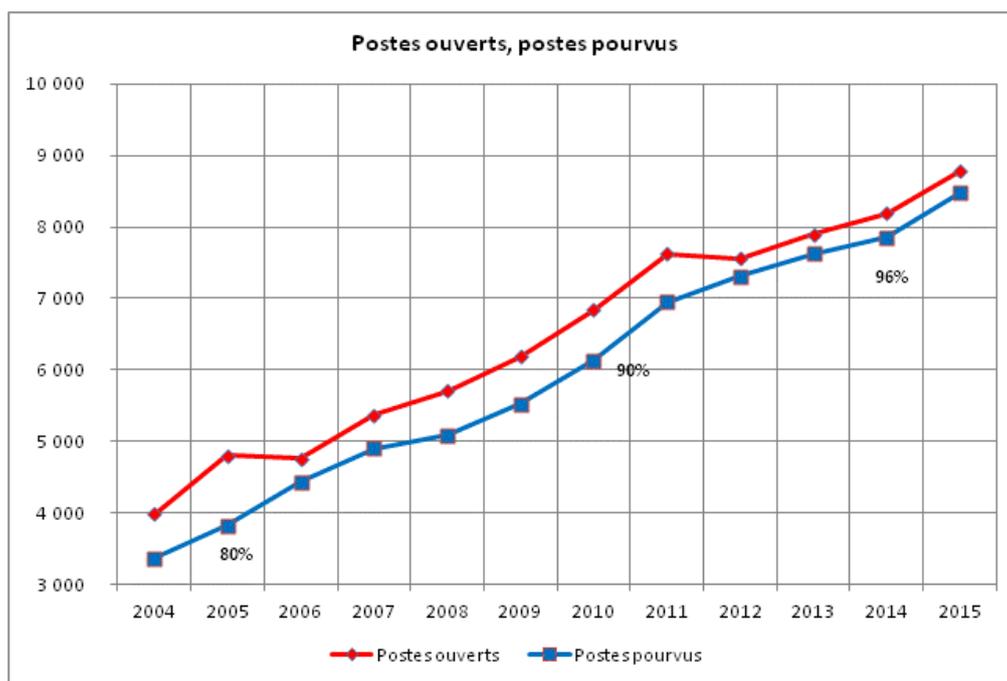
1.2.2. Les 2èmes cycles européens non français

Passage non publié en raison de la convention qui lie la DREES et le CNG et ne prévoit pas que l'ONDPS puisse publier ses analyses.

⁶ L'ONDPS ne dispose pas des données relatives aux années antérieures.

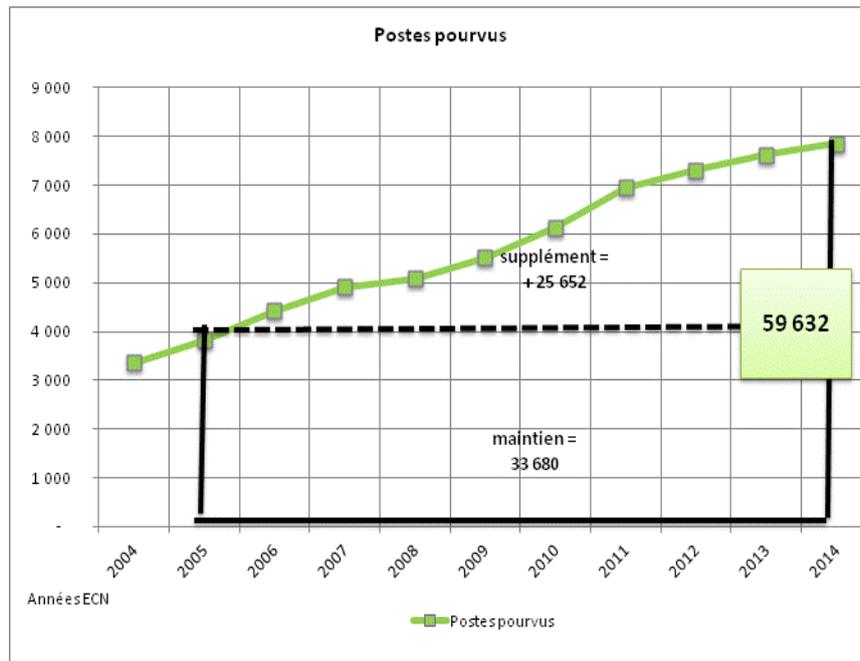
1.3. Une croissance encore plus soutenue des postes pourvus

Depuis la mise en place des ECN en 2004, le taux de postes pourvus sur postes ouverts (habituellement désigné sous le terme de « taux d'adéquation ») a connu **une amélioration en deux étapes**, d'abord en 2006, puis à partir de 2012 (cf. réforme des invalidations décrite supra). Pour le régulateur, il s'agit bien d'une amélioration, car plus l'adéquation est élevée, moins ses orientations se déforment dans la pratique, tant en ce qui concerne la répartition géographique qu'entre spécialités.



L'augmentation des postes pourvus a de ce fait été plus importante encore que celle des postes ouverts.

Par rapport aux postes pourvus en 2004, la totalité des postes pourvus au cours de la période (59 632) a représenté une augmentation de +77,1 %, soit +5,9 % par an en moyenne. Le surplus de postes pourvus par rapport à un gel est également plus important en valeur absolue (+25 652 postes pourvus contre +25 061 postes ouverts).

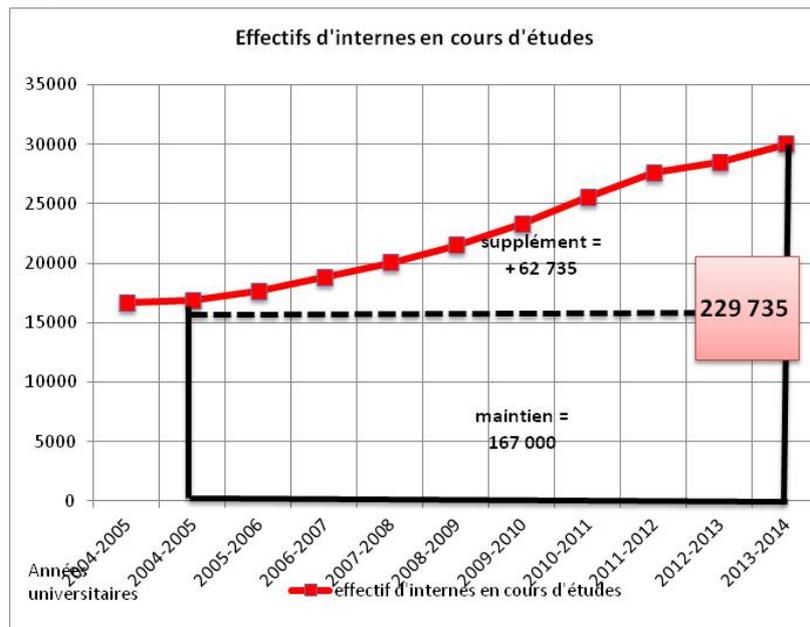


1.4. Conséquences sur les effectifs d'internes en cours d'études

229 735 internes ont été accueillis au cours de la même période de dix ans.

Compte tenu de la durée de l'internat (de 3 à 5 ans selon les spécialités) et du tuilage des flux d'internes entrants-sortants, l'augmentation des flux d'internes entrants s'est traduite par une évolution plus faible sur la même période des effectifs totaux d'internes en formation.

Par rapport au maintien du nombre d'internes qui étaient en cours d'études en 2004 (167 000 sur dix ans), la totalité des internes en formation (229 735) a représenté une augmentation de +37,6 % (soit +3,2 % en moyenne annuelle).



Ces fortes évolutions ont généré un besoin de capacités de stages supplémentaires que certaines UFR ont absorbé avec difficulté, situation qui perdure dans certaines subdivisions et pour certaines spécialités, en particulier pour la médecine générale.

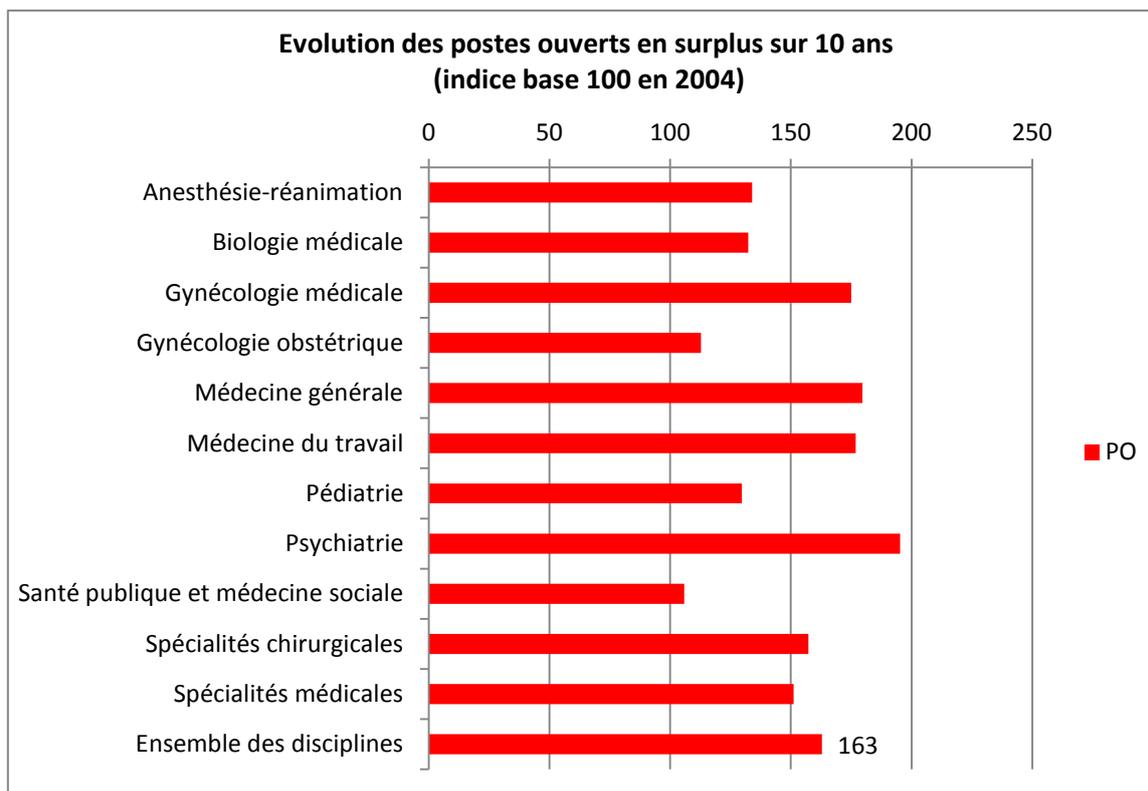
Tableau récapitulatif des augmentations nationales			
	Hausse du niveau entre les 2 bornes 2014/2004	Surplus cumulé sur 10 ans / maintien de 2004	Surplus en moyenne annuelle
NC complet correspondant		+61,0 %	+4,9 %
Postes ouverts	+105 %	+62,8 %	+5,0 %
Postes pourvus	+133 %	+77,1 %	+5,9 %
Effectif total d'internes en formation	+80 %	+37,6 %	+3,2 %

2. Évolutions des spécialités depuis 2004

2.1. Le surplus de postes ouverts a créé des évolutions très différenciées entre les spécialités

Par rapport au nombre de postes qui auraient été ouverts dans chaque spécialité ou groupe de spécialités⁷, si l'on avait maintenu chaque année le nombre de 2004, **le surplus de postes attribué à chacune d'elles pendant 10 ans a représenté une augmentation allant de +6 % en santé publique et médecine sociale à +95 % en psychiatrie** (contre +63 % en moyenne nationale comme vu supra).

Si l'on en juge par les **taux de croissance accordés sur dix ans**, l'orientation des pouvoirs publics a été de favoriser quatre spécialités dont la croissance a été supérieure à la moyenne : la psychiatrie, la médecine générale, la médecine du travail et la gynécologie médicale.



Compte tenu du poids très différent des spécialités (**la médecine générale représentant à elle seule 51 % du total des postes ouverts au cours des 10 ans**), le surplus de 25 061 postes ouverts a été réparti comme suit :

⁷ La filiarisation étant intervenue en 2010, l'observation de la série historique ne permet pas d'éclater les spécialités médicales ni les spécialités chirurgicales.

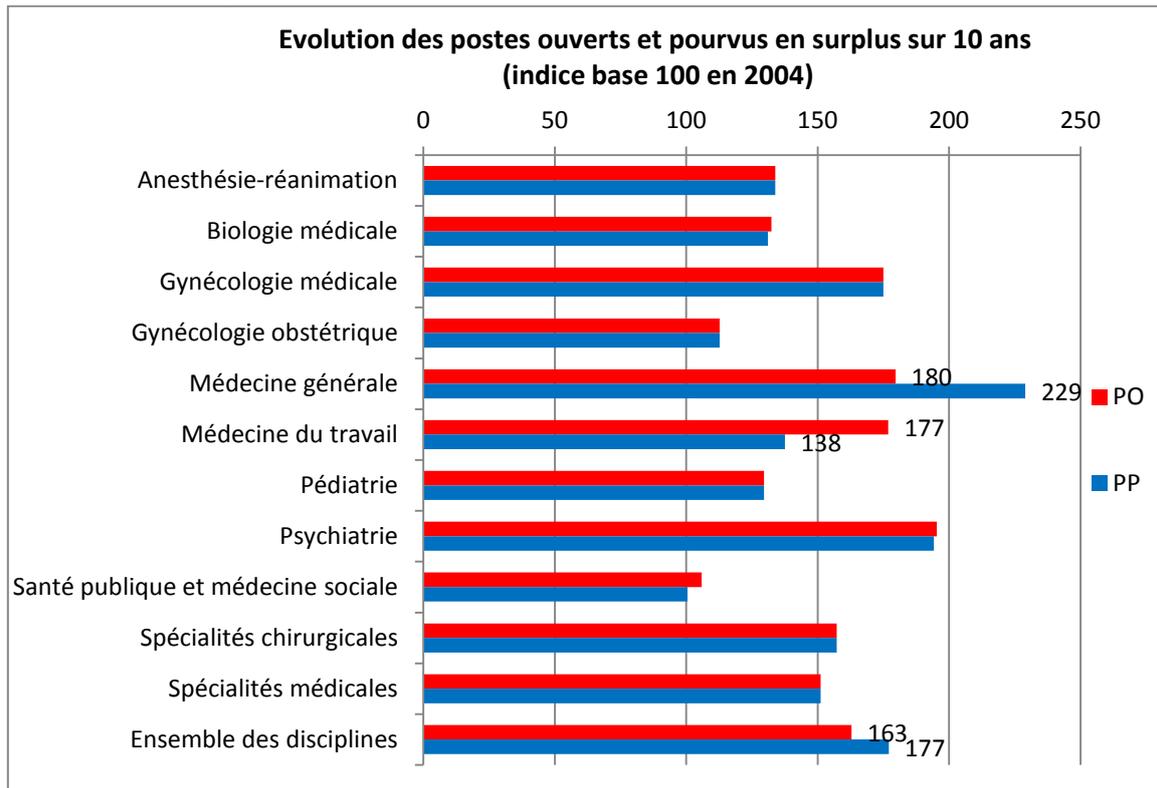
	Postes ouverts en surplus	Part de chaque spécialité
Anesthésie - Réa	824	3,3%
Biologie médicale	188	0,8%
Gynécologie médicale	120	0,5%
Gynécologie obstétrique	201	0,8%
Médecine générale	14 666	58,5%
Médecine du travail	469	1,9%
Pédiatrie	581	2,3%
Psychiatrie	1 906	7,6%
Santé publique et médecine sociale	44	0,2%
Spécialités chirurgicales	2 175	8,7%
Spécialités médicales	3 887	15,5%
Ensemble des disciplines	25 061	100,0%

Ainsi, 58 % des 25 061 postes supplémentaires ouverts de 2005 à 2014 sont allés à la médecine générale.

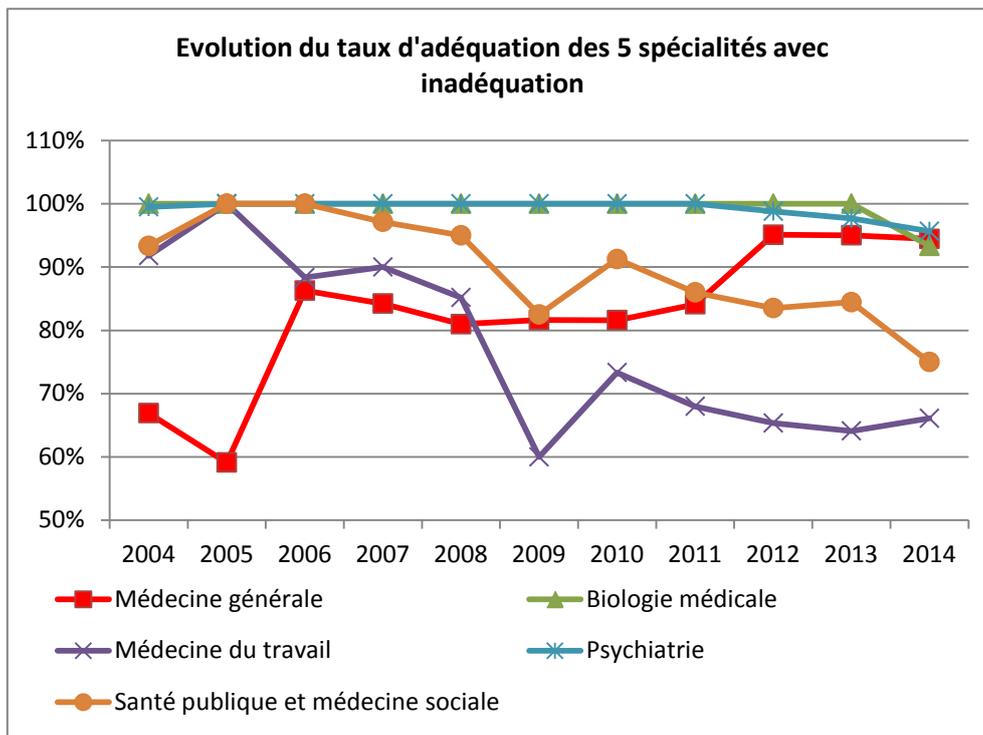
2.2. Les effets en termes de postes pourvus

Compte tenu qu'il est ouvert plus de postes que de candidats choisissant in fine une affectation (postes pourvus), il convient d'observer dans quelle mesure l'orientation du régulateur est suivie d'effet. En d'autres termes, les plus fortes augmentations de postes ouverts dans chaque spécialité sont-elles suivies d'effets ?

Parmi les quatre spécialités favorisées –psychiatrie, gynécologie médicale, médecine générale et médecine du travail– les deux premières conservent leurs postes, alors que les deux autres présentent des situations extrêmes : en postes pourvus, la médecine générale accroît son augmentation en raison d'un taux d'adéquation qui s'améliore beaucoup ; l'inverse qui s'est produit en médecine du travail.



En réalité, au cours des dix ans, le taux d'adéquation est de 100 % pour toutes les spécialités à l'exception de cinq, dont trois de façon permanente (médecine générale, médecine du travail et santé publique et médecine sociale) et deux en fin de période seulement (psychiatrie et biologie médicale).



Pour les trois spécialités chroniquement déficitaires, médecine générale, médecine du travail et santé publique et médecine sociale, la situation ne semble donc pas due à une saturation face à des augmentations excessives de postes ouverts, mais davantage à une appréciation évolutive des étudiants de leur attractivité. En effet, la médecine générale voit son taux d'adéquation progresser alors que la santé publique et médecine sociale qui n'a pas bénéficié du tout du surplus de postes ouverts a décroché.

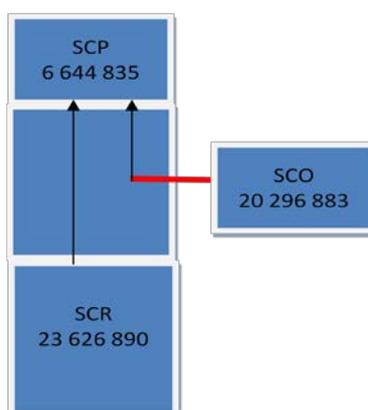
La médecine générale présente donc une situation assez satisfaisante : en dix ans, grâce à une attractivité plus importante, son taux d'augmentation en postes pourvus a été supérieur à celui de ses postes ouverts. Depuis 2012, le taux de postes pourvus s'est stabilisé autour de 95 %.

En revanche, deux spécialités sont en situation critique :

- la santé publique et médecine sociale dont le taux d'adéquation se dégrade bien qu'elle ait connu la plus faible croissance de postes ouverts ;
- la médecine du travail qui a connu à la fois la plus forte croissance de postes ouverts et la plus forte dégradation de taux d'adéquation.

Pour mesurer l'attractivité des spécialités, la DREES et le CNG⁸ utilisent un indicateur fondé uniquement sur le classement des internes affectés. Cet indicateur consiste à situer, une année donnée, le total des rangs de classement constatés (SCO= « somme des classements observés ») par rapport à deux situations théoriques. La première est celle où l'attractivité est maximale : la totalité des postes ouverts est exclusivement choisie par les premiers classés (SCP= « somme des classements préférés ») ; la seconde, critique, est à l'inverse celle où l'attractivité est minimale : la totalité des postes ouverts est exclusivement choisie par les derniers classés (SCR= « somme des classements rejetés »).

Par exemple, en médecine générale en 2014, la somme des classements observés (SCO) est égale à 20 296 883, celle de la situation idéale (SCP) à 6 644 835 et celle de la situation critique (SCR) à 23 626 890.



⁸ *Études et résultats* annuel : Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales.

Le calcul consiste ensuite à mesurer l'écart entre la situation observée et la situation idéale, puis l'écart entre la situation critique et la situation idéale. En divisant l'un par l'autre, on obtient l'indicateur : SCO-SCP/ SCR-SCP.

Dans l'exemple de la médecine générale :

SCO-SCP	13 652 048
SCR-SCP	16 982 055
Indicateur	0,80

Ainsi, plus la somme des classements observés se rapproche de la somme critique théorique, plus le numérateur est élevé et l'indicateur proche de 1 et vice-versa.

Cet indicateur suggère que « l'attractivité » d'une spécialité soit le reflet des rangs de classement aux ECN. Or, les choix des étudiants intègrent d'autres facteurs, notamment le facteur géographique lié à l'image de la région ou à la renommée d'une UFR. Il n'est surtout fait aucune différence entre les spécialités pourvues à 100 % et les autres, ni entre celles qui ont subi de très fortes augmentations d'ouvertures de postes d'internes et les autres.

Le tableau ci-dessous montre, pour les spécialités non pourvues à 100 % examinées précédemment, que cet indicateur place la médecine générale en dernier rang, alors que la santé publique et médecine sociale sans augmentation de postes et avec un taux d'adéquation très bas, se classe au-dessus.

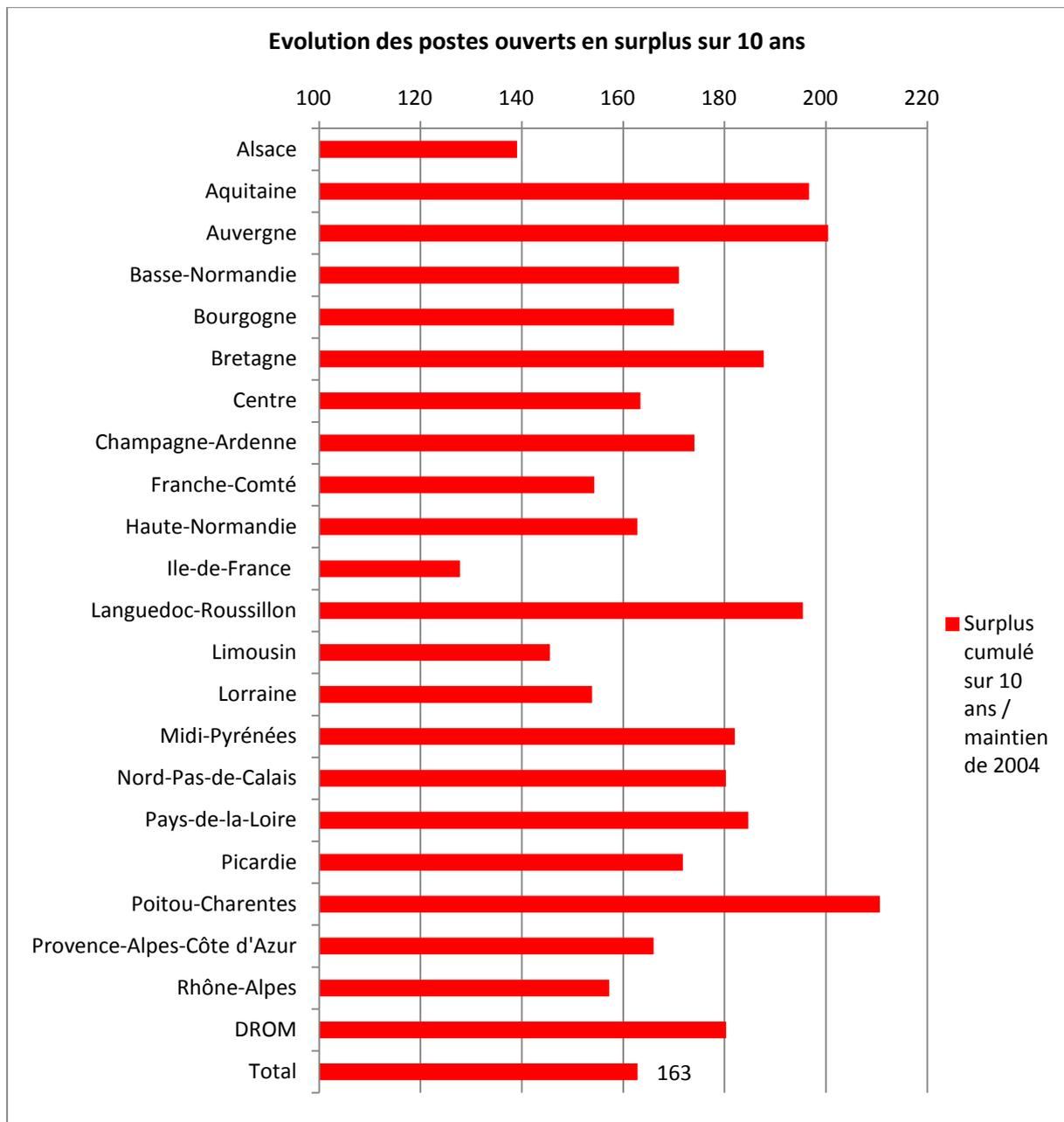
Position	ECN 2014	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	DREES-BPS	Taux d'adéquation
				Indicateur d'attractivité (hors CESP)	
1	Ophtalmologie	1	2 770	0,11	100%
2	Cardiologie et maladies vasculaires	12	2 938	0,14	100%
3	Dermatologie et vénéréologie	91	2 712	0,14	100%
4	Radiodiagnostic et imagerie médicale	5	3 033	0,16	100%
5	Néphrologie	4	4 208	0,16	100%
6	Médecine interne	10	4 457	0,18	100%
7	ORL et chirurgie cervico-faciale	69	3 492	0,20	100%
8	Gastro-entérologie et hépatologie	3	3 669	0,21	100%
9	Anesthésie – réanimation médicale	6	3 797	0,23	100%
10	Neurologie	2	4 446	0,24	100%
11	Oncologie	24	4 119	0,26	100%
12	Rhumatologie	22	4 241	0,26	100%
13	Chirurgie générale	28	4 258	0,27	100%
14	Neurochirurgie	88	4 036	0,28	100%
15	Médecine nucléaire	167	3 857	0,28	100%
16	Pneumologie	57	4 152	0,29	100%
17	Gynécologie médicale	208	4 361	0,30	100%

18	Pédiatrie	58	4 892	0,31	100%
19	Anatomie et cytologie pathologique	39	4 404	0,32	100%
20	Gynécologie obstétrique	40	4 325	0,32	100%
21	Hématologie	14	4 660	0,33	100%
22	Chirurgie orale	2 015	3 806	0,38	100%
23	Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	114	4 796	0,39	100%
24	Génétique médicale	518	5 888	0,51	100%
25	Médecine physique et de réadaptation	777	6 987	0,55	100%
26	Psychiatrie	130	8 301	0,68	96%
27	Biologie médicale	316	8 265	0,72	93%
28	Santé publique et médecine sociale	122	8 235	0,73	75%
29	Médecine du travail	1 174	8 297	0,82	66%
30	Médecine générale	25	8 304	0,84	94%

3. Evolutions régionales depuis 2004

3.1. La répartition du surplus de postes ouverts a créé des évolutions très différenciées entre les régions

Par rapport au nombre de postes qui auraient été ouverts dans chaque région, si l'on avait maintenu chaque année le nombre de 2004, le surplus de postes attribué à chacune d'elles pendant 10 ans a représenté une augmentation allant de +28 % en Île-de-France à +111 % en Poitou-Charentes (contre +63 % en moyenne nationale comme vu supra).



3.2. Ces évolutions ne découlent pas de celles des NC correspondants

A priori, on pourrait supposer que les taux d'augmentation très diversifiés de postes ouverts à l'internat selon les UFR et régions découlent de celles des NC correspondants. **Il y aurait continuité entre les deux leviers de régulation géographique que sont le NC et les postes à l'internat, leur objectif commun étant de répondre aux besoins de la population et de réduire les disparités régionales.**

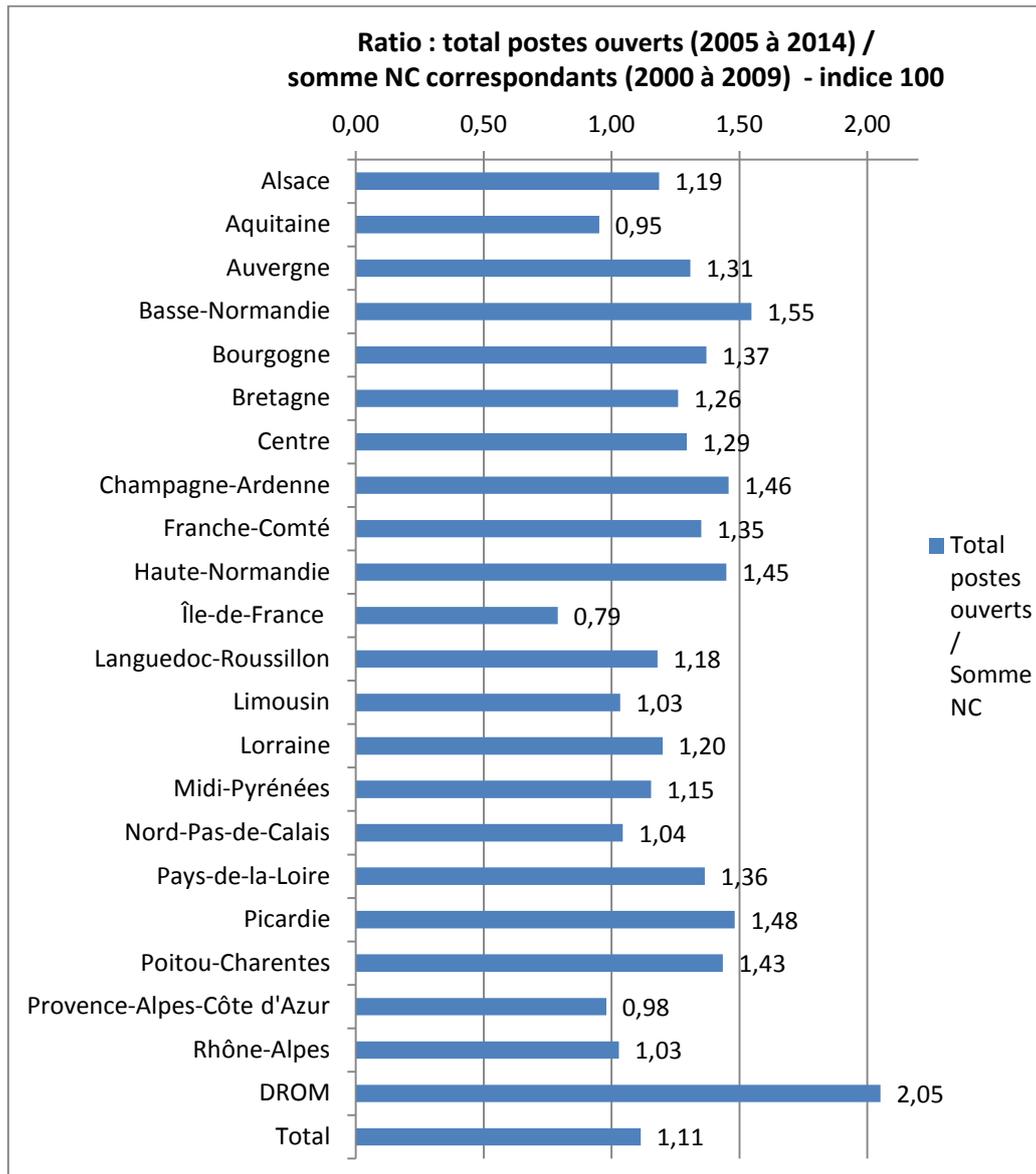
L'observation suivante porte donc sur le rapport, par région, entre la somme des postes ouverts de 2005 à 2014 et celle des NC correspondants (de 2000 à 2009).

Comme vu plus haut, le total des postes ouverts au cours des 10 ans (2005 à 2014) est supérieur de 11 % à la somme des NC correspondants (2000 à 2009) : si l'hypothèse d'une continuité de décisions entre l'autorisation de places au NC et l'ouverture de postes d'internat était avérée, on devrait constater un rapport de l'ordre 1,11 dans chaque région.

Précisément, il n'en est rien : le ratio « total postes ouverts/total NC correspondants » varie de 0,79 en Île-de-France à 2,05 dans les DROM (départements et régions d'outremer).

Six régions ont un ratio inférieur à la moyenne, dont trois qui ont même eu, en valeur absolue, moins de postes d'internes ouverts au cours des dix ans que de places autorisées aux NC correspondants : **principalement Île-de-France**, mais aussi, dans une moindre mesure, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

A l'inverse, les régions les plus surdotées en postes ouverts par rapport à leur NC sont la Basse-Normandie, la Picardie, Champagne Ardenne et la Haute-Normandie.



3.2.1. Ces déséquilibres entre NC et postes ouverts ont-ils un effet correcteur ?

Puisque, par région, il y a discontinuité entre les évolutions de NC et celles des postes ouverts, on peut alors supposer que ces déséquilibres reflètent une volonté de corriger des NC mal formatés : l'observatoire, dans son rapport 2013-2014 consacré à la gestion du NC sur longue période, a en effet souligné les disparités régionales en termes de NC de chaque région rapporté à sa population générale ainsi qu'à sa densité médicale.

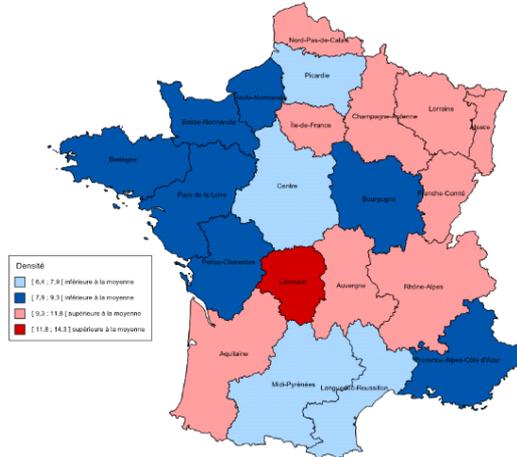
Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, trois ratios ont donc été calculés dans chaque région et représentés sous forme de cartes : pour 100 000 habitants⁹, la densité moyenne annuelle de places autorisées au NC (de 2000 à 2009), de postes ouverts et de postes pourvus (de 2005 à 2014). La moyenne nationale annuelle de ces trois ratios se situe 9,3 places de NC/100 000 habitants, 10,1 postes d'internes ouverts et 9,3 postes d'internes pourvus.

⁹ La population des régions prise en référence correspond aux deux périodes : le dénominateur utilisé pour la densité des NC est donc différente de celle des densités de postes d'internes.

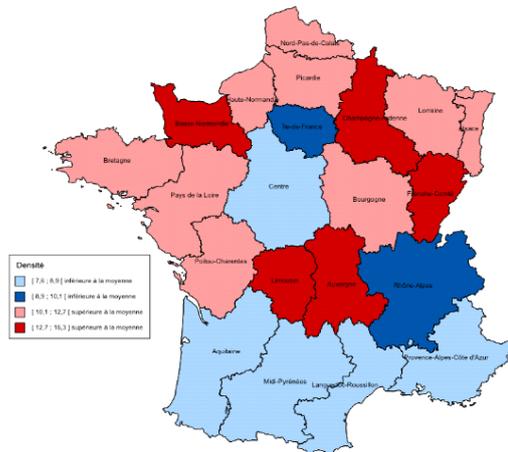
Dans les trois cartes ci-dessous, la couleur rouge représente les régions dont la densité est supérieure à la moyenne (avec deux niveaux) et la couleur bleue celles à densité inférieure à la moyenne.

De même, sont représentées les densités médicales aux deux bornes de la période, soit en 2004 et au 1^{er} janvier 2015.

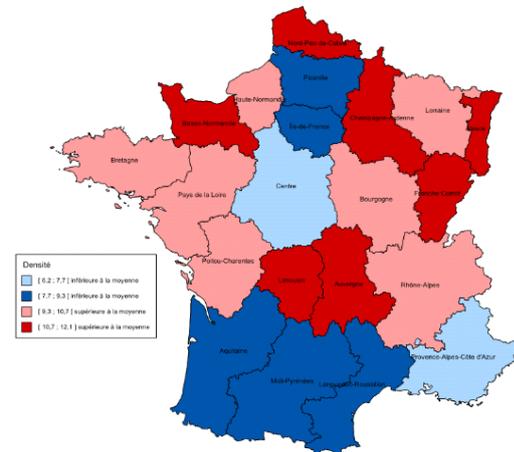
Densité de NC (2000-2009) pour 100 000 habitants



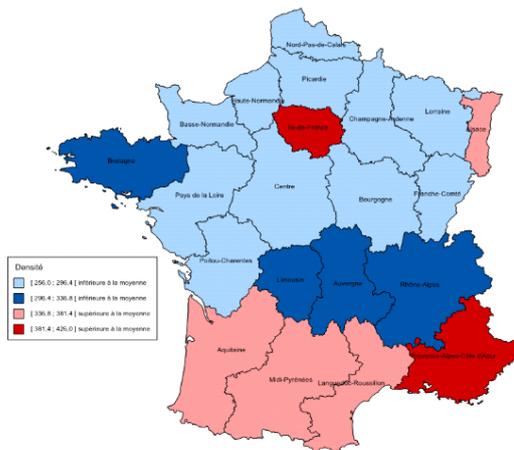
Densité de postes ouverts (2005-2014) pour 100 000 habitants



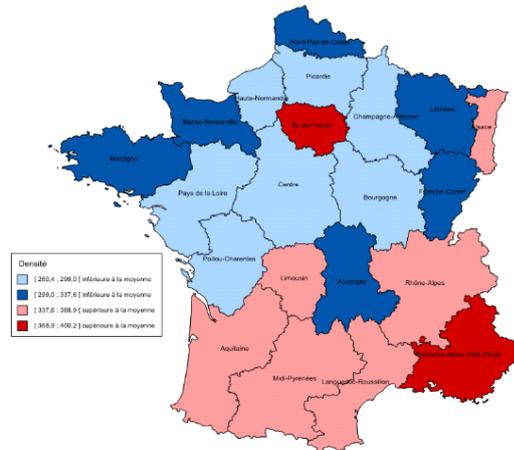
Densité de postes pourvus (2005-2014) pour 100 000 habitants



Densité de médecins au 01/01/2004 pour 100 000 habitants



Densité de médecins au 01/01/2015 pour 100 000 habitants



Sans passer en revue chaque région, il est possible de souligner quelques situations caractéristiques :

Le constat est diversifié. Ainsi, dans certaines régions, la régulation est cohérente entre NC et postes d'internat et elle va dans le bon sens (réduction des inégalités d'offre de médecins), mais elle ne parvient pas à corriger la sur ou sous-densité :

- les régions avec une faible densité de médecins en 2015 malgré des densités de NC et de postes ouverts supérieures à la moyenne : Champagne Ardenne et, dans une moindre mesure, Franche-Comté, Basse-Normandie, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais ;

- les régions où l'autorisation de places de NC et de postes d'internat va dans le bon sens, mais où la non-attractivité de la région (postes pourvus) semble faire obstacle à la correction : c'est par exemple le cas de la Bretagne, la Bourgogne et la Lorraine ;

- les régions où la régulation dysfonctionne : forte densité de NC, de postes ouverts et pourvus pour une forte densité de médecins : c'est le cas de l'Alsace. Cas contraire : la région Centre.

- les régions où la densité de postes ouverts semble corriger un NC trop important eu égard à la densité de médecins (Île-de-France) et inversement (Picardie). Toutefois, dans les deux cas, ce correctif est insuffisant et leur NC devrait sans doute être recalibré.

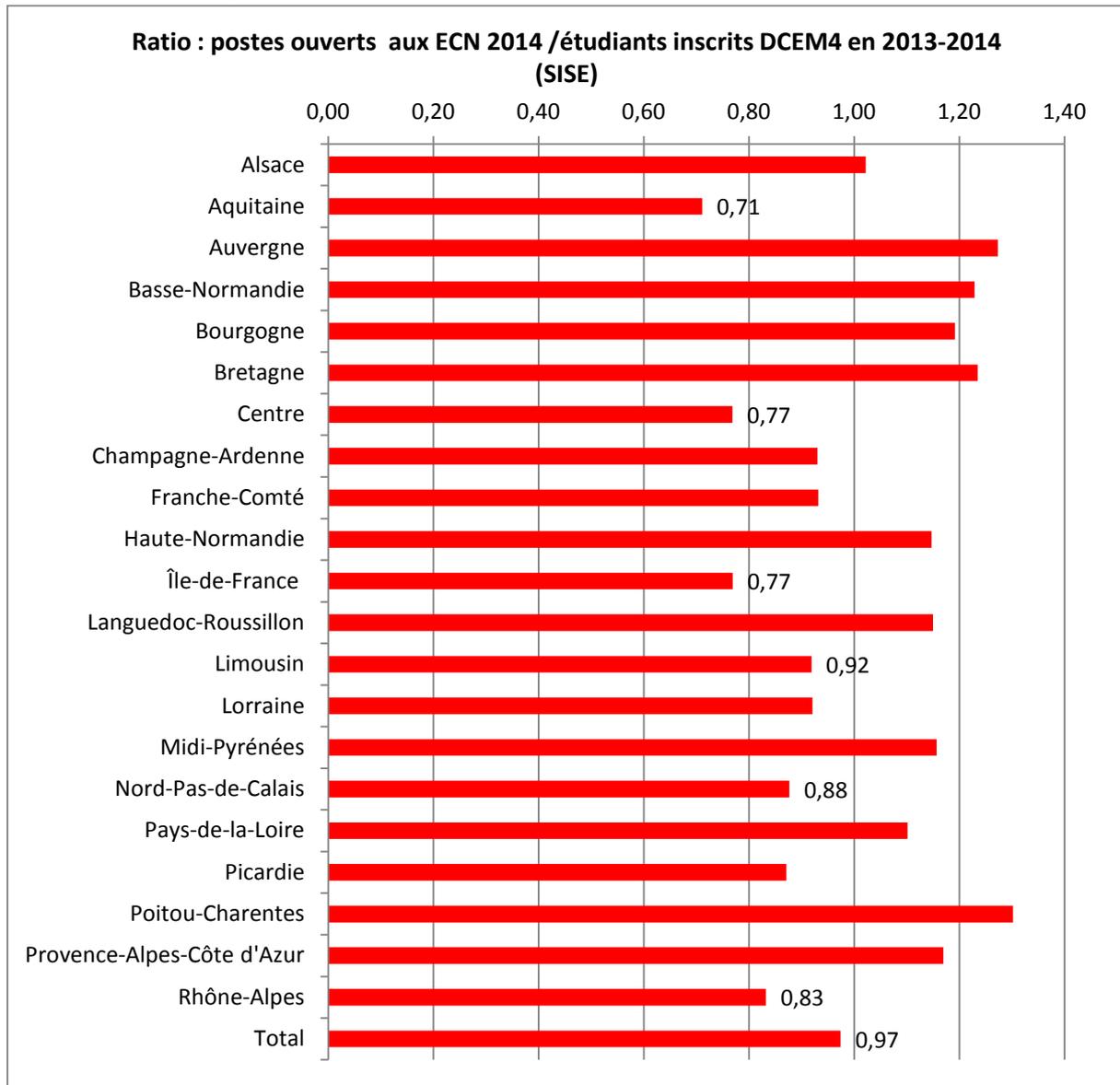
3.2.2. Ces déséquilibres mesurés sur 10 ans sont-ils encore d'actualité ?

Un focus relatif aux ECN 2014 a été réalisé en rapportant cette fois les postes ouverts par région aux étudiants qui y étaient inscrits en DCEM4, le ratio moyen France entière étant dans ce cas de 0,97¹⁰.

Entre la tendance constatée sur 10 ans (postes ouverts/NC correspondant) et la photographie en 2014 (postes ouverts/DCEM4), il y a continuité dans la majorité des cas. Parmi les 6 régions qui apparaissaient sous-dotées en postes d'internes par rapport à leurs étudiants sur longue période, 5 le restent en 2014 : Nord-Pas-de-Calais, Limousin, Rhône-Alpes, Aquitaine, Ile de France. Une seule change de situation : il s'agit de PACA qui a connu une croissance assez tardive de ses postes d'internes.

Quatre régions en revanche qui apparaissaient surdotées sur longue période sont devenues sous dotées en 2014 (moins de postes d'internes que d'étudiants en DCEM4) : Picardie, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Centre.

¹⁰ 8 190 postes ouverts aux ECN de 2014 pour 8 407 étudiants inscrits en DCEM4 (source : SISE 2013-2014).



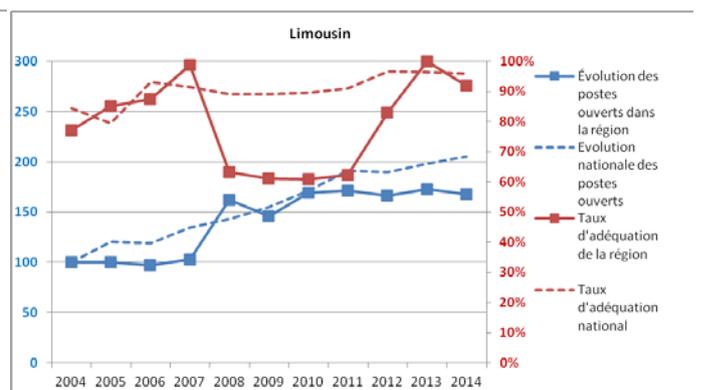
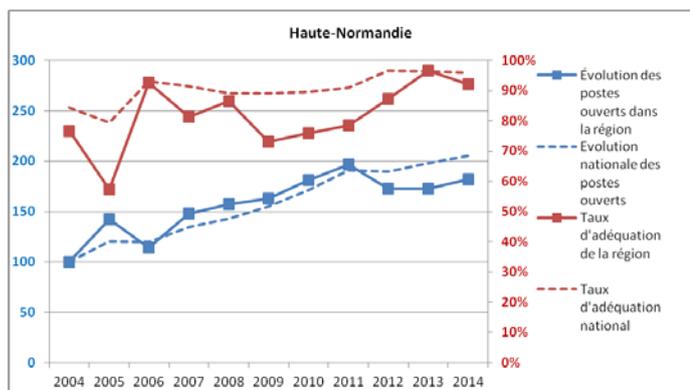
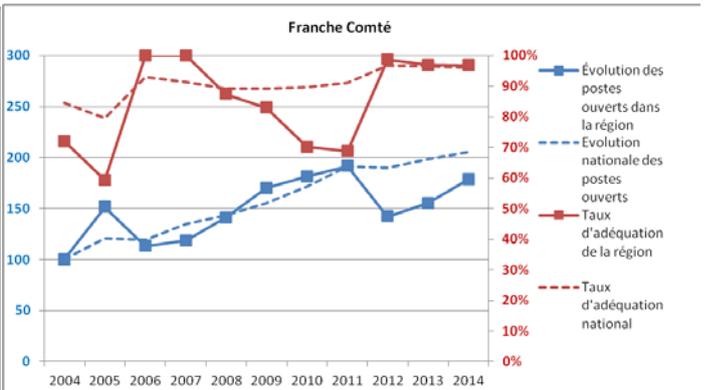
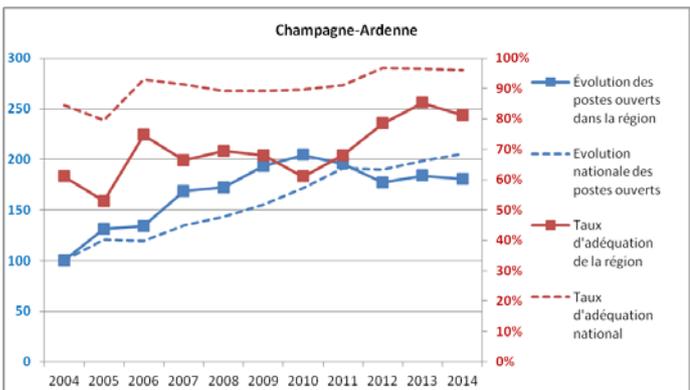
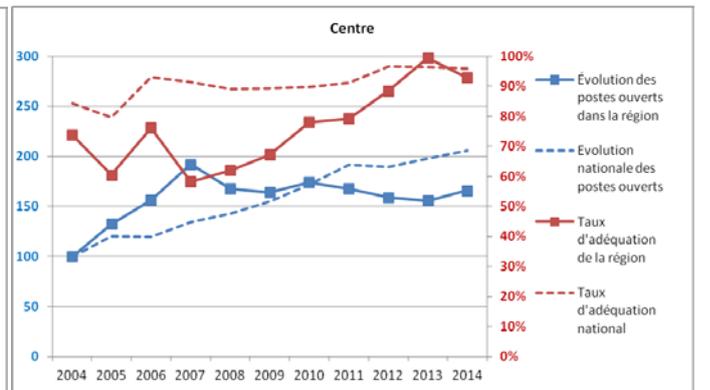
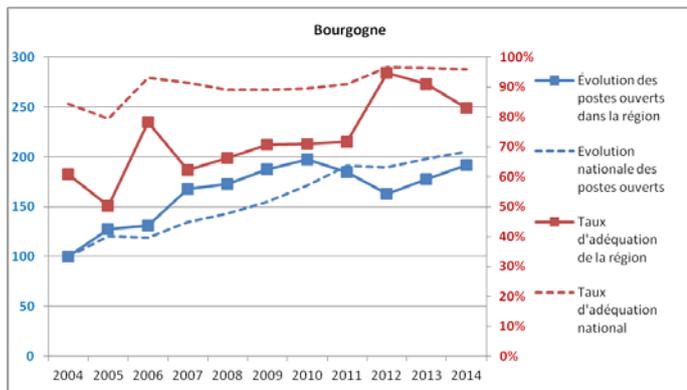
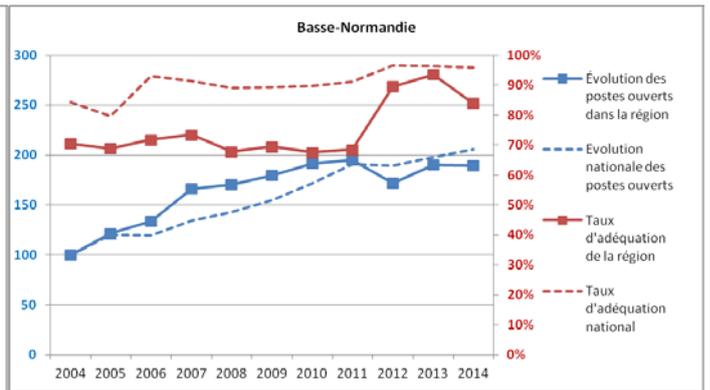
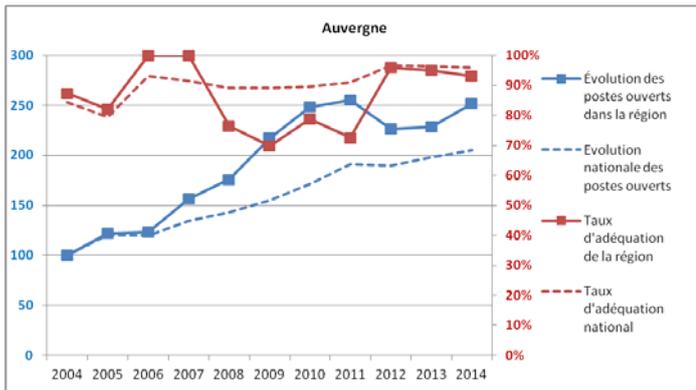
3.3.Effets des augmentations de postes ouverts sur les taux d'adéquation régionaux

Par ailleurs, il a paru pertinent d'identifier les effets de ces augmentations de postes ouverts, parfois très importantes, sur le taux d'adéquation des régions (postes pourvus/postes ouverts) et la capacité de ces dernières à absorber les surplus. Un niveau évident de saturation permettrait sans doute de mieux réguler l'ouverture de postes en limitant leur augmentation là où l'on sait qu'ils ne seront pas pourvus.

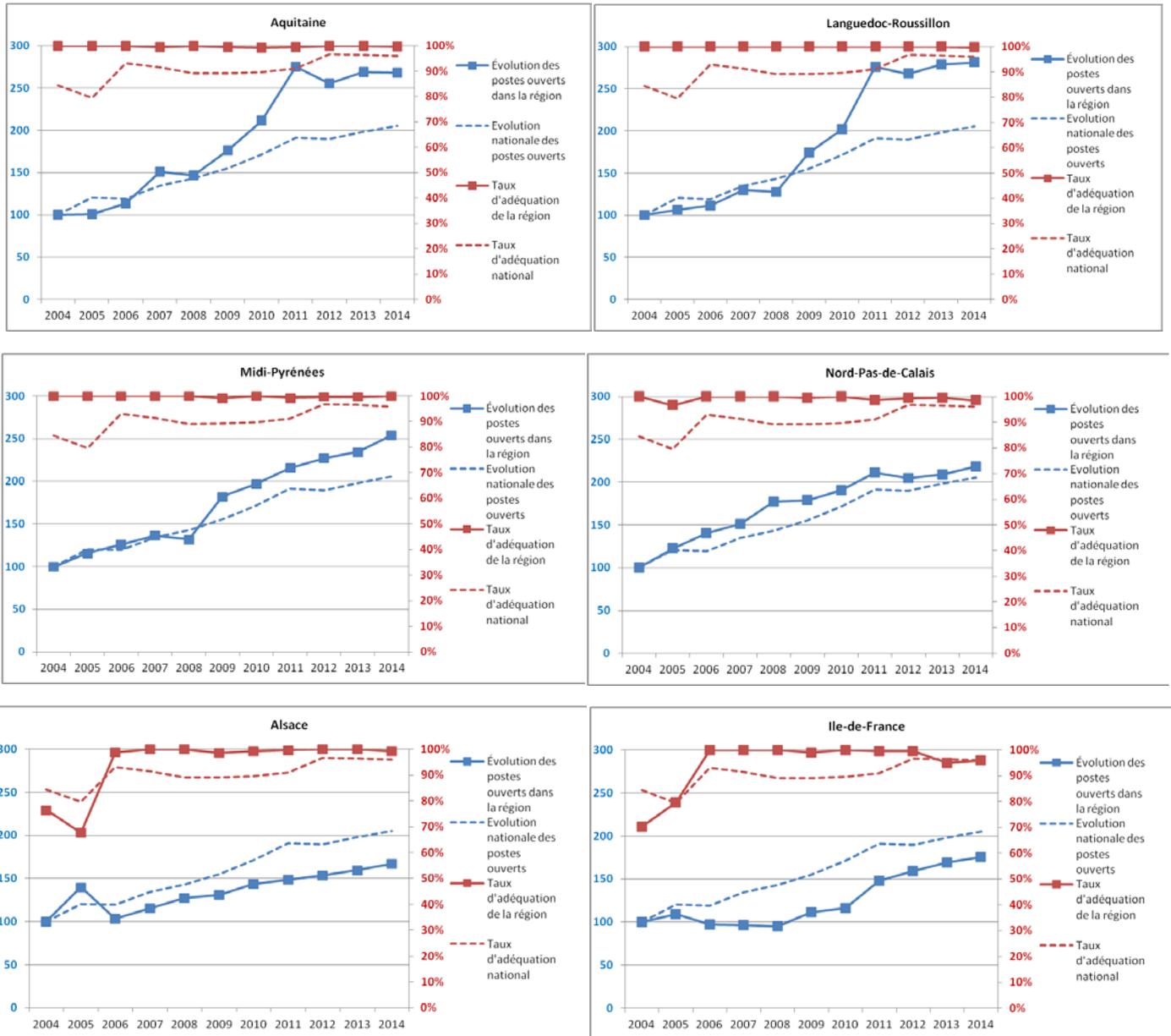
Dans les graphes ci-dessous, réalisés par région, ont été représentés le taux d'augmentation des postes en base 100, année 2004, ainsi que le taux d'adéquation par année. Les moyennes nationales sont rappelées sur chaque graphe.

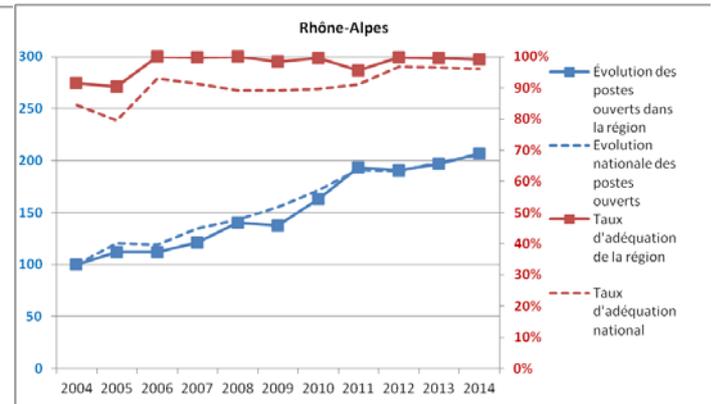
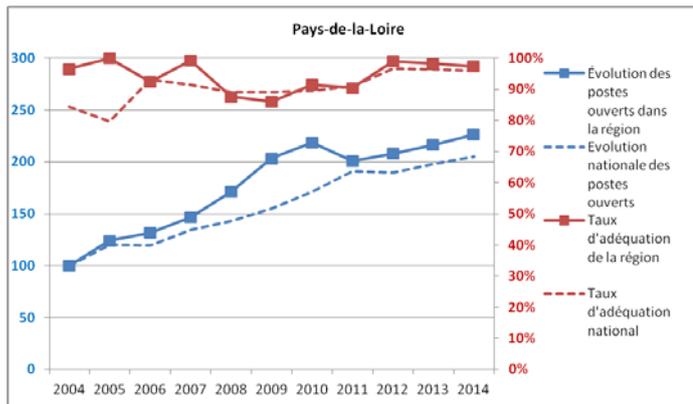
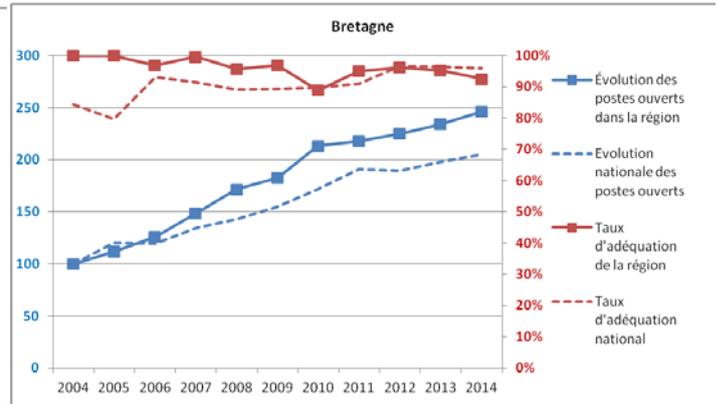
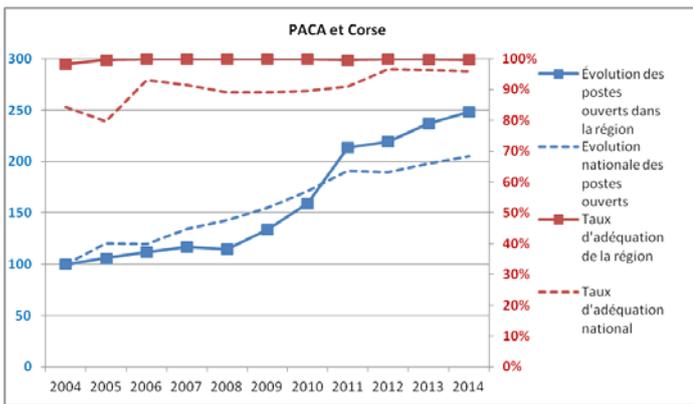
Il en résulte une typologie en quatre groupes des régions :

- celles (8) qui voient leur taux d'adéquation (PP/PO) baisser quand leur nombre de postes ouverts augmente : on y décèle donc un phénomène de saturation ;

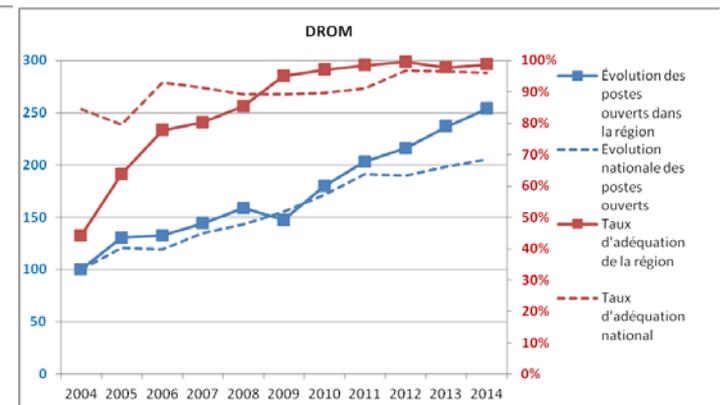
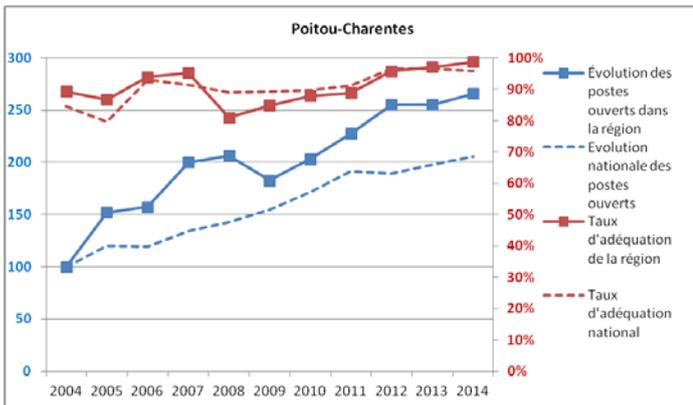


- celles (10) qui présentent un taux d'adéquation à 100 % ou supérieur à la moyenne nationale de façon permanente, quel que soit le taux d'augmentation des postes ouverts ; elles absorbent toutes les hausses ;

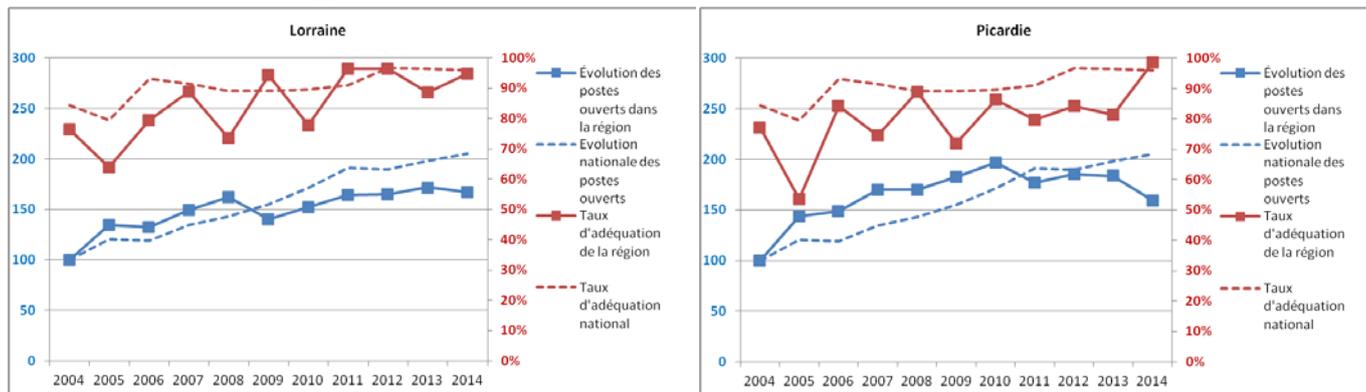




- celles (2) qui, de façon contrintuitive, voient leur taux d'adéquation s'améliorer concomitamment aux augmentations de postes ;



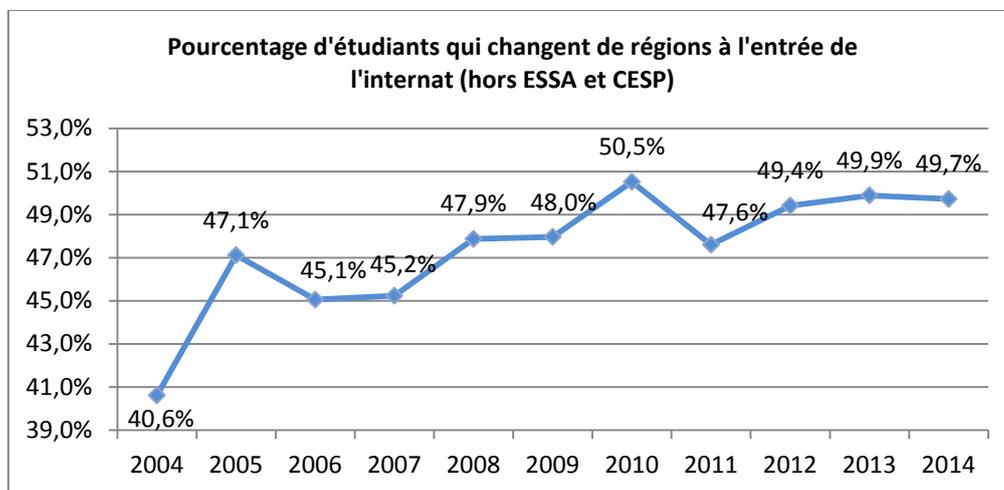
- celles enfin (2) qui présentent un taux d'augmentation des postes assez stable et proche de la moyenne nationale, mais un taux d'adéquation en dents de scie.



3.4. Les mobilités géographiques ou changements d'UFR

3.4.1. Mise en perspective

Près de la moitié des étudiants (hors CESP¹¹) change d'UFR entre le second et le troisième cycle, et ce de façon constante depuis plus de cinq ans. En incluant les CESP, 52,6 % des étudiants ont changé de subdivisions en 2014. Ainsi, **l'efficacité de la répartition géographique des effectifs opérée par le NC apparaît comme très relative**. Il convient toutefois de préciser que les données disponibles ne permettent pas de savoir si les primo-inscrits à l'installation retournent dans la région de leurs premier et second cycles.



Source : DREES

Par ailleurs, sachant qu'à la fin de l'internat environ 37 % de primo-inscrits ne s'installent pas dans leur région de diplôme et que les flux de primo-inscrits ne représentent qu'environ 3,3 % de l'effectif en activité (222 149 au 1^{er} janvier 2015), **il est permis de s'interroger sur la pertinence du NC et des ouvertures de postes d'internat par UFR comme outils de la répartition géographique de l'offre de médecins et de réduction des disparités régionales**.

¹¹ CESP : Contrat d'engagement de service public.

3.4.2. Les mouvements par subdivision

Passage non publié en raison de la convention qui lie la DREES et le CNG et ne prévoit pas que l'ONDPS puisse publier ses analyses.

4. Les transformations introduites deux ans plus tard, au moment des inscriptions définitives (bilan de la filiarisation)

Rappel

La réforme dite de la filiarisation a été introduite par la loi 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.

***L'interne a alors 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). **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 qui induisent une certaine rigidité pour les moins bien classés aux ECN.*

Les caractéristiques de ce dispositif sont rappelées en annexe 1.

Un suivi quantitatif de ce dispositif a été mis en place dès 2013, destiné à estimer l'ampleur des changements qui interviennent entre le choix initial à la sortie des ECN et l'inscription définitive des internes en médecine deux ans plus tard : réduction de la cohorte initiale et mouvements inter disciplines et interspécialités.

Pour ce faire, l'ONDPS a organisé auprès de ses coordonnateurs régionaux une remontée annuelle d'informations recueillies auprès des UFR de médecine. **Ainsi, aujourd'hui, ce sont les trois premières cohortes concernées par la filiarisation qui ont été suivies (2010, 2011, 2012).**

Il convient néanmoins de préciser que le suivi des deux premières cohortes n'a été que partiel, faute d'avoir pu obtenir l'exhaustivité des données. En revanche, les données relatives à la cohorte 2012 sont complètes.

Afin d'appréhender au mieux le phénomène, plusieurs analyses sont présentées ci-dessous, notamment :

- une comparaison sur trois ans à périmètre constant des mouvements dus aux abandons, aux changements de préchoix et au droit au remords, afin d'évaluer leur amplitude et leur plus ou moins grande permanence ;
- une observation des évolutions subies par chacune des spécialités, et ce, aux deux étapes qui suivent la publication des postes ouverts : au moment des choix à la sortie des ECN (postes pourvus/postes ouverts), puis au moment des inscriptions définitives (spécialités gagnantes ou perdantes). Cette analyse permet de repérer en quoi les mouvements d'internes qui interviennent

deux ans après accentuent ou corrigent l'attractivité ou la désaffection des spécialités constatée au moment de leur choix initial.

4.1. Données, flux mesurés et phénomènes observables

4.1.1. Les données exploitables

Pour la première fois en 2015, les données relatives aux mouvements de la cohorte 2012 ont pu être recueillies en totalité.

En revanche, les données afférentes aux cohortes 2010 et 2011 étaient partielles : elles ne couvraient que 28 UFR sur 34 pour la cohorte 2010 et 26 UFR pour la cohorte 2011. En étaient absentes notamment les données des 7 UFR d'Île-de-France.

La comparaison des mouvements ayant affecté les trois cohortes successives n'a donc pu être réalisée que sur un périmètre commun constant, en l'occurrence réduit à 24 UFR¹², soit un peu plus de 70 % des postes pourvus à la sortie des ECN : en sont exclues les UFR de Grenoble, Lyon, Rouen et les 7 UFR d'Île-de-France (voir tableau en annexe 2).

Les mouvements ayant affecté la cohorte 2012 ont été par ailleurs comparés sur chacun des deux périmètres (à 24 ou 34 UFR) afin de cerner les éventuelles distorsions dues à la réduction du périmètre utilisé dans la comparaison historique.

4.1.2. Les flux mesurés

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

- **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...).
- **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.

¹² 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 % de postes pourvus en 2010 (4 506/6 134), 71 % des postes pourvus en 2011 (4 903/6 945) et 72 % en 2012.

4.1.3. Les phénomènes observables

Deux phénomènes sont in fine observables :

- **la réduction des cohortes** initiales qui correspond aux premiers flux définis supra : c'est la somme des départs définitifs et des arrêts temporaires ;
- **l'attractivité ou au contraire la désaffectation des spécialités** qui est appréhendée en calculant, pour chacune d'elle, la « balance nette » entre :
 - les abandons de la spécialité : c'est-à-dire les départs définitifs, souvent destinés au redoublement, et les départs de spécialités par changement de préchoix et exercice du droit au remords ; en revanche, les arrêts temporaires ne sont pas inclus dans les abandons car ils ne préjugent en rien du caractère attractif ou non d'une spécialité ;
 - les arrivées dans la spécialité par changement de préchoix et exercice du droit au remords pour mesurer l'attractivité des spécialités.

4.2. Bilan comparatif des mouvements ayant affecté les trois cohortes de 2010, 2011, 2012

Sur la base des 24 UFR communes aux trois cohortes qui ont adressé des données correctes, les flux décrits plus haut ont été observés. Depuis la mise en œuvre de la réforme, leur amplitude est assez stable au niveau national.

24 subdivisions communes	Cohortes		
	2010	2011	2012
Effectif initial des internes observables	4 506	4 903	5 230
Réduction / effectif initial	-8,6%	-9,5%	-8,9%
<i>dont départs définitifs</i>	-2,8%	-3,7%	-3,8%
<i>dont arrêts temporaires</i>	-5,8%	-5,8%	-5,1%
Amplitude des flux interspécialités	4,0%	3,6%	3,7%

Les arrêts temporaires constituent la majeure partie des effectifs de la cohorte qui ne procèdent pas à une inscription définitive au bout de deux ans, mais leur part diminue au fil du temps : ils ont représenté successivement 67,3 % en 2010, 60,8 % en 2011 et 57,6 % en 2012 de la réduction totale, soit 5,8 % en 2010 et 2011, puis 5,1 % de la cohorte. A contrario, la part des départs définitifs augmente.

4.2.1. Analyse des flux par UFR et région

Départs définitifs et arrêts temporaires sur 24 UFR

24 subdivisions communes		2010		2011		2012	
Région	Subdivision	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Alsace	Strasbourg	237	-14,8%	246	-13,4%	255	-15,7%
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane	95	-1,1%	114	-6,1%	122	-0,8%
Aquitaine	Bordeaux	298	-6,7%	389	-3,6%	363	-3,0%
Auvergne	Clermont-Ferrand	170	-14,1%	161	-8,1%	189	-8,5%
Basse-Normandie	Caen	157	-12,1%	162	-6,8%	187	-8,6%
Bourgogne	Dijon	168	-3,6%	159	-8,2%	185	-10,3%
Bretagne	Brest	116	-7,8%	147	-13,6%	160	-12,5%
Bretagne	Rennes	211	-11,4%	211	-17,1%	214	-12,1%
Centre	Tours	171	-12,9%	167	-12,6%	177	-7,9%
Champagne-Ardenne	Reims	147	-3,4%	156	-7,1%	164	-6,7%
Franche Comté	Besançon	136	-5,1%	141	-13,5%	150	-10,0%
Languedoc-Roussillon	Montpellier	226	0,0%	309	-3,6%	298	-3,4%
Limousin	Limoges	76	-5,3%	75	0,0%	101	-5,9%
Lorraine	Nancy	205	-5,4%	274	-13,5%	275	-16,0%
Midi-Pyrénées	Toulouse	265	-7,2%	287	-3,1%	303	-8,6%
Nord-Pas-de-Calais	Lille	459	-7,8%	501	-16,0%	490	-11,2%
Océan Indien	Océan Indien	73	0,0%	76	-13,2%	82	-4,9%
PACA + Corse	Aix-Marseille	251	-7,2%	359	-14,8%	372	-11,8%
PACA + Corse	Nice	129	0,0%	149	-2,0%	151	-1,3%
Pays-de-la-Loire	Angers	173	-22,0%	157	-5,7%	202	-4,5%
Pays-de-la-Loire	Nantes	230	-13,5%	210	-5,2%	215	-11,2%
Picardie	Amiens	209	-16,3%	174	-15,5%	192	-15,6%
Poitou-Charentes	Poitiers	168	-10,7%	190	-7,4%	229	-7,9%
Rhône-Alpes	Saint-Etienne	136	-5,1%	89	-2,2%	154	-2,6%
Total général		4506	-8,6%	4903	-9,5%	5230	-8,9%

Les variations importantes d'une UFR à l'autre ont conduit à chercher une éventuelle relation entre les taux de départs définitifs et le caractère plus ou moins attractif de l'UFR au moment des choix à la sortie des ECN. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette liaison n'est pas été observée. Ainsi, parmi les 3 UFR dont le taux de postes pourvus est le plus faible (Champagne-Ardenne, Limousin et Picardie), la part des départs définitifs est respectivement de 5,5 %, 2,0 %, 5,0 %. La même variabilité se constate dans les 8 UFR pourvues à 100 % : Strasbourg, Bordeaux, Océan Indien, Aix-Marseille, Nice, Nantes et Saint-Etienne.

Taux d'adéquation (postes pourvus/ postes ouverts aux ECN) et part des départs définitifs (sur 24 UFR)

24 subdivisions communes		2010		2011		2012	
Région	Subdivision	Part des postes pourvus/ouverts	Part des départs définitifs/effectif initial	Part des postes pourvus/ouverts	Part des départs définitifs/effectif initial	Part des postes pourvus/ouverts	Part des départs définitifs/effectif initial
Alsace	Strasbourg	99,2%	-6,3%	99,6%	-7,7%	100%	-7,5%
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane	94,9%	-1,1%	97,4%	-1,8%	99,2%	-0,8%
Aquitaine	Bordeaux	99,3%	-3,0%	99,5%	-1,3%	100%	-0,8%
Auvergne	Clermont-Ferrand	78,7%	-4,7%	72,5%	-2,5%	95,9%	-2,6%
Basse-Normandie	Caen	67,5%	-1,3%	68,5%	-2,5%	89,5%	-3,7%
Bourgogne	Dijon	70,9%	-3,6%	71,6%	-3,1%	94,9%	-2,7%
Bretagne	Brest	74,1%	-1,7%	92,5%	-4,1%	93,5%	0,0%
Bretagne	Rennes	100%	-2,4%	96,8%	-4,7%	97,7%	-5,1%
Centre	Tours	78,1%	-6,4%	79,1%	-3,0%	88,5%	-1,1%
Champagne-Ardenne	Reims	61,0%	-3,4%	68,0%	-5,1%	78,5%	-5,5%
Franche Comté	Besançon	70,1%	-1,5%	68,8%	-4,3%	98,7%	-2,7%
Languedoc-Roussillon	Montpellier	100%	0,0%	100%	-3,6%	100%	-0,7%
Limousin	Limoges	60,8%	-5,3%	62,2%	0,0%	82,9%	-2,0%
Lorraine	Nancy	77,9%	-2,0%	96,5%	-6,9%	96,1%	-6,9%
Midi-Pyrénées	Toulouse	100%	-1,9%	99,3%	-0,3%	99,7%	-6,3%
Nord-Pas-de-Calais	Lille	100%	-3,3%	98,6%	-6,6%	99,4%	-5,7%
Océan Indien	Océan Indien	100%	0,0%	100%	-1,3%	100%	-1,2%
PACA + Corse	Aix-Marseille	100%	-1,2%	99,4%	-2,5%	100%	-4,6%
PACA + Corse	Nice	100%	0,0%	100%	-1,3%	100%	0,0%
Pays-de-la-Loire	Angers	86,9%	-0,6%	80,5%	-5,1%	98,1%	-4,5%
Pays-de-la-Loire	Nantes	95,0%	-3,5%	99,5%	-3,8%	100%	-3,7%
Picardie	Amiens	86,4%	-8,1%	79,8%	-8,0%	83,8%	-7,3%
Poitou-Charentes	Poitiers	88,0%	-1,8%	88,8%	-0,5%	95,8%	-3,5%
Rhône-Alpes	Saint-Etienne	100%	-0,7%	79,5%	-1,1%	100%	-2,6%
Taux moyen des 24 subdivisions		90,4%	-2,8%	95,6%	-3,7%	97,5%	-3,8%

4.2.2. Flux interspécialités (droit au remords + changement de préchoix)

Au niveau national, la part d'internes qui changent de spécialités, en effectuant un changement de préchoix ou un droit au remords, est assez stable et varie entre 3,6 % et 4,0 % de l'effectif selon les années.

En revanche, d'une subdivision à l'autre, on constate une grande hétérogénéité dans l'amplitude des mouvements interspécialités, puisque, même s'il est moins élevé en 2012, le coefficient de variation est toujours supérieur à 40 %.

24 subdivisions communes	Cohortes		
	2010	2011	2012
Effectif initial des internes observables	4 506	4 903	5 230
Part d'internes qui changent de spécialités au sein d'une même UFR (moyenne)	4,0%	3,6%	3,7%
Écart-type	1,8%	1,9%	1,5%
Coefficient de variation (écart-type/moyenne)	45,8%	54,3%	41,0%
Borne inférieure de l'intervalle de confiance	2,2%	1,6%	2,2%
Borne supérieure de l'intervalle de confiance	5,8%	5,5%	5,2%

La démarche suivante a consisté à observer les UFR dont l'amplitude des mouvements interspécialités, en 2012, était en de ça et au-delà des bornes de l'intervalle de confiance : au-dessus de 5,2 % et en dessous de 2,2 %.

- Les 4 UFR qui ont une part d'internes qui changent de spécialités supérieure à la borne haute de 5,2 % sont Brest, Montpellier, Toulouse et l'Océan Indien. Cette dernière UFR est la seule pour laquelle on observe une permanence du phénomène ;
- Les 4 UFR qui ont une faible part d'internes qui changent de spécialités inférieure à la borne basse de 2,2 % sont Antilles-Guyane, Reims, Limoges et Angers. Pour les deux premières UFR mentionnées.

Ainsi, en comparant les trois cohortes, l'amplitude des flux interspécialités par UFR ne présente pas de stabilité. Ce phénomène ne semble donc pas corrélé au facteur géographique.

Amplitude des flux interspécialités par UFR

Région	Subdivision	2010		2011		2012	
		Cohorte ECN	en % de la cohorte	Cohorte ECN	en % de la cohorte	Cohorte ECN	en % de la cohorte
Alsace	Strasbourg	237	3,4%	246	4,9%	255	3,1%
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane	95	4,2%	114	0,9%	122	1,6%
Aquitaine	Bordeaux	298	3,0%	389	2,6%	363	5,0%
Auvergne	Clermont-Ferrand	170	2,9%	161	3,1%	189	2,6%
Basse-Normandie	Caen	157	2,5%	162	2,5%	187	3,7%
Bourgogne	Dijon	168	4,2%	159	1,3%	185	3,2%
Bretagne	Brest	116	6,9%	147	3,4%	160	5,6%
Bretagne	Rennes	211	6,2%	211	6,2%	214	4,2%

Centre	Tours	171	3,5%	167	4,2%	177	4,5%
Champagne-Ardenne	Reims	147	4,1%	156	1,9%	164	1,2%
Franche Comté	Besançon	136	5,1%	141	4,3%	150	4,7%
Languedoc-Roussillon	Montpellier	226	5,3%	309	3,2%	298	6,4%
Limousin	Limoges	76	9,2%	75	8,0%	101	2,0%
Lorraine	Nancy	205	3,9%	274	3,6%	275	4,0%
Midi-Pyrénées	Toulouse	265	4,5%	287	2,8%	303	5,9%
Nord-Pas-de-Calais	Lille	459	3,5%	501	3,4%	490	2,7%
Océan Indien	Océan Indien	73	4,1%	76	6,6%	82	6,1%
PACA + Corse	Aix-Marseille	251	6,0%	359	5,8%	372	3,8%
PACA + Corse	Nice	129	3,9%	149	0,0%	151	2,6%
Pays-de-la-Loire	Angers	173	6,4%	157	1,9%	202	1,0%
Pays-de-la-Loire	Nantes	230	1,3%	210	3,8%	215	2,8%
Picardie	Amiens	209	1,0%	174	3,4%	192	2,6%
Poitou-Charentes	Poitiers	168	4,8%	190	5,8%	229	3,9%
Rhône-Alpes	Saint-Etienne	136	2,2%	89	5,6%	154	2,6%
Total général		4506	4,0%	4903	3,6%	5230	3,7%

4.3. Attraction et désaffection des spécialités

4.3.1. Évolution des spécialités de l'affectation à l'inscription définitive deux ans plus tard

Au niveau national, la balance nette toutes spécialités est égale in fine au total des départs définitifs. En effet, les mouvements interspécialités se compensent forcément et, par ailleurs, les arrêts temporaires sont exclus de cette approche, comme indiqué supra

24 subdivisions communes	Cohortes			
	2010	2011	2012	
Effectif initial des internes observables (postes pourvus)	4 506	4 903	5 230	
Départs définitifs	-2,9%	-3,7%	-3,8%	
Exercice du droit au remords et changement de préchoix	Abandons de spécialités	-4,0%	-3,6%	-3,7%
	Arrivées dans ses spécialités	4,0%	3,6%	3,7%
Balance nette	-2,9%	-3,7%	-3,8%	
Écart-type	8,6%	12,1%	6,2%	
Borne inférieure de l'intervalle de confiance	-11,5%	-15,8%	-9,9%	
Borne supérieure de l'intervalle de confiance	5,7%	8,4%	2,4%	

En revanche, chaque année, il y a une grande hétérogénéité entre les balances nettes de chacune des spécialités comme l'indiquent l'écart-type et les bornes haute et basse de l'intervalle de confiance : en effet, les arrivées dans une spécialité peuvent compenser les départs définitifs et les abandons de spécialité, et même au-delà. On observe ainsi que certaines spécialités sont excédentaires.

La démarche est la suivante : observer les spécialités dont la balance nette, en 2012, était en deçà et au-delà des bornes de l'intervalle de confiance, c'est-à-dire au-dessus de +2,4 % et en dessous de -9,9 % par rapport au nombre initial d'affectations.

- 2 spécialités ont une balance nette supérieure à 2,4 % en 2012 : la cardiologie et maladies vasculaires (+3,2 %) et la pneumologie (+2,9 %). Ces deux spécialités sont également attractives au cours des deux années précédentes ;
- 10 spécialités ont une balance nette inférieure à -9,9 % en 2012 : biologie médicale, gynécologie obstétrique, santé publique et médecine sociale, anatomie et cytologie pathologiques, endocrinologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire et rhumatologie.

Parmi ces 10 spécialités, 4 présentaient un déficit net encore plus important l'année précédente (-40 % en génétique médicale, -22,6 % en hématologie, -18,2 % en endocrinologie, diabète et maladies métaboliques et -16,7 % en anatomie et cytologie pathologiques dans la cohorte 2011).

Au cours des trois années, les cohortes présentent une relative stabilité quant au caractère attractif ou non des spécialités.

Balance nette des spécialités sur le périmètre des 24 UFR

Spécialités	2010		2011		2012	
	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte	Cohorte ECN	En % de la cohorte
Anesthésie-Réanimation	226	-0,4%	261	1,9%	276	-0,4%
Biologie médicale	66	-10,6%	63	-11,1%	75	-14,7%
Gynécologie médicale	17	5,9%	21	-14,3%	22	-4,5%
Gynécologie obstétrique	128	-0,8%	141	-2,8%	144	-11,1%
Médecine du travail	58	-31,0%	52	-7,7%	66	-4,5%
Médecine générale	2211	-2,5%	2376	-3,7%	2499	-3,8%
Pédiatrie	187	-2,1%	200	-1,0%	205	0,5%
Psychiatrie	274	-0,7%	331	-3,3%	341	0,0%
Santé publique et médecine sociale	50	-4,0%	48	4,2%	47	-19,1%
Spécialités filiarisées	3217	-2,8%	3493	-3,2%	3675	-3,7%
Anatomie et cytologie pathologiques	36	13,9%	42	-16,7%	45	-11,1%
Cardiologie et maladies vasculaires	99	-1,0%	114	2,6%	125	3,2%
Dermatologie et vénéréologie	53	-3,8%	57	5,3%	63	-3,2%
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	42	-14,3%	44	-18,2%	53	-11,3%
Gastro-entérologie et hépatologie	65	1,5%	67	-3,0%	78	-3,8%
Génétique médicale	12	-16,7%	15	-40,0%	17	-17,6%
Hématologie	28	-3,6%	31	-22,6%	34	-17,6%
Médecine interne	63	-12,7%	70	-8,6%	77	-10,4%

Médecine nucléaire	28	-10,7%	25	-4,0%	29	-10,3%
Médecine physique et réadaptation	51	-13,7%	54	-11,1%	60	-5,0%
Néphrologie	51	3,9%	54	-7,4%	57	-3,5%
Neurologie	60	-5,0%	63	-6,3%	74	-8,1%
Oncologie	72	2,8%	81	-3,7%	91	-1,1%
Pneumologie	56	1,8%	61	1,6%	69	2,9%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	120	-0,8%	128	-2,3%	149	0,0%
Rhumatologie	50	-8,0%	50	-10,0%	57	-10,5%
Spécialités médicales	886	-3,0%	956	-5,8%	1078	-4,5%
Chirurgie générale	265	-3,8%	294	-3,1%	311	-3,2%
Chirurgie orale/Stomatologie	2	0,0%	12	-50,0%	8	0,0%
Neurochirurgie	14	7,1%	19	-10,5%	15	-6,7%
Ophtalmologie	72	1,4%	77	2,6%	87	0,0%
ORL et chirurgie cervico-faciale	50	-12,0%	52	-3,8%	56	-5,4%
Spécialités chirurgicales	403	-3,5%	454	-3,7%	477	-2,9%
Total général	4506	-2,9%	4903	-3,7%	5230	-3,8%

4.3.2. Évolution des spécialités de l'ouverture des postes jusqu'à l'inscription définitive deux ans plus tard

Une vision plus précise de l'évolution des spécialités entre l'ouverture des postes par arrêté et l'inscription définitive deux ans plus tard est proposée ci-dessous. Il s'agit d'une part de mesurer l'importance relative des deux étapes qui modifient l'arrêté d'ouverture de postes (choix initial des postes, puis inscriptions définitives), d'autre part de constater dans quelle mesure la seconde étape accentue ou non la tendance de la première étape.

Au niveau national, la réduction des postes est en majeure partie imputable à l'étape initiale à la sortie des ECN : toutefois, l'importance relative de celle-ci (postes non pourvus au moment du choix initial) diminue en passant de 83% en 2010, 79 % en 2011 et 53 % en 2012 de l'inoccupation totale des postes constatée deux ans après les ECN.

La rupture observée en 2012 est due à l'amélioration du taux d'adéquation entre postes ouverts et postes pourvus à la sortie des ECN qu'a générée la réforme de 2012 (invalidations avant le classement des étudiants). **A contrario, cela signifie qu'à partir de 2012, en agrégat national, il y a presque autant d'abandons de postes au bout de deux ans que de postes non pourvus à la sortie des ECN.**

24 subdivisions communes	Cohortes		
	2010	2011	2012
Postes ouverts aux ECN	5 147	5 563	5 446
Effectif initial des internes observables (postes pourvus)	4 506	4 903	5 230
Part des postes non pourvus sur ceux ouverts	-12,5%	-11,9%	-4,0%
Effectif final des internes observables (postes occupés 2 ans plus tard)	4 375	4 721	5 033
Part des postes inoccupée 2 ans après l'ouverture des postes	-15,0%	-15,1%	-7,6%

Écart-type	12,0%	13,8%	10,5%
Coefficient de variation	-79,9%	-91,3%	-138,2%
Borne inférieure de l'intervalle de confiance	-27,0%	-29,0%	-18,1%
Borne supérieure de l'intervalle de confiance	-3,0%	-1,3%	2,9%

On observe les spécialités qui, en 2012, sont au-dessus et en dessous des bornes de l'intervalle de confiance, c'est-à-dire celles dont l'évolution nette des postes ouverts au bout de deux ans est supérieure à +2,9% ou inférieure -18,1% : seulement 2 spécialités sont dans le premier cas de figure (cardiologie et maladies vasculaires avec +3,2 % et pneumologie avec +2,9 %) et 2 spécialités également dans le second cas (médecine du travail avec -41,1 % et santé publique et médecine sociale avec -38,7 %).

Les 2 spécialités perdantes le sont de manière constante au cours des trois années, mais leur situation se dégrade, en particulier en santé publique. Par ailleurs, si les changements de choix au bout de deux accentuent toujours la tendance de désaffectation en médecine du travail, cela n'est pas vrai tous les ans en santé publique et médecine sociale. Cette dernière spécialité présente un profil variable : la cohorte 2011 regagne 3,3 points au bout de deux ans et en perd 14,5 dans la cohorte 2012.

Part des postes occupés à l'issue des ECN et au bout de deux ans dans les postes ouverts

Spécialités (24 subdivisions communes)	2010			2011			2012		
	Postes ouverts	Part des postes non pourvus	Part des postes non occupés 2 ans + tard	Postes ouverts	Part des postes non pourvus	Part des postes non occupés 2 ans + tard	Postes ouverts	Part des postes non pourvus	Part des postes non occupés 2 ans + tard
Médecine générale	2816	-21,5%	-23,5%	2986	-20,4%	-23,3%	2651	-5,7%	-9,3%
Biologie médicale	65	1,5%	-9,2%	64	-1,6%	-12,5%	75	0,0%	-14,7%
Gynécologie médicale	17	0,0%	5,9%	21	0,0%	-14,3%	22	0,0%	-4,5%
Gynécologie obstétrique	128	0,0%	-0,8%	141	0,0%	-2,8%	144	0,0%	-11,1%
Médecine du travail	88	-34,1%	-54,5%	88	-40,9%	-45,5%	107	-38,3%	-41,1%
Pédiatrie	187	0,0%	-2,1%	200	0,0%	-1,0%	205	0,0%	0,5%
Psychiatrie	275	-0,4%	-1,1%	333	-0,6%	-3,9%	349	-2,3%	-2,3%
Santé publique et médecine sociale	56	-10,7%	-14,3%	61	-21,3%	-18,0%	62	-24,2%	-38,7%
Spécialités filiarisées	3858	-16,6%	-18,9%	4155	-15,9%	-18,6%	3891	-5,6%	-9,0%
Anatomie et cytologie pathologiques	36	0,0%	13,9%	42	0,0%	-16,7%	45	0,0%	-11,1%
Cardiologie et maladies vasculaires	99	0,0%	-1,0%	114	0,0%	2,6%	125	0,0%	3,2%
Dermatologie et vénéréologie	53	0,0%	-3,8%	57	0,0%	5,3%	63	0,0%	-3,2%
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	42	0,0%	-14,3%	44	0,0%	-18,2%	53	0,0%	-11,3%
Gastro-entérologie et hépatologie	65	0,0%	1,5%	67	0,0%	-3,0%	78	0,0%	-3,8%
Génétique médicale	12	0,0%	-16,7%	15	0,0%	-40,0%	17	0,0%	-17,6%
Hématologie	28	0,0%	-3,6%	30	3,3%	-20,0%	34	0,0%	-17,6%
Médecine interne	63	0,0%	-12,7%	70	0,0%	-8,6%	77	0,0%	-10,4%

Médecine nucléaire	28	0,0%	-10,7%	25	0,0%	-4,0%	29	0,0%	-10,3%
Médecine physique et réadaptation	51	0,0%	-13,7%	53	1,9%	-9,4%	60	0,0%	-5,0%
Néphrologie	51	0,0%	3,9%	54	0,0%	-7,4%	57	0,0%	-3,5%
Neurologie	60	0,0%	-5,0%	63	0,0%	-6,3%	74	0,0%	-8,1%
Oncologie	72	0,0%	2,8%	81	0,0%	-3,7%	91	0,0%	-1,1%
Pneumologie	56	0,0%	1,8%	61	0,0%	1,6%	69	0,0%	2,9%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	120	0,0%	-0,8%	128	0,0%	-2,3%	149	0,0%	0,0%
Rhumatologie	50	0,0%	-8,0%	50	0,0%	-10,0%	57	0,0%	-10,5%
Spécialités médicales	886	0,0%	-3,0%	954	0,2%	-5,6%	1078	0,0%	-4,5%
Chirurgie générale	265	0,0%	-3,8%	294	0,0%	-3,1%	310	0,3%	-2,9%
Chirurgie orale/Stomatologie	2	0,0%	0,0%	12	0,0%	-50,0%	8	0,0%	0,0%
Neurochirurgie	14	0,0%	7,1%	19	0,0%	-10,5%	15	0,0%	-6,7%
Ophtalmologie	72	0,0%	1,4%	77	0,0%	2,6%	87	0,0%	0,0%
ORL et chirurgie cervico-faciale	50	0,0%	-12,0%	52	0,0%	-3,8%	57	-1,8%	-7,0%
Spécialités chirurgicales	403	0,0%	-3,5%	454	0,0%	-3,7%	477	0,0%	-2,9%
Total des 24 UFR	5147	-12,5%	-15,0%	5563	-11,9%	-15,2%	5446	-4,0%	-7,6%

Pour compléter cette analyse, une comparaison a été cette fois réalisée sur la cohorte 2012 selon les deux périmètres, le restreint utilisé dans la comparaison historique et l'élargi à l'ensemble des 34 UFR.

La diminution de postes ouverts est légèrement inférieure au total national, mais la dispersion demeure la même entre spécialités.

Cohorte ECN 2012	Périmètre réduit (24 UFR)	Périmètre complet (34 UFR)
Moyenne des postes inoccupés 2 ans après (en % des postes ouverts)	-7,6%	-6,6%
Écart-type	10,3%	10,3%
Borne inférieure de l'intervalle de confiance	-17,9%	-16,8%
Borne supérieure de l'intervalle de confiance	2,7%	3,7%

Les deux spécialités dont le gain est supérieur à la borne supérieure dans le périmètre restreint, à savoir cardiologie et maladies vasculaires et pneumologie demeurent gagnantes, mais dans une moindre mesure ; en revanche ce sont deux autres spécialités dont le gain net est très largement supérieur aux autres spécialités : chirurgie orale (+8,3 %), radiodiagnostic et imagerie médicale (+4,8 %).

Aux deux spécialités –médecine du travail et santé publique et médecine sociale– qui se trouvent en dessous de la borne inférieure dans les deux périmètres, s'ajoutent dans le périmètre élargi deux autres spécialités : biologie médicale (-19,8 %) et génétique médicale (-19,0 %).

Part des postes occupés à l'issue des ECN et au bout de deux ans dans les postes ouverts en 2012

Cohorte ECN 2012	Périmètre réduit (24 UFR)			Périmètre complet (34 UFR)		
	Postes ouverts	Part des postes non pourvus	Part des postes inoccupés 2 ans + tard	Postes ouverts	Part des postes non pourvus	Part des postes inoccupés 2 ans + tard
Médecine générale	2651	-5,7%	-9,3%	3601	-5,1%	-8,2%
Anesthésie-Réanimation	276	0,0%	-0,4%	411	0,0%	0,7%
Biologie médicale	75	0,0%	-14,7%	101	-4,0%	-19,8%
Gynécologie médicale	22	0,0%	-4,5%	30	0,0%	0,0%
Gynécologie obstétrique	144	0,0%	-11,1%	206	0,0%	-9,7%
Médecine du travail	107	-38,3%	-41,1%	153	-34,0%	-41,2%
Pédiatrie	205	0,0%	0,5%	302	0,0%	-1,0%
Psychiatrie	349	-2,3%	-2,3%	500	-1,6%	-1,6%
Santé publique et médecine sociale	62	-24,2%	-38,7%	91	-16,5%	-30,8%
Spécialités filiarisées	3891	-5,6%	-9,0%	5395	-4,9%	-8,0%
Anatomie et cytologie pathologiques	45	0,0%	-11,1%	63	0,0%	-7,9%
Cardiologie et maladies vasculaires	125	0,0%	3,2%	179	0,0%	1,7%
Dermatologie et vénéréologie	63	0,0%	-3,2%	88	0,0%	-1,1%
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	53	0,0%	-11,3%	73	0,0%	-6,8%
Gastro-entérologie et hépatologie	78	0,0%	-3,8%	114	0,0%	-2,6%
Génétique médicale	17	0,0%	-17,6%	21	0,0%	-19,0%
Hématologie	34	0,0%	-17,6%	47	0,0%	-14,9%
Médecine interne	77	0,0%	-10,4%	112	0,0%	-9,8%
Médecine nucléaire	29	0,0%	-10,3%	37	0,0%	-10,8%
Médecine physique et réadaptation	60	0,0%	-5,0%	84	0,0%	-4,8%
Néphrologie	57	0,0%	-3,5%	74	0,0%	-2,7%
Neurologie	74	0,0%	-8,1%	102	0,0%	-5,9%
Oncologie	91	0,0%	-1,1%	126	0,0%	-0,8%
Pneumologie	69	0,0%	2,9%	100	0,0%	1,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	149	0,0%	0,0%	207	0,0%	4,8%
Rhumatologie	57	0,0%	-10,5%	81	0,0%	-7,4%
Spécialités médicales	1078	0,0%	-4,5%	1508	0,0%	-3,0%
Chirurgie générale	310	0,3%	-2,9%	420	0,2%	-3,8%
Chirurgie orale/Stomatologie	8	0,0%	0,0%	12	0,0%	8,3%
Neurochirurgie	15	0,0%	-6,7%	22	0,0%	0,0%
Ophtalmologie	87	0,0%	0,0%	123	0,0%	0,0%
ORL et chirurgie cervico-faciale	57	-1,8%	-7,0%	84	-1,2%	-6,0%
Spécialités chirurgicales	477	0,0%	-2,9%	661	0,0%	-3,0%
Total toutes spécialités	5446	-4,0%	-7,6%	7564	-3,5%	-6,6%

Ainsi, pour chacune des spécialités, il est possible d’observer l’évolution des postes ouverts jusqu’à l’inscription définitive des internes de médecine : en taux d’évolution, c’est la médecine du travail qui perd le plus de postes ouverts avec -41,2 % et la chirurgie orale qui gagne le plus avec +8,3 % de postes ouverts.

4.4. Analyse de la cohorte exhaustive de 2012 (totalité des internes affectés)

Les données relatives à la cohorte des ECN de 2012 portent, pour la première fois, sur l’intégralité des 34 UFR répondantes dont les 7 UFR d’Île-de-France, jusqu’ici indisponibles :

- d’une part, pour cette cohorte 2012, sont observées les éventuelles différences d’amplitude de flux selon que l’observation porte sur le périmètre limité à 24 UFR (celui de la comparaison) ou sur le périmètre élargi aux 34 UFR la totalité ;
- d’autre part, la balance nette (attractivité/défection) de certaines spécialités fait l’objet d’un focus.

4.4.1. Comparaison de l’amplitude des flux selon les deux périmètres de la cohorte 2012

En passant de 5 230 à 7 300 internes (soit 2 070 internes de plus dont les mouvements sont observables), des différences sont apparues qui ne remettent pas en cause les ordres de grandeur, mais conduisent néanmoins à relativiser les observations réalisées sur l’agrégat national au cours des années antérieures ainsi que les analyses par spécialité :

- l’amplitude des flux interspécialités est légèrement plus importante au total des 34 UFR (4,0 % contre 3,7 % sur le périmètre des 24 UFR) ;
- la réduction observée est similaire entre les deux périmètres, mais l’équilibre entre départs définitifs et arrêts temporaires est différent ;
- la balance nette des spécialités, à l’issue des départs définitifs et flux interspécialités par changement de choix, par rapport aux internes affectés deux ans plus tôt, est modifiée

Cohorte ECN 2012		Périmètre	
		24 UFR	34 UFR
Effectif initial des internes observables		5 230	7 300
Réduction / effectif initial		-8,9%	-9,0%
<i>dont départs définitifs</i>		-3,8%	-3,2%
<i>dont arrêts temporaires</i>		-5,1%	-5,8%
Exercice du droit au remords et changement de préchoix	Abandons de spécialités	-3,7%	-4,0%
	Arrivées dans ses spécialités	3,7%	4,0%
Balance nette		-3,8%	-3,2%

Parmi les 30 spécialités ouvertes aux ECN, 6 d’entre elles subissent des changements significatifs selon le périmètre observé, entre l’affectation des internes et les postes occupés deux ans après :

- parmi les 3 spécialités qui perdent des internes dans le périmètre limité (24 UFR), la gynécologie médicale et la neurochirurgie n'en perdent plus dans le périmètre complet (34 UFR). Quant à la spécialité d'anesthésie-réanimation, elle accueille même plus d'internes deux ans après les affectations aux ECN ;
- les spécialités de radiodiagnostic et imagerie médicale et de chirurgie orale sont passées d'un nombre d'internes stable à un nombre d'interne en augmentation en basculant au périmètre complet.

Balance nette au bout de deux ans (en % de la cohorte initiale)		
Spécialités	24 UFR	34 UFR
Médecine générale	-3,8%	-3,2%
Anesthésie-Réanimation	-0,4%	0,7%
Biologie médicale	-14,7%	-16,5%
Gynécologie médicale	-4,5%	0,0%
Gynécologie obstétrique	-11,1%	-9,7%
Médecine du travail	-4,5%	-10,9%
Pédiatrie	0,5%	-1,0%
Psychiatrie	0,0%	0,0%
Santé publique et médecine sociale	-19,1%	-17,1%
Spécialités filiarisées	-3,7%	-3,3%
Anatomie et cytologie pathologiques	-11,1%	-7,9%
Cardiologie et maladies vasculaires	3,2%	1,7%
Dermatologie et vénéréologie	-3,2%	-1,1%
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	-11,3%	-6,8%
Gastro-entérologie et hépatologie	-3,8%	-2,6%
Génétique médicale	-17,6%	-19,0%
Hématologie	-17,6%	-14,9%
Médecine interne	-10,4%	-9,8%
Médecine nucléaire	-10,3%	-10,8%
Médecine physique et réadaptation	-5,0%	-4,8%
Néphrologie	-3,5%	-2,7%
Neurologie	-8,1%	-5,9%
Oncologie	-1,1%	-0,8%
Pneumologie	2,9%	1,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	0,0%	4,8%
Rhumatologie	-10,5%	-7,4%
Spécialités médicales	-4,5%	-3,0%
Chirurgie générale	-3,2%	-4,0%
Chirurgie orale/Stomatologie	0,0%	8,3%
Neurochirurgie	-6,7%	0,0%
Ophtalmologie	0,0%	0,0%
ORL et chirurgie cervico-faciale	-5,4%	-4,8%
Spécialités chirurgicales	-2,9%	-3,0%
Total général	-3,8%	-3,2%

La même comparaison faite sur l'évolution globale des spécialités de l'ouverture des postes aux postes occupés deux ans plus tard a déjà été présentée en page 44.

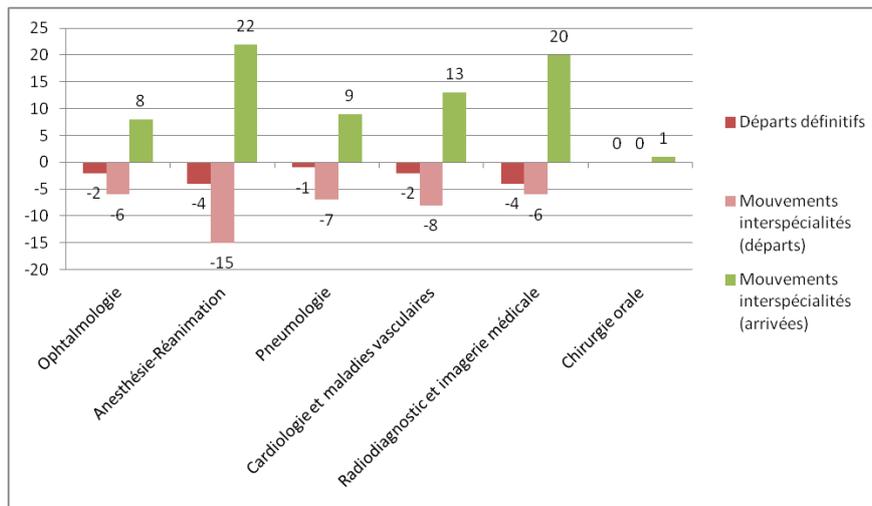
4.5. Quelques spécialités significatives (cohorte 2012 – 34 UFR)

4.5.1. 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 15 spécialités qui gagnent plus d'internes que la moyenne, les 6 les plus attractives sont :

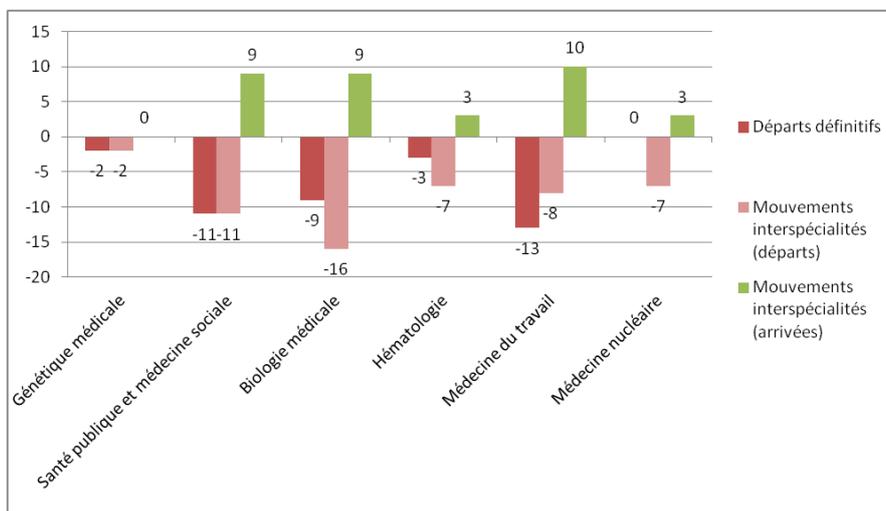
Les 6 spécialités les plus attractives



Sur ces 6 spécialités, 4 figuraient déjà parmi les plus attractives dans la cohorte 2011 (anesthésie-réanimation, cardiologie et maladies vasculaires, ophtalmologie et pneumologie). Il est à noter que la chirurgie orale est passée des spécialités les moins attractives en 2011 aux spécialités les plus attractives en 2012. Cependant, ce constat est à nuancer à cause de l'effectif réduit de la spécialité.

Parmi les 15 spécialités qui perdent plus que la moyenne, les 6 les plus perdantes sont :

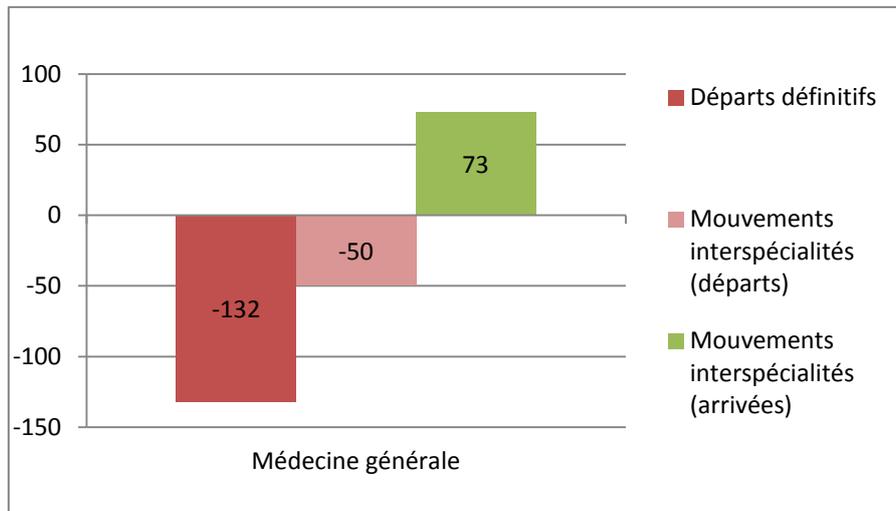
Les 6 spécialités les moins attractives



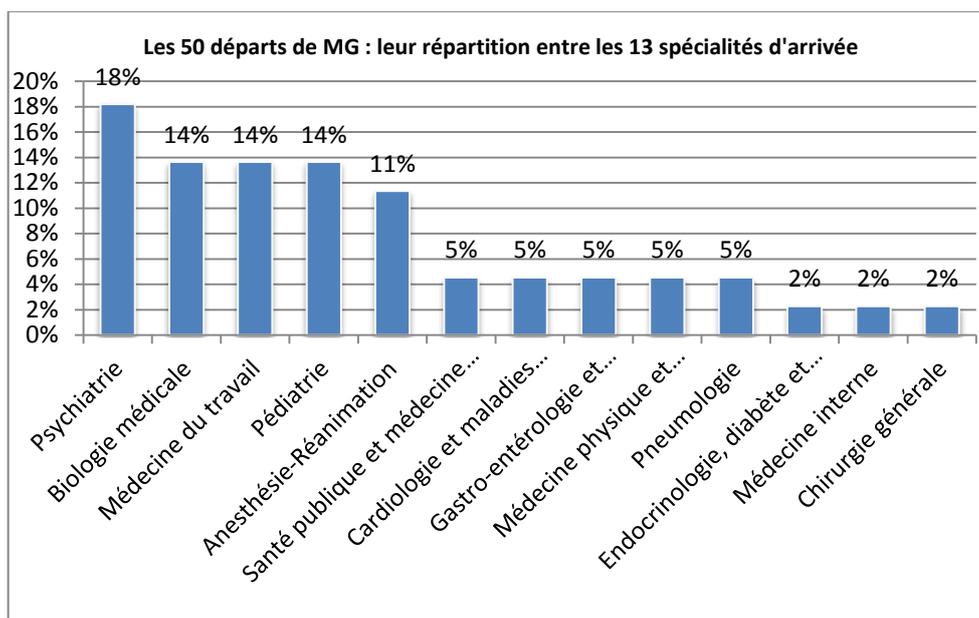
Parmi les 6 spécialités les moins attractives en 2012, la génétique médicale et l'hématologie en faisaient déjà partis en 2011.

4.5.2. Médecine générale

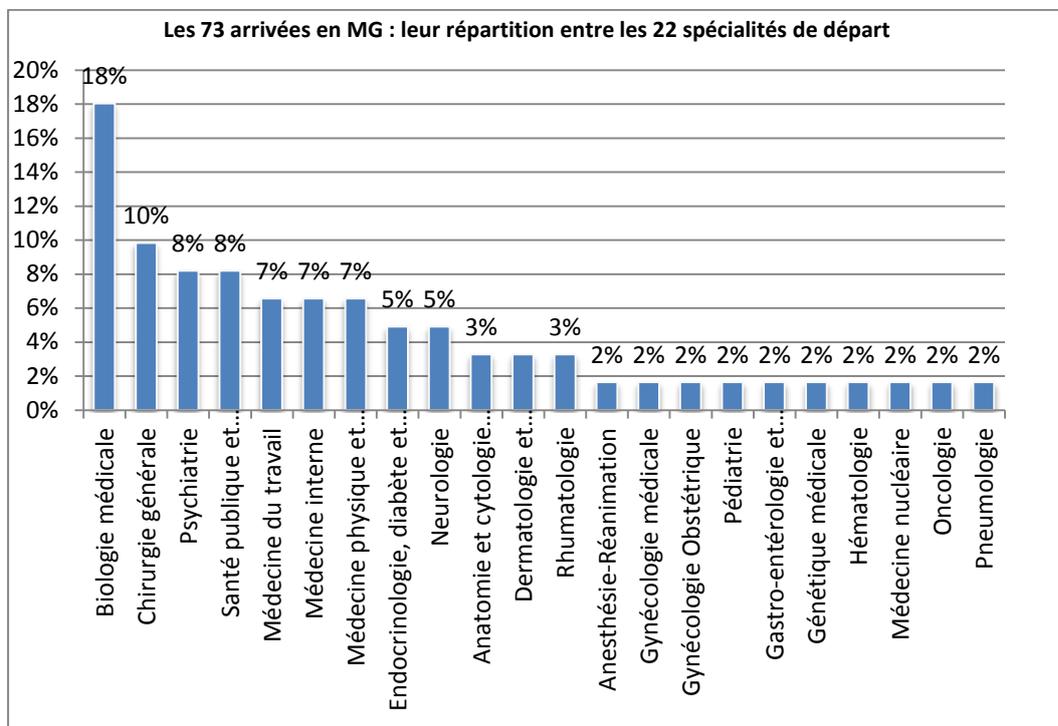
Sur la cohorte complète de 2012, la médecine générale (MG) présente une balance nette qui se situe à la moyenne toutes spécialités confondues (-109, soit -3,2 % de la cohorte).



Parmi les 50 internes quittant la médecine générale, 23 % se dirigent vers une spécialité médicale, 18 % vers la psychiatrie et ex-æquo à 14 % vers la biologie médicale, la médecine du travail et la pédiatrie.



Parmi les 73 internes qui arrivent en médecine générale, 43 % viennent d'une spécialité médicale : 18 % de biologie médicale et 10 % d'une spécialité chirurgicale.



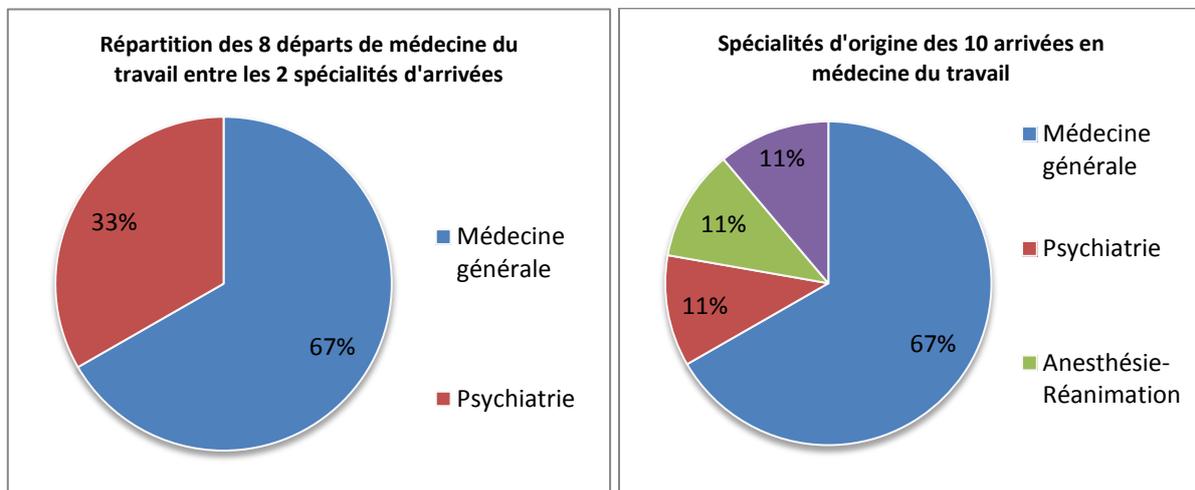
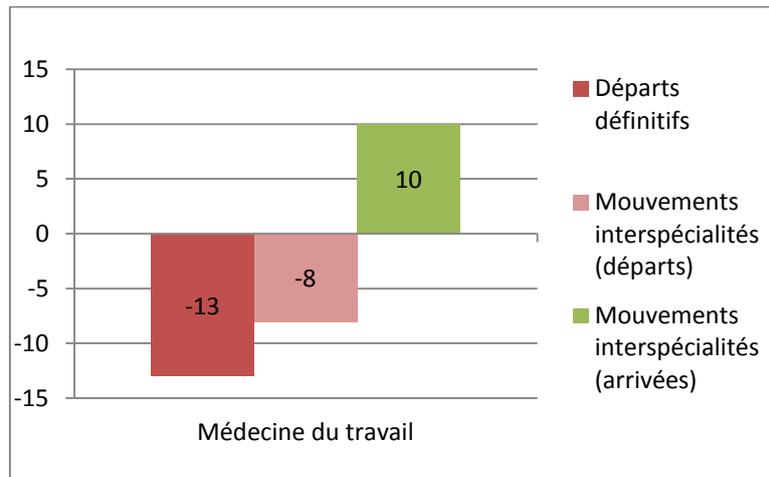
Enfin, entre l'ouverture des postes aux ECN 2012 et l'inscription définitive 2 ans plus tard, la médecine générale a perdu 294 internes (soit au total, -8,16 % des postes ouverts), calcul qui n'inclut pas les arrêts temporaires. Cette diminution se décompose de la manière suivante : -185 postes non pourvus à l'issue des ECN 2012 (-5,14 % des postes ouverts) et -109 postes en balance nette 2 ans plus tard (-3,03 %).



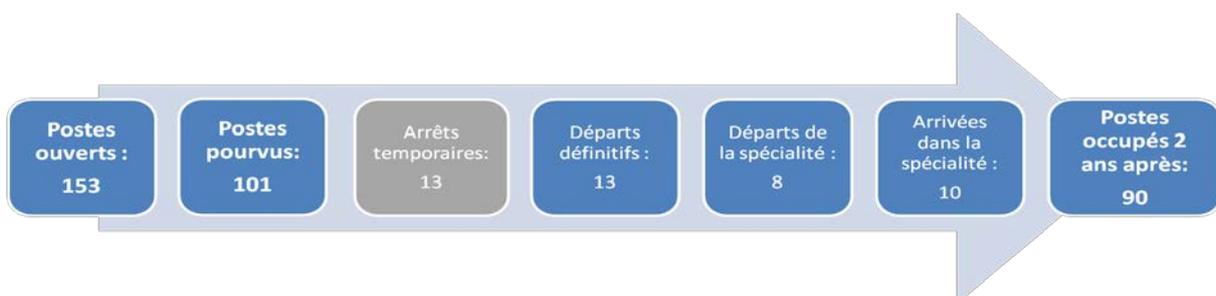
4.5.3. Médecine du travail

Sur la cohorte complète de 2012, la médecine du travail présente une balance nette très inférieure à la moyenne toutes spécialités (- 11 postes, soit -10,9 % de la cohorte).

Parmi les arrivants en médecine du travail, 6 internes viennent de médecine générale. 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.



Enfin, entre l'ouverture des postes aux ECN 2012 et l'inscription définitive 2 ans plus tard, la médecine du travail a perdu 63 internes (**soit au total, -41 % des postes ouverts**), calcul qui n'inclut pas les arrêts temporaires. Cette diminution se décompose de la manière suivante : - 52 postes non pourvus à l'issue des ECN 2012 (-34 % des postes ouverts) et -11 postes en balance nette 2 ans plus tard (-7,2 % des postes ouverts).



Annexe 1 – 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 diplômés doit permettre d'ajuster cette répartition en fonction du nombre exact d'internes qui entrent en 3^{ème} cycle et au fur et à mesure des inscriptions aux différents diplômés dans les régions.

Cette adéquation doit se faire en fonction du diagnostic réalisé par les Agences régionales de santé (ARS) 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**

1/ Le principe

A 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^{ème} 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. A 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.

A noter :

Le changement de préchoix porte sur un changement de spécialité au sein d'une discipline comportant plusieurs spécialités. Sinon, on parle de droit au 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 (mieux classé) 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 au 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 (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 2 – UFR dont les données sont exploitables sur les 3 exercices

UFR	Cohorte ECN		
	2010	2011	2012
Aix-Marseille	x	x	x
Amiens	x	x	x
Angers	x	x	x
Antilles-Guyane	x	x	x
Besançon	x	x	x
Bordeaux	x	x	x
Brest	x	x	x
Caen	x	x	x
Clermont	x	x	x
Dijon	x	x	x
Grenoble		x	x
Lille	x	x	x
Limoges	x	x	x
Lorraine	x	x	x
Lyon		x	x
Montpellier	x	x	x
Nantes	x	x	x
Nice	x	x	x
Océan Indien	x	x	x
Paris 5			x
Paris 6			x
Paris 7	x		x
Paris 11	x		x
Paris 12			x
Paris 13			x
Poitiers	x	x	x
Reims	x	x	x
Rennes	x	x	x
Rouen ¹³	x	x	x
Saint-Etienne	x	x	x
Strasbourg	x	x	x
Toulouse	x	x	x
Tours	x	x	x
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ)	x		x

¹³ Données des cohortes ECN 2010 et 2011 inexploitable.

Annexe 3 – Données relatives à la cohorte 2012 complète

Par subdivision

Régions	Subdivisions	Postes ouverts aux ECN 2012	Postes pourvus aux ECN 2012	Départs définitifs	Arrêts temporaires	Mouvements interspécialités	Postes occupés 2 ans plus tard
Alsace	Strasbourg	255	255	19	21	8	236
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane	123	122	1	0	2	121
Aquitaine	Bordeaux	363	363	3	8	18	360
Auvergne	Clermont-Ferrand	197	189	5	11	5	184
Basse-Normandie	Caen	210	187	7	9	7	180
Bourgogne	Dijon	195	185	5	14	6	180
Bretagne	Brest	170	160	0	20	9	160
Bretagne	Rennes	219	214	11	15	9	203
Centre	Tours	200	177	2	12	8	175
Champagne-Ardenne	Reims	209	164	9	2	2	155
Franche Comté	Besançon	152	150	4	11	7	146
Haute-Normandie	Rouen	245	213	8	5	5	205
Ile-de-France	Ile-de-France	1301	1291	26	152	64	1265
Languedoc-Roussillon	Montpellier	300	298	2	8	19	296
Limousin	Limoges	123	101	2	4	2	99
Lorraine	Nancy	285	275	19	25	11	256
Midi-Pyrénées	Toulouse	304	303	19	7	18	284
Nord-Pas-de-Calais	Lille	493	490	28	27	13	462
Océan Indien	Océan Indien	82	82	1	3	5	81
PACA + Corse	Aix-Marseille	372	372	17	27	14	355
PACA + Corse	Nice	152	151	0	2	4	151
Pays-de-la-Loire	Angers	206	202	9	0	2	193
Pays-de-la-Loire	Nantes	214	215	8	16	6	207
Picardie	Amiens	228	192	14	16	5	178
Poitou-Charentes	Poitiers	240	229	8	10	9	221
Rhône-Alpes	Grenoble	197	195	3	0	14	192
Rhône-Alpes	Lyon	375	371	0	0	19	371
Rhône-Alpes	Saint-Etienne	154	154	4	0	4	150
Total général		7564	7300	234	425	295	7066

Par spécialité

Cohorte ECN 2012 - 34 UFR				Mouvements interspécialités		Balance nette au bout de deux ans	
Spécialité	Postes ouverts aux ECN 2012	Postes pourvus aux ECN 2012	Départs définitifs	Départs	Arrivées	en effectif	en % de la cohorte initiale
Médecine générale	3601	3416	132	50	73	-109	-3,2%
Anesthésie-Réanimation	411	411	4	15	22	3	0,7%
Biologie médicale	101	97	9	16	9	-16	-16,5%
Gynécologie médicale	30	30	1	1	2	0	0,0%
Gynécologie Obstétrique	206	206	9	17	6	-20	-9,7%
Médecine du travail	153	101	13	8	10	-11	-10,9%
Pédiatrie	302	302	5	6	8	-3	-1,0%
Psychiatrie	500	492	8	13	21	0	0,0%
Santé publique et médecine sociale	91	76	11	11	9	-13	-17,1%
Spécialités filiarisées	5395	5131	192	137	160	-169	-3,3%
Anatomie et cytologie pathologiques	63	63	2	6	3	-5	-7,9%
Cardiologie et maladies vasculaires	179	179	2	8	13	3	1,7%
Dermatologie et vénéréologie	88	88	0	6	5	-1	-1,1%
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	73	73	4	7	6	-5	-6,8%
Gastro-entérologie et hépatologie	114	114	2	7	6	-3	-2,6%
Génétique médicale	21	21	2	2	0	-4	-19,0%
Hématologie	47	47	3	7	3	-7	-14,9%
Médecine interne	112	112	2	14	5	-11	-9,8%
Médecine nucléaire	37	37	0	7	3	-4	-10,8%
Médecine physique et réadaptation	84	84	2	6	4	-4	-4,8%
Néphrologie	74	74	0	3	1	-2	-2,7%
Neurologie	102	102	3	7	4	-6	-5,9%
Oncologie	126	126	3	8	10	-1	-0,8%
Pneumologie	100	100	1	7	9	1	1,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	207	207	4	6	20	10	4,8%
Rhumatologie	81	81	3	9	6	-6	-7,4%
Spécialités médicales	1508	1508	33	110	98	-45	-3,0%
Chirurgie générale	420	421	6	33	22	-17	-4,0%
Chirurgie orale	12	12	0	0	1	1	8,3%
Neurochirurgie	22	22	0	1	1	0	0,0%
Ophtalmologie	123	123	2	6	8	0	0,0%
ORL et chirurgie cervico-faciale	84	83	1	8	5	-4	-4,8%
Spécialités chirurgicales	661	661	9	48	37	-20	-3,0%
Total 34 UFR	7564	7300	234	295	295	-234	-3,2%

5. Zoom sur l'internat dans les DROM aux ECN 2014

Les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) sont répartis en deux subdivisions d'internat :

- **Antilles-Guyane** : Guadeloupe, Guyane et Martinique ;
- **Océan Indien** : La Réunion et Mayotte.

Particularité du parcours des études médicales dans les DROM

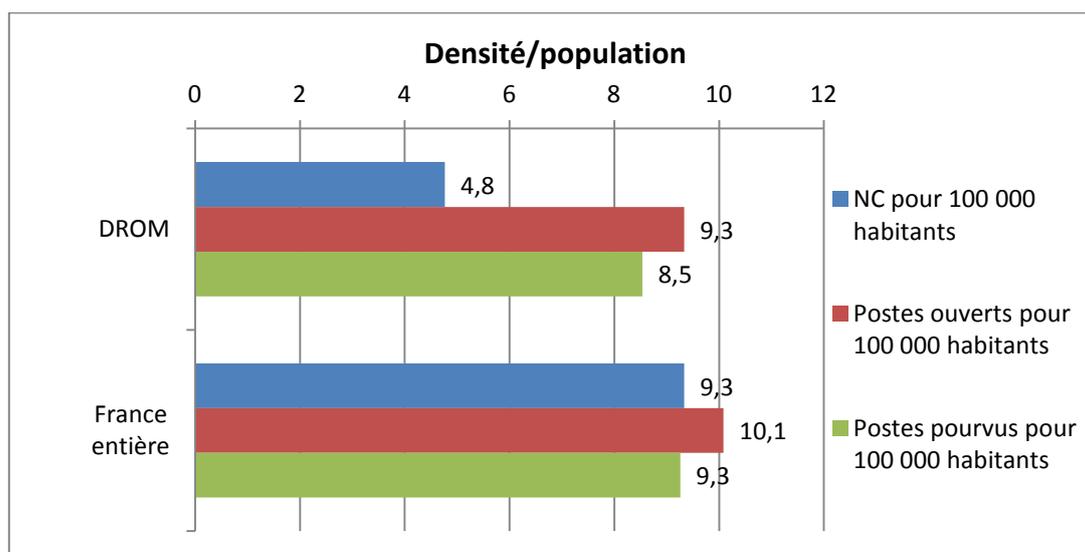
Après le concours de la PACES, les étudiants en médecine des DROM y effectuent leur 2^{ème} et 3^{ème} années (PCEM2 et DCEM1).

En revanche, ils sont obligés d'effectuer leur 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années (DCEM2, 3 et 4) en métropole¹⁴ du fait de l'absence de formation en Antilles-Guyane et dans l'Océan Indien.

Néanmoins, des postes d'internat y sont ensuite ouverts.

Compte tenu de cette spécificité, il a paru intéressant de cerner le parcours de ces étudiants jusqu'à leur affectation à l'internat. Il est en outre apparu dans la partie 3 de l'étude consacrée aux disparités régionales que les DROM présentaient une situation atypique sur la durée :

- deux fois plus de postes d'internes ouverts que de places de NC ;
- un taux d'adéquation (postes pourvus/postes ouverts) assez proche de la moyenne sur 10 ans ;
- néanmoins, rapportées à la population, des densités de NC, de postes ouverts et de postes pourvus des DROM qui demeurent inférieures à la moyenne nationale.



¹⁴ Toulouse, Montpellier, Bordeaux, Paris. Source : Faculté de médecine d'Antilles-Guyane.

Par ailleurs, entre le 1^{er} janvier 2004 et 2015, la densité de médecins augmente mais demeure inférieure à la moyenne nationale.

Densité de médecins (pour 100 000 habitants)	au 01/01/2004	au 01/01/2015
DROM	242	287
France entière	337	338

5.1. Étudiants natifs des DROM en 2014

Passage non publié en raison de la convention qui lie la DREES et le CNG et ne prévoit pas que l'ONDPS puisse publier ses analyses.

5.1.1. Leurs UFR de DCEM4

5.1.2. Leurs lieux d'affectation

5.1.3. Leurs spécialités d'affectation

5.2. Internes affectés dans les DROM en 2014

Sur les 241 postes ouverts dans les DROM, 238 postes ont été pourvus. Parmi les internes affectés, ceux ayant effectué un second cycle à Bordeaux (20 %), Paris (12 %) et Marseille (10 %) sont les plus nombreux. Les 16 étudiants recensés supra, natifs des DROM et qui reviennent effectuer leur internat dans les subdivisions d'Antilles-Guyane et de l'Océan Indien, ne représenteraient seulement que 7 % des affectés.

D'où viennent les internes affectés dans les DROM (Antilles-Guyane et Océan Indien) ?	Nombre	Pourcentage
Aix Marseille	23	10%
Amiens	1	0%
Angers	6	3%
Besançon	5	2%
Bordeaux	48	20%
Brest	12	5%
Caen	4	2%
Clermont-Ferrand	2	1%
Dijon	1	0%
Grenoble	9	4%
Île-de-France	29	12%
Lille	12	5%
Limoges	6	3%
Lyon	9	4%
Montpellier	12	5%
Nancy	3	1%
Nantes	4	2%
Nice	7	3%
Poitiers	4	2%
Reims	5	2%
Rennes	7	3%
Rouen	2	1%
Saint-Etienne	1	0%
Strasbourg	6	3%
Toulouse	14	6%
Tours	5	2%
Hors France (Europe)	1	0%
Total général	238	100%

5.3. Internes affectés dans les DROM en 2014

Sur les 241 postes ouverts dans les DROM, 238 postes ont été pourvus. Parmi les internes affectés, ceux ayant effectué un second cycle à Bordeaux (20 %), Paris (12 %) et Marseille (10 %) sont les plus nombreux.

D'où viennent les internes affectés dans les DROM (Antilles-Guyane et Océan Indien) ?	Nombre	Pourcentage
Aix Marseille	23	10%
Amiens	1	0%
Angers	6	3%
Besançon	5	2%
Bordeaux	48	20%
Brest	12	5%
Caen	4	2%
Clermont-Ferrand	2	1%
Dijon	1	0%
Grenoble	9	4%
Île-de-France	29	12%
Lille	12	5%
Limoges	6	3%
Lyon	9	4%
Montpellier	12	5%
Nancy	3	1%
Nantes	4	2%
Nice	7	3%
Poitiers	4	2%
Reims	5	2%
Rennes	7	3%
Rouen	2	1%
Saint-Etienne	1	0%
Strasbourg	6	3%
Toulouse	14	6%
Tours	5	2%
Hors France (Europe)	1	0%
Total général	238	100%

6. Zoom sur les contrats d'engagement de service public (CESP) aux ECN 2014

Rappel

Tous les étudiants, signataires ou non d'un CESP durant les 1^{er} et 2^{ème} cycles, passent les ECN dans les mêmes conditions. A l'issue de ces ECN, ils se voient tous attribuer un rang de classement national.

En revanche, une distinction est faite dans la procédure de choix des postes.

Après le passage des ECN, les étudiants qui ont déjà signé un contrat choisissent leur poste d'interne sur une liste spécifique nationale, établie par la DGOS sur la base des propositions des ARS, en fonction de la situation démographique dans différentes spécialités. Cette liste spécifique propose un nombre de postes au moins égal au nombre de signataires d'un CESP présents aux épreuves, comme c'est le cas pour la liste générale.

Postes ouverts	136
Candidats inscrits sous CESP	107
Affectations	97

Source : DGOS

Aux ECN de 2014, sur 136 postes ouverts, 97 ont été pourvus soit un taux d'adéquation de 71 % (contre 96 % pour la moyenne nationale). Ces postes ouverts se concentrent sur 13 spécialités, en particulier la médecine générale (80 % des postes), mais aussi l'ophtalmologie (6 %).

Spécialités	Postes ouverts	Affectations	Taux d'adéquation
Anesthésie-réanimation	2	2	100%
Gynécologie obstétrique	2	2	100%
Médecine générale	108	69	64%
Pédiatrie	3	3	100%
Psychiatrie	3	3	100%
Chirurgie générale	1	1	100%
Ophtalmologie	8	8	100%
ORL et chirurgie cervico-faciale	1	1	100%
Anatomie et cytologie pathologiques	1	1	100%
Cardiologie et maladies vasculaires	3	3	100%
Dermatologie et vénéréologie	1	1	100%
Médecine physique et de réadaptation	1	1	100%
Pneumologie	1	1	100%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1	1	100%
Total général	136	97	71%

Seule la spécialité de médecine générale ne pourvoit pas tous ses postes de CESP. Au final, la part de la médecine générale dans les postes de CESP pourvus s'élève à 71 %.

Par subdivision, les taux d'adéquation sont divers et seulement six d'entre elles pourvoient l'ensemble des postes ouverts (Antilles-Guyane, Montpellier, Nantes, Poitiers, Strasbourg et Toulouse).

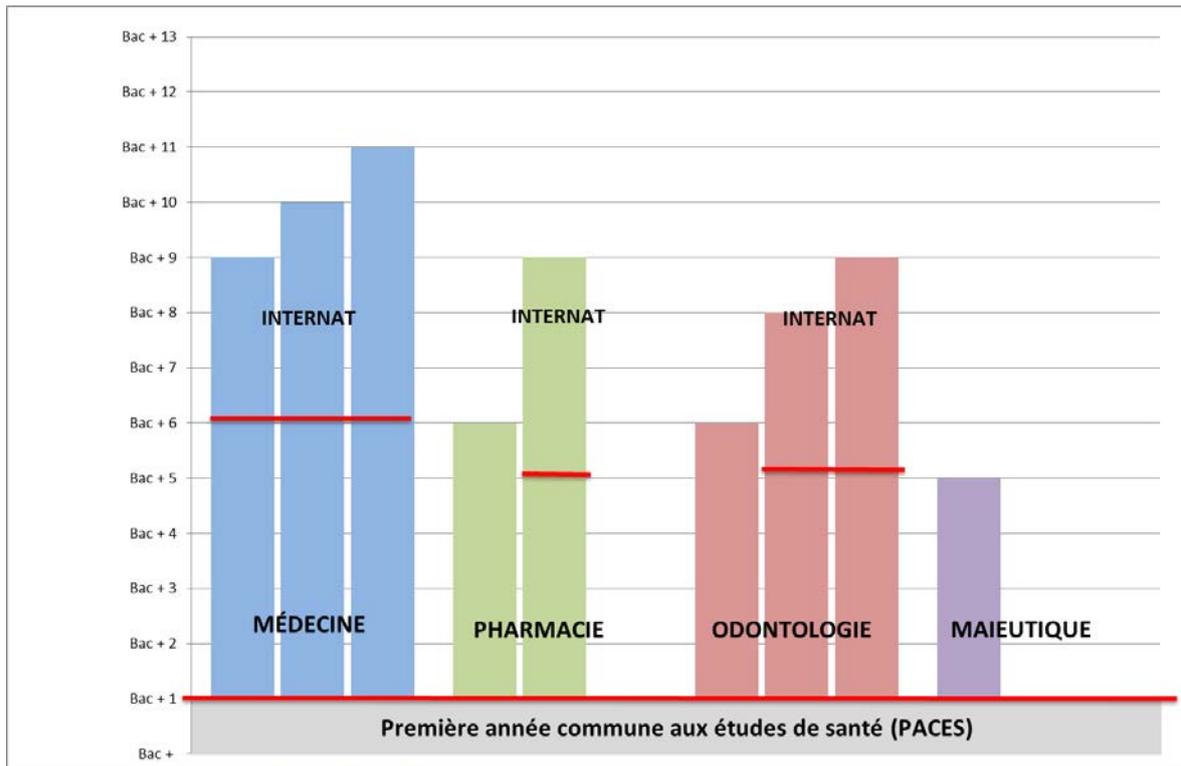
Subdivisions	Postes ouverts	Affectations	Taux d'adéquation
Aix-Marseille	3	2	67%
Amiens	8	7	88%
Angers	5	2	40%
Antilles-Guyane	5	5	100%
Besançon	2	1	50%
Bordeaux	3	2	67%
Brest	5	4	80%
Caen	8	4	50%
Clermont-Ferrand	4	3	75%
Grenoble	3	2	67%
Île-de-France	11	7	64%
Lille	8	4	50%
Limoges	4	3	75%
Lyon	12	9	75%
Montpellier	6	6	100%
Nancy	4	2	50%
Nantes	3	3	100%
Nice	2	1	50%
Océan Indien	3	1	33%
Poitiers	5	5	100%
Reims	7	6	86%
Rennes	2	1	50%
Rouen	6	5	83%
Saint Etienne	5	3	60%
Strasbourg	2	2	100%
Toulouse	5	5	100%
Tours	5	2	40%
Total général	136	97	71%

Par rapport à la subdivision d'affectation, **les étudiants sous CESP sont plus nombreux à rester dans leur UFR de second cycle** (59 % de fidèles au lieu de second cycle contre 47 % en moyenne nationale).

Subdivisions	Nombre d'affectations dans la subdivision	Dont internes fidèles au lieu de second cycle	Taux de fidélité
Aix-Marseille	2	2	100%
Amiens	7	6	86%
Angers	2	1	50%
Antilles-Guyane	5	0	0%
Besançon	1	1	100%
Bordeaux	2	1	50%
Brest	4	3	75%
Caen	4	1	25%
Clermont-Ferrand	3	1	33%
Grenoble	2	1	50%
Île-de-France	7	7	100%
Lille	4	3	75%
Limoges	3	1	33%
Lyon	9	3	33%
Montpellier	6	2	33%
Nancy	2	2	100%
Nantes	3	2	67%
Nice	1	0	0%
Océan Indien	1	0	0%
Poitiers	5	4	80%
Reims	6	4	67%
Rennes	1	0	0%
Rouen	5	5	100%
Saint Etienne	3	2	67%
Strasbourg	2	1	50%
Toulouse	5	2	40%
Tours	2	2	100%
Total général	97	57	59%

Annexes générales

Organisation des études et régulation des quatre professions



Les spécialités en médecine

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
Neurochirurgie	5 ans
Ophtalmologie	5 ans
Oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale	5 ans
Stomatologie	4 ans

Historique des postes ouverts et pourvus aux ECN depuis 2004 par spécialité et région : 2 tableaux

Postes ouverts Discipline	ECN										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anesthésie - Réanimation médicale	243	243	243	250	260	294	318	383	411	417	435
Biologie médicale	58	58	58	60	40	60	86	88	101	97	120
Gynécologie médicale	16	20	20	20	20	27	24	30	30	41	48
Gynécologie obstétrique	158	150	150	155	155	164	177	200	206	210	214
Médecine générale	1841	2400	2353	2866	3200	3333	3632	3961	3601	3870	3860
Médecine du travail	61	56	60	60	54	105	120	124	153	170	177
Pédiatrie	196	196	196	200	200	253	274	297	302	300	323
Psychiatrie	200	300	300	300	280	350	367	465	500	515	529
Santé publique et médecine sociale	75	70	70	70	60	80	80	87	91	90	96
Spécialités chirurgicales	380	550	550	550	550	570	557	634	661	657	696
Spécialités médicales	760	760	760	835	885	950	1204	1357	1508	1536	1692
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2147	2403	2407	2500	2504	2853	3207	3665	3963	4033	4330
Ensemble des disciplines	3988	4803	4760	5366	5704	6186	6839	7626	7564	7903	8190

Postes pourvus Discipline	ECN										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anesthésie - Réanimation médicale	243	243	243	249	260	294	318	383	411	417	435
Biologie médicale	58	58	58	60	40	60	86	88	101	97	112
Gynécologie médicale	16	20	20	20	20	27	24	30	30	41	48
Gynécologie obstétrique	158	150	150	155	155	164	177	200	206	210	214
Médecine générale	1232	1419	2030	2414	2591	2721	2964	3332	3424	3677	3645
Médecine du travail	56	56	53	54	46	63	88	84	100	109	117
Pédiatrie	196	196	196	200	200	253	274	297	302	300	323
Psychiatrie	199	300	300	300	280	350	367	465	494	503	506
Santé publique et médecine sociale	70	70	70	68	57	66	73	75	76	76	72
Spécialités chirurgicales	380	550	550	550	550	570	557	634	661	657	696
Spécialités médicales	760	760	760	835	885	950	1204	1357	1508	1536	1692
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2136	2403	2400	2491	2493	2797	3144	3628	3889	3946	4215
Ensemble des disciplines	3368	3822	4430	4905	5084	5518	6132	6945	7313	7623	7860

Postes ouverts aux ECN par subdivision	ECN										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rentrée											
Aix-Marseille	164	176	186	194	191	213	251	361	372	403	427
Amiens	122	177	183	209	209	225	242	218	228	226	196
Angers	79	109	114	136	159	181	199	195	206	215	224
Antilles-Guyane	95	91	91	92	99	82	98	117	123	129	141
Besançon	107	162	121	127	151	182	194	205	152	166	191
Bordeaux	140	143	161	214	208	250	300	391	363	382	381
Brest	63	80	97	120	133	136	158	159	170	183	201
Caen	122	148	163	203	208	219	234	238	210	232	231
Clermont-Ferrand	80	106	107	136	153	189	216	222	197	199	219
Dijon	120	153	157	201	207	225	237	222	195	213	230
Grenoble	114	116	113	123	158	142	171	198	197	208	222
Île-de-France	820	891	795	788	775	910	950	1 208	1 301	1 385	1 437
Lille	242	295	338	364	427	431	459	508	493	503	526
Limoges	78	74	72	76	120	108	125	127	123	128	124
Lyon	189	213	228	244	264	269	314	378	375	379	401
Montpellier	111	119	125	145	143	195	226	309	300	312	315
Nancy	173	233	229	259	280	243	263	284	285	297	289
Nantes	123	142	152	160	187	230	242	211	214	222	233
Nice	74	77	81	85	83	107	129	149	152	164	166
Océan Indien	9	33	35	45	52	58	73	76	82	96	100
Poitiers	94	143	148	188	194	172	191	214	240	240	250
Reims	118	155	158	199	203	228	241	231	209	217	213
Rennes	110	114	121	137	164	180	211	218	219	222	225
Rouen	142	202	162	210	223	231	257	279	245	245	258
Saint-Etienne	78	97	85	94	113	112	136	161	154	162	164
Strasbourg	166	232	172	192	212	217	239	247	255	265	277
Toulouse	129	155	169	183	177	244	264	289	304	314	340
Tours	127	167	197	242	211	207	219	211	200	196	209
Total	3 989	4 803	4 760	5 366	5 704	6 186	6 839	7 626	7 564	7 903	8 190

Postes pourvus aux ECN par subdivision	ECN										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rentrée											
Aix-Marseille	160	175	186	194	191	213	251	359	372	402	426
Amiens	95	95	154	156	186	162	209	174	192	184	193
Angers	75	109	94	135	116	135	173	157	202	208	212
Antilles-Guyane	42	46	63	65	77	75	93	114	122	124	141
Besançon	77	96	121	127	132	151	136	141	150	161	185
Bordeaux	153	143	161	213	208	249	298	389	363	382	380
Brest	71	80	91	120	120	127	117	147	160	170	173
Caen	86	102	117	149	141	152	158	163	188	217	194
Clermont-Ferrand	76	87	107	136	117	132	170	161	189	189	204
Dijon	73	77	123	125	137	159	168	159	185	194	191
Grenoble	112	116	113	123	158	141	168	198	195	208	221
Île-de-France	575	710	795	788	775	902	950	1 202	1 294	1 317	1 378
Lille	241	285	338	364	427	429	459	501	490	501	518
Limoges	57	63	63	75	76	66	76	79	102	128	114
Lyon	195	213	228	244	264	269	314	378	375	378	398
Montpellier	154	119	125	145	143	195	226	309	300	312	314
Nancy	132	149	182	230	206	229	205	274	275	263	274
Nantes	120	142	152	159	187	219	230	210	214	221	233
Nice	75	77	81	85	83	107	129	149	152	164	165
Océan Indien		33	35	45	52	58	73	76	82	96	97
Poitiers	84	124	139	179	157	146	168	190	230	233	247
Reims	72	82	118	132	141	155	147	157	164	185	173
Rennes	122	114	120	136	164	179	211	211	214	216	221
Rouen	109	116	150	171	193	169	195	219	214	237	238
Saint-Etienne	42	56	85	93	113	104	136	128	154	160	161
Strasbourg	127	157	170	192	212	214	237	246	255	265	275
Toulouse	150	155	169	183	177	242	264	287	303	313	340
Tours	93	101	150	141	131	139	171	167	177	195	194
Total	3 368	3 822	4 430	4 905	5 084	5 518	6 132	6 945	7 313	7 623	7 860

Les sigles et acronymes utilisés

ADELI	Automatisation des listes des professions de santé
ARS	Agence régionale de santé
CESP	Contrat d'engagement de service public
CNG	Centre national de gestion
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'étude spécialisée
DESC	Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREES-BPS	Bureau des professions de santé de la DREES
DROM	Départements et Régions d'Outre mer
ECN	Épreuves classantes nationales
ECNi	Épreuves classantes nationales informatisées
EEE	Espace économique européen
ESSA	Étudiants du service de santé des armées
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MG	Médecine générale
NC	Numerus clausus
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACES	Première année commune des études de santé
PCEM2	Deuxième année du Premier cycle des études médicales
PO	Postes ouverts
PP	Postes pourvus
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SCO	Somme des classements observés
SCP	Somme des classements préférés
SCR	Somme des classements rejetés
SISE	Système d'information sur le suivi des étudiants
UE	Union européenne
UFR	Unité de formation et de recherche