

Evolution de la filière chirurgie en Ile-de-France de 1992 à 2001

**Evolution des niveaux de régulation
et conséquences sur le nombre de
médecins formés dans chaque spécialité**

Septembre 2004

Thomas GREGORY

Vice-président du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris

Président du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris en 2003

Raphaël GAILLARD

Président du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris

PLAN

I. Le numerus clausus : premier niveau de régulation démographique

- 1. Numerus clausus national**
- 2. Numerus clausus en Ile de France**

II. Le Concours de l'Internat : deuxième niveau de régulation démographique

- 1. Données générales**
- 2. Nombre de postes par filières**
- 3. Le cas des filières Chirurgicales**

III. Le nombre de postes accessibles aux choix de stages des Internes : troisième niveau de régulation démographique

- 1. Evolution générale du nombre de postes entre novembre 1997 et novembre 2003**
- 2. Evolution relative du nombre de postes par spécialité entre novembre 1997 et novembre 2003**
- 3. Les points Importants**

IV. Résultante : le nombre de spécialistes formés de 1991 à 2001

- 1. Répartition par promotion et par spécialité des Internes nommés au concours de l'Internat dans les filières chirurgicales : matériel et méthode**
- 2. Résultats**
- 3. Discussion**
 - a. Les spécialités du tronc commun**
 - b. Les spécialités ne participant pas au tronc commun**
 - c. Filiarisation de la gynécologie-obstétrique et démographie en chirurgie viscérale**
- 4. Conclusion : Les points importants**

I. Le numerus clausus : premier niveau de régulation démographique

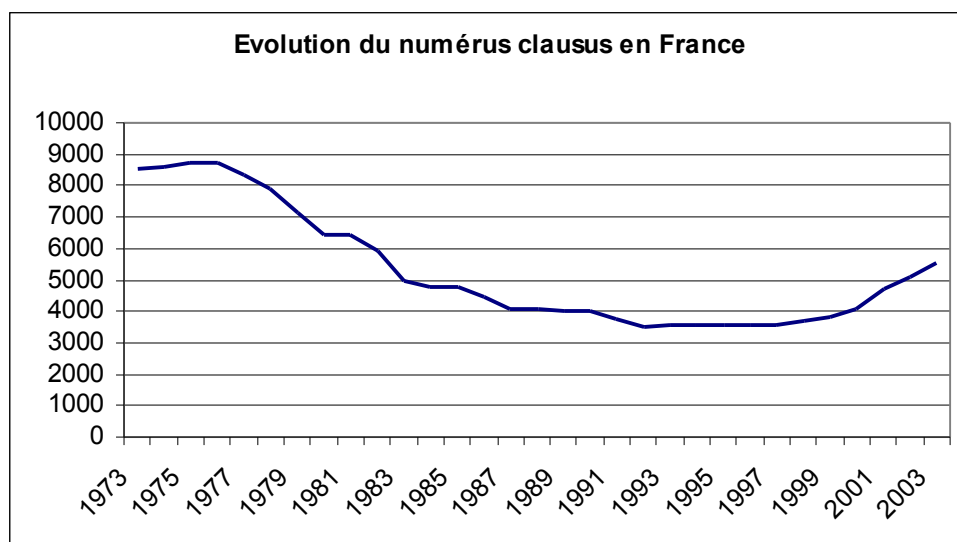
Le premier cycle des études médicales s'effectue en deux ans, durant lesquelles les étudiants reçoivent une formation théorique à la Faculté portant sur des matières fondamentales. A la fin de la première année, les étudiants sont soumis à un concours pour lequel le nombre d'étudiant admis est fixé par voie réglementaire : il s'agit du numerus clausus.

1. Numerus clausus national

De 1973 (date de son instauration) à 1992, le numerus clausus n'a cessé de diminuer en France, avec une réduction de l'ordre de 60%. Il augmente légèrement depuis.

Evolution du numerus clausus de 1973 à 2003

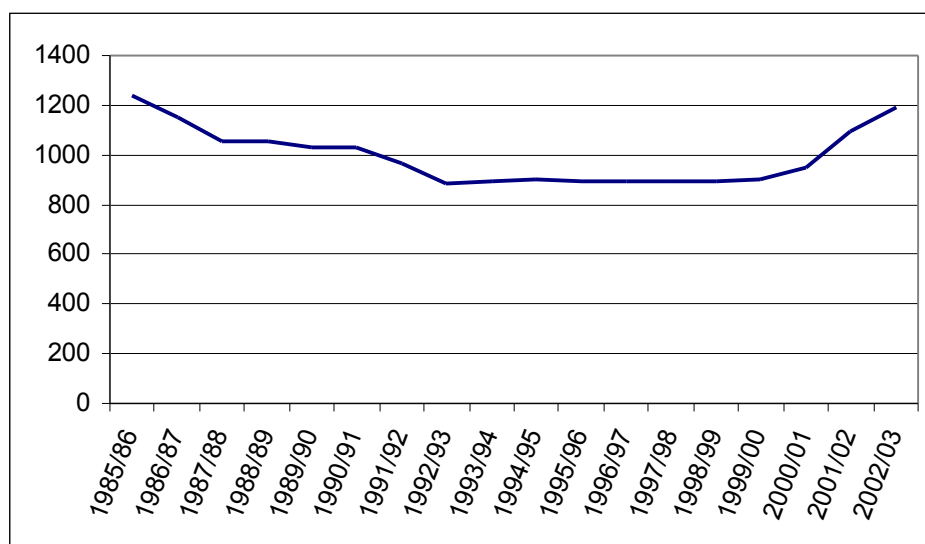
1973	8564	1989	4000
1974	8608	1990	4000
1975	8698	1991	3750
1976	8725	1992	3500
1977	8326	1993	3570
1978	7913	1994	3570
1979	7121	1995	3576
1980	6409	1996	3576
1981	6409	1997	3583
1982	5900	1998	3700
1983	5000	1999	3850
1984	4750	2000	4100
1985	4754	2001	4700
1986	4460	2002	5100
1987	4100	2003	5550
1988	4100		



2. Numerus clausus en Ile de France

Cette réduction a été plus forte encore en Ile de France, sur l'argument que l'Ile de France est la région présentant la densité médicale la plus importante sur cette période. Puisque l'Ile de France représente en densité 19% de la population métropolitaine pour 25% des médecins, nos tutelles ont souhaité gommer cette surdensité médicale afin d'homogénéiser les densités médicales régionales en proie à de grandes disparités.

Evolution du numerus clausus en Ile de France		
Années	Numerus Clausus	Variation en base 100
1985 / 86	1 236	100,00
1986 / 87	1 153	93,28
1987 / 88	1 057	85,52
1988 / 89	1 057	85,52
1989 / 90	1 027	83,09
1990 / 91	1 027	83,09
1991 / 92	963	77,91
1992 / 93	886	71,68
1993 / 94	897	72,57
1994 / 95	900	82,82
1995 / 96	897	72,57
1996 / 97	890	72,01
1997 / 98	897	72,57
1998 / 99	897	72,57
1999 / 00	900	72,82
2000 / 01	950	76,86
2001 / 02	1 098	88,83
2002 / 03	1 187	96,03



Ainsi :

- en 1981 : le numerus clausus francilien représente 27 % du numerus clausus français
- en 2002 : le numerus clausus francilien représente 23,4 % du numerus clausus français

II. Le Concours de l'Internat : deuxième niveau de régulation démographique

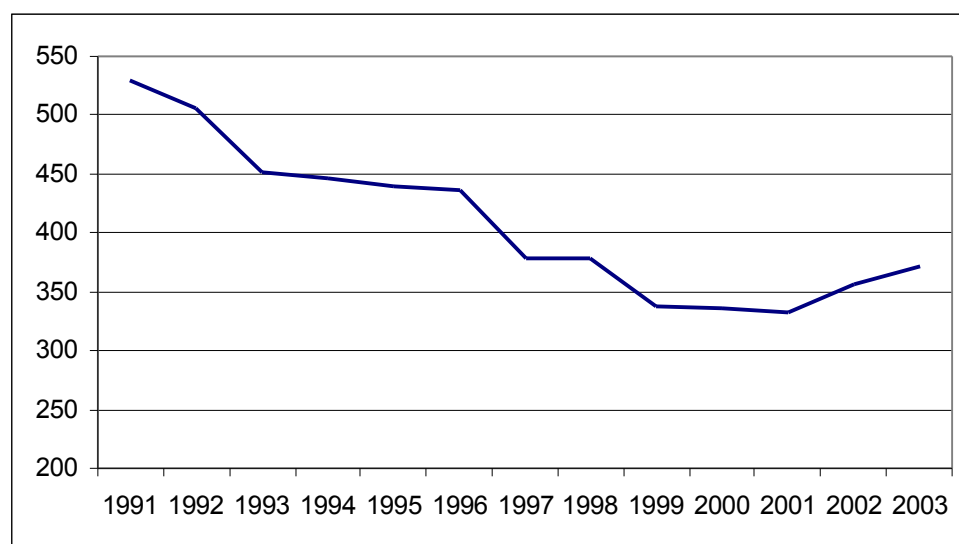
1. Données générales

Le 2^{ème} cycle se déroule sur 4 ans et s'achève par le concours de l'internat.

Le nombre de postes mis au concours de l'internat est fixé par voie réglementaire par région.

L'évolution du nombre de postes offerts au concours de l'internat en Ile de France, comme en France métropolitaine, est similaire à celle du numerus clausus.

Evolution du nombre de postes offerts au Concours de l'Internat en Ile de France		
Années	Effectifs	Variation en base 100
1991	529	100.00
1992	505	95.46
1993	451	85.26
1994	447	84.50
1995	440	83.18
1996	437	82.61
1997	378	71.46
1998	378	71.46
1999	337	63.71
2000	336	63.52
2001	333	62.95
2002	357	67.49
2003	372	70.33



Après une baisse très importante jusqu'en 1999, le nombre de postes offerts au Concours de l'Internat augmente depuis 2002.

Nous remarquerons que comme pour le numerus clausus, la proportion du nombre de postes offerts à l'internat en Ile-de-France par rapport aux postes offerts sur le territoire français est en baisse :

- 22 % en 1991
- 18 % en 2002

Réduire le numerus clausus francilien ou limiter sa hausse sur le seul critère de la densité médicale régionale, et ainsi pénaliser l'Ile de France c'est :

- ne pas tenir compte des particularités franciliennes qui incitent les étudiants de province :
 - ☞ à s'inscrire massivement en faculté à Paris en début de cursus :
 - l'Ile de France offre le plus grand nombre et la plus grande variété de stages hospitaliers et non hospitaliers
 - les équipements hospitaliers et les plateaux techniques sont parmi les plus performants
 - c'est l'Ile de France qui offre le meilleur encadrement pour ces externes et ces Internes en nombre de CCA, MCUPH, PUPH...
 - c'est oublier que la région Ile de France draine à elle, un certains nombre de patients habitant hors de l'Ile de France.
 - c'est oublier que les structures hospitalières sont plus nombreuses et grandes qu'ailleurs, et que la pénurie ainsi générée est ressentie plus lourdement encore
 - c'est aussi méconnaître les flux démographiques des médecins en France :
 - ☞ En fin de cursus **50 % des médecins formés à Paris souhaitent s'installer en Province (Livre Blanc des Internes, 2003).**
 - ☞ Dès lors un seul constat s'impose :
 - **l'Ile de France forme des médecins qui vont s'installer en province**
 - **l'Ile de France est donc le moteur principal de la démographie Régionale en France**

2. Nombre de postes par filières

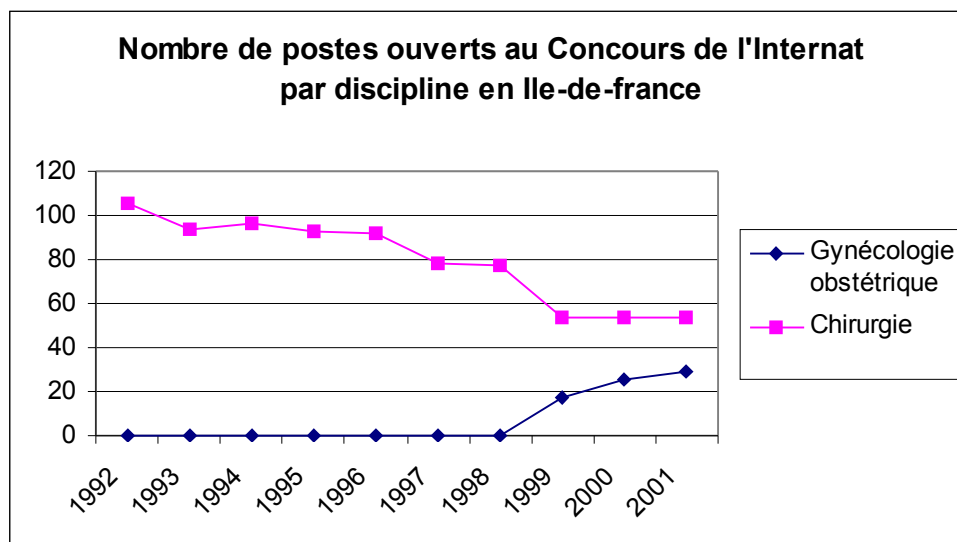
A la fin du deuxième cycle, les Internes choisissent leur discipline suivant leur rang de classement obtenu au concours de l'internat, dans 9 filières :

Nombre de postes mis au Concours de l'Internat par discipline et filière en Ile de France

Année	Chirurgie	Gynécologie obstétrique	Gynécologie médicale	Médecine	Anesthésie	Pédiatrie	Psychiatrie	santé publique	Médecine du travail	Biologie
1991	118	0	0	293	0	0	45	14	16	43
1992	105	0	0	292	0	0	42	14	15	37
1993	94	0	0	223	30	0	42	16	17	29
1994	96	0	0	212	32	0	45	18	15	29
1995	93	0	0	237	0	0	43	22	15	30
1996	92	0	0	236	0	0	42	23	15	29
1997	78	0	0	202	0	0	34	22	19	23
1998	77	0	0	200	0	0	34	20	22	25
1999	54	17	0	117	30	29	32	16	22	20
2000	54	25	0	116	31	29	32	15	19	15
2001	54	29	0	115	31	29	32	15	15	13
2002	54	40	0	119	34	34	32	16	15	13
2003	57	42	5	121	36	35	32	16	15	13

3. Le cas des filières Chirurgicales

Graphique n°1 : Nombre de postes ouverts au concours de l'Internat par discipline en Ile-de-France, pour les filières chirurgie et gynécologie-obstétrique



De 1992 à 1998, le nombre de postes ouverts au concours de l'Internat en Ile-de-France, pour la filière « Chirurgie », est passé de 105 à 77, soit une diminution de 30 %.

Cette diminution massive, succédant à plusieurs années de diminution continu est accentuée en 1999 par la création de la filière gynécologie-obstétrique, individualisée à partir de la filière chirurgie.

Au total de 1992 à 2001 le nombre de postes ouverts dans la filière chirurgie est passé de 105 à 54, soit une diminution de près de 50%, tandis que le nombre de postes ouverts à la filière gynécologie-obstétrique passait de 17 en 1999, année de sa création, à 29 en 2003.

III. Le nombre de postes accessibles aux choix de stages des Internes : troisième niveau de régulation démographique

L'inscription à un DES (spécialité) n'est possible que si et seulement si :

- l'Interne est classé en rang utile pour accéder à la filière qui contient ce DES
- l'Interne accède à un semestre dans la spécialité correspondante pendant les quatre premiers semestres de son Internat. Le choix des stages se faisant par ordre d'ancienneté et pour une même ancienneté par ordre de classement au Concours, la réduction du nombre de postes accessibles au choix des Internes dans une spécialité entraîne tôt ou tard une diminution du nombre de spécialistes formés puisqu'elle diminue l'accès à cette spécialité.

1. Evolution générale du nombre de postes entre novembre 1997 et novembre 2003

Nous ne disposons pas des chiffres antérieurs à 1997, ce qui restreint notre analyse. On peut néanmoins considérer que les données antérieures à 1997 témoignent du même mouvement de réduction du nombre de postes accessibles aux Internes que nous allons mettre en évidence.

Evolution du nombre de postes entre novembre 1997 et novembre 2003									
DES DESC	nov-97		nov-99		mai-03		nov-03		
	offerts	occupés	offerts	occupés	offerts	occupés	offerts	occupés	
<i>Chirurgie générale osseuse</i>	33	32	25	22	18	13	18	10	
<i>Chirurgie générale viscérale</i>	8	7							
<i>Chirurgie orthopédique et traumatologique</i>	72	70	64	59	61	52	61	50	
<i>Chirurgie viscérale et digestive</i>	116	108	100	93	94	70	95	74	
<i>Gynécologie obstétrique</i>	78	66	70	56	101	82	128	109	
<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	53	53	45	45	41	28	36	36	
<i>Chirurgie infantile</i>	23	19	18	14	16	12	16	11	
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	21	20	16	15	15	12	15	15	
<i>Chirurgie plastique reconstructrice & esthétique</i>	15	15	11	11	12	11	12	11	
<i>Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire</i>	22	17	18	14	16	8	15	10	
<i>Chirurgie urologique</i>	27	21	20	17	16	14	16	15	
<i>Chirurgie vasculaire</i>	18	18	14	12	13	10	13	8	
<i>Neurochirurgie</i>	11	11	10	10	9	7	9	9	
<i>Ophthalmologie</i>	66	66	54	54	48	45	49	49	

2. Evolution relative du nombre de postes par spécialité entre novembre 1997 et novembre 2003

Pour une meilleur compréhension, nous avons regroupé les postes ouverts en chirurgie générale osseuse et en chirurgie orthopédique et traumatologique d'une part, et en en chirurgie générale viscérale et en chirurgie viscérale et digestive d'autre part.

	Novembre 1997	Novembre 2003	Ecart en Nb de postes	Ecart en %
Chirurgie générale osseuse et chirurgie orthopédique et traumatologique	105	79	-26	-25%
Chirurgie générale viscérale et viscérale et digestive	124	95	-29	-23%
Gynécologie obstétrique	78	128	+50	+64%
Oto-rhino-laryngologie	53	36	-17	-32%
Chirurgie infantile	23	16	-7	-30%
Chirurgie maxillo-faciale	21	15	-6	-28%
Chirurgie plastique reconstructrice & esthétique	15	12	-3	-20%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	22	15	-7	-31%
Chirurgie urologique	27	16	-11	-40%
Chirurgie vasculaire	18	13	-5	-28%
Neurochirurgie	11	9	-2	-18%
Ophtalmologie	66	49	-17	-25%

On peut distinguer « 3 groupes de disciplines » :

- Les Spécialités à pertes massives, entre 30 et 55 % :

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	22	15	-7	-31%
Oto-rhino-laryngologie	53	36	-17	-32%
Chirurgie Urologique	27	16	-11	-40%

- Les Spécialités à pertes Importantes entre 20 et 30 % :

Chirurgie plastique reconstructrice & esthétique	15	12	-3	-20%
Chirurgie générale viscérale et viscérale et digestive	124	95	-29	-23%
Chirurgie générale osseuse et chirurgie orthopédique et traumatologique	105	79	-26	-25%
Ophtalmologie	66	49	-17	-25%
Chirurgie maxillo-faciale	21	15	-6	-28%
Chirurgie vasculaire	18	13	-5	-28%
Chirurgie infantile	23	16	-7	-30%

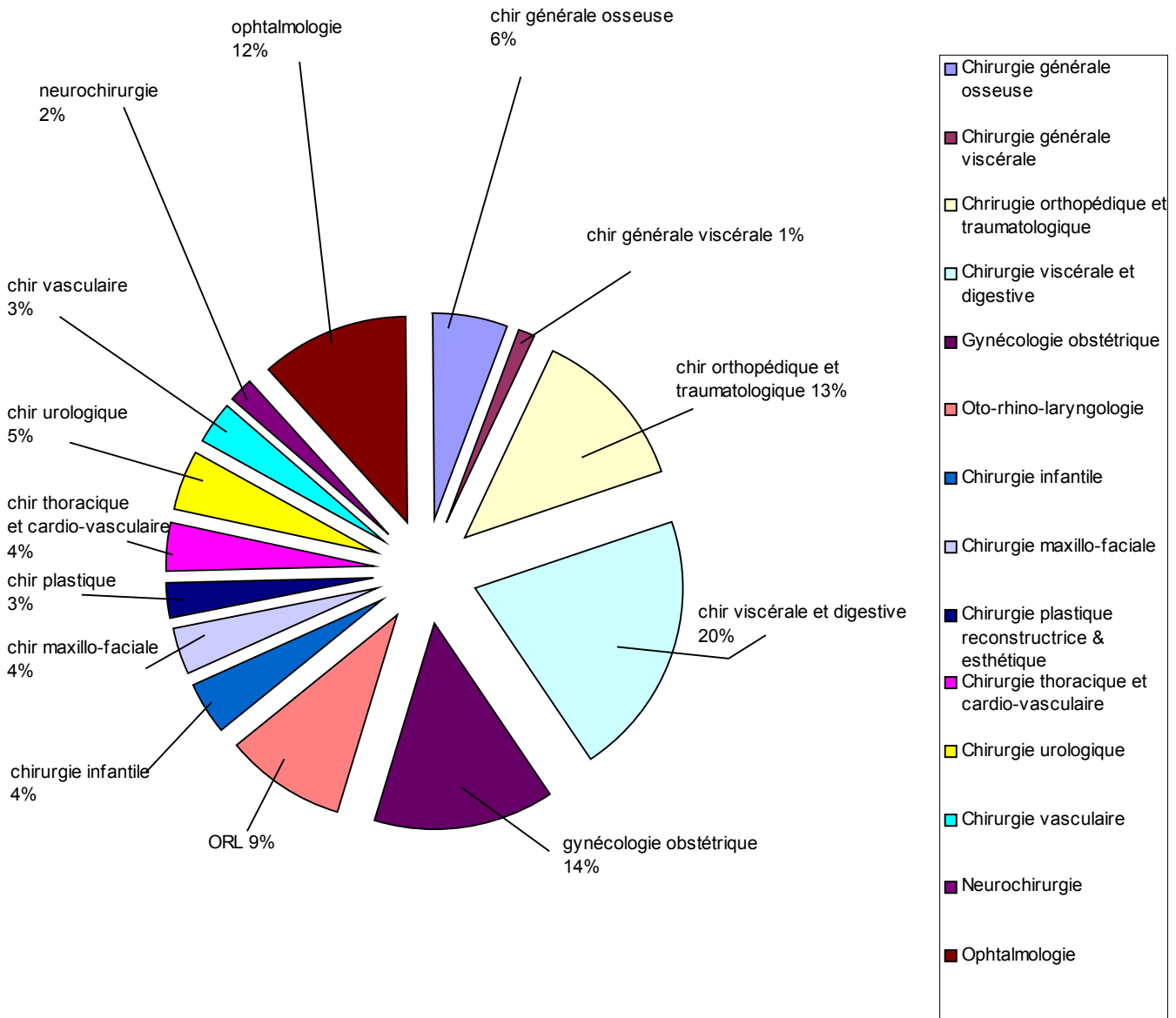
- **Les Spécialités à pertes modérées entre 10 et 20 % :**

Neurochirurgie	11	9	-2	-18%
----------------	----	---	----	------

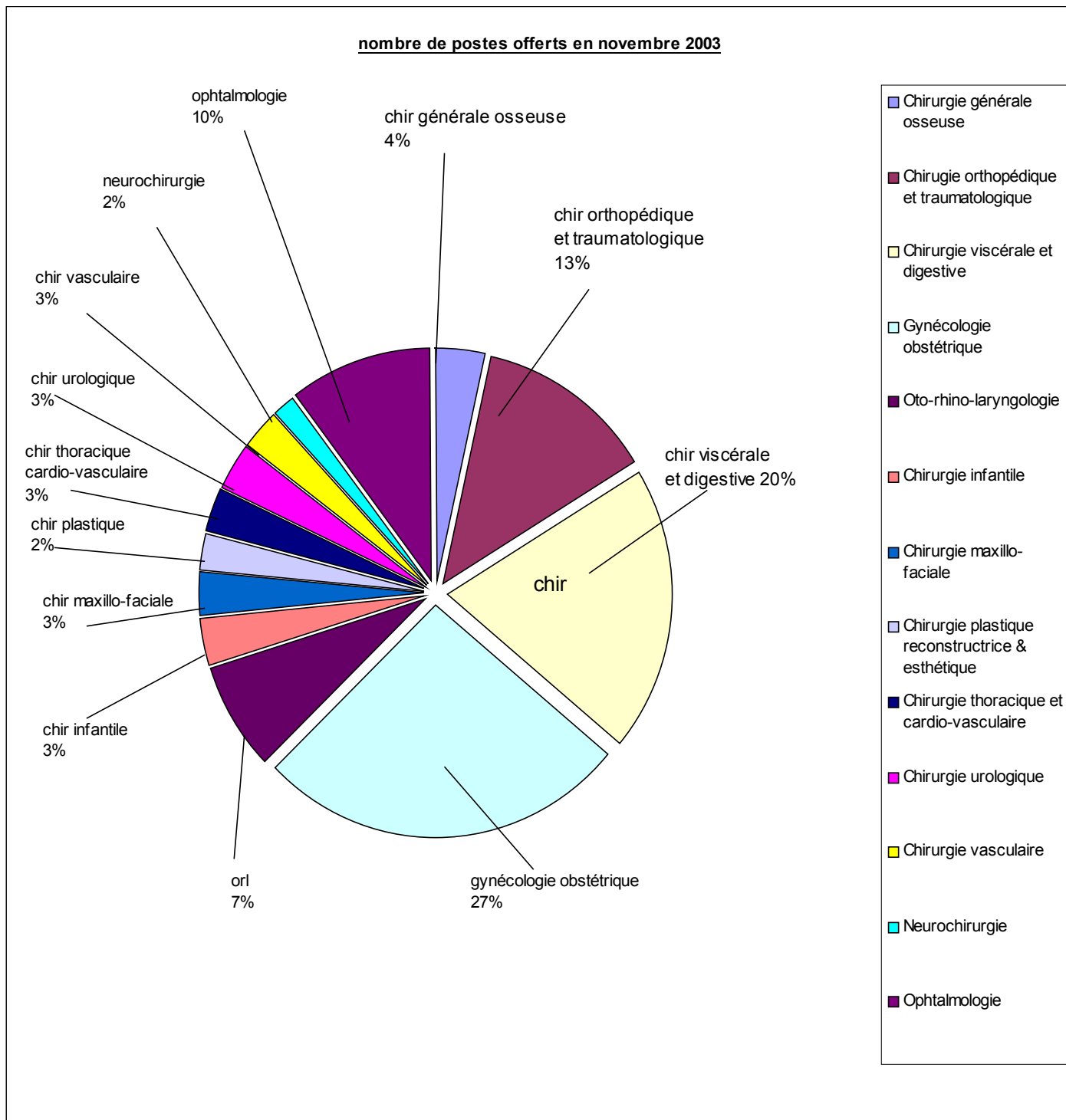
Il est possible de représenter la proportion de postes ouverts aux Internes pour chaque spécialité. On constate que, à l'exception de gynécologie-obstétrique, toutes les autres spécialités ont été touchées de la même façon par la fermeture de postes, et que l'équilibre entre ces spécialités n'a donc pas été bouleversé.

Graphique en secteur n°1 : Répartition en fonction des spécialités du nombre de postes ouverts au choix des Internes en Novembre 1997

nombre de postes offerts en novembre 97

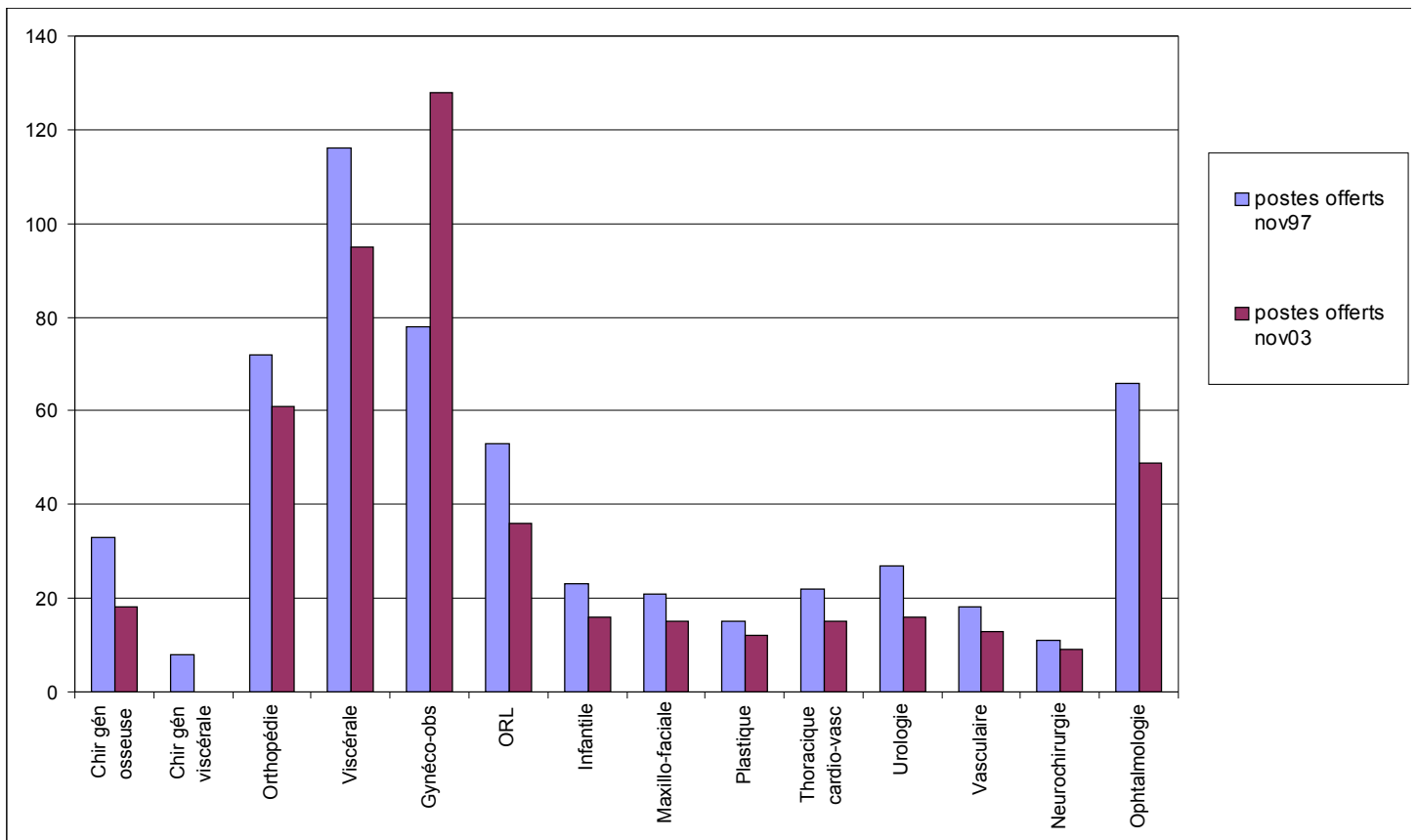


Graphique en secteur n°2 : Répartition en fonction des spécialités du nombre de postes ouverts au choix des Internes en Novembre 2003



Les mêmes résultats peuvent être représentés en histogrammes.

Histogramme n°1 : Evolution du nombre de postes ouverts au choix des Internes



La neurochirurgie est la spécialité la moins touchée par la diminution du nombre de postes, avec une diminution de 18% de ceux-ci. A l'inverse, la spécialité la plus touchée par ces fermetures a été la chirurgie urologique avec une diminution de 40% du nombre de postes ouverts au choix des Internes.

Tous les services ayant l'agrément au DES de chirurgie générale à orientation viscérale en 1997 se sont vu décerner l'agrément au DESC de chirurgie viscérale et digestive en 1999. Il faut donc résonner sur le nombre global de postes ouverts entre 1997 et 2003, validant le DES de chirurgie générale à orientation viscérale seul ou validant en plus le DESC de chirurgie viscérale et digestive. Le nombre global de postes offerts au choix des Internes pour ces deux agréments est passé de 124 à 95 soit une diminution de 23%.

Si l'on regroupe de la même façon les postes validant pour le DES de chirurgie générale osseuse et ceux validant en plus le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologique, le nombre de postes ouverts passe de 105 en Novembre 1997 à 79 en Novembre 2003, soit une diminution de 25%.

On peut donc dire que les fermetures de postes ont touché toutes les spécialités de façon à peu près identique avec une fermeture comprise entre 20 et 30% des postes.

La seule spécialité ayant bénéficié d'une augmentation du nombre de postes offerts au choix des Internes est la gynécologie-obstétrique, filiarisée en 1999, avec une augmentation de 64% entre 1997 et 2003. Cette ouverture massive pose elle aussi un double problème :

- D'une part, ces ouvertures ont dû se faire dans l'urgence. La capacité formatrice des services a donc été très largement délaissée, tant il a été difficile de trouver assez de service pour absorber l'augmentation, aussi soudaine que massive, du nombre d'Internes de gynécologie-obstétrique. La formation des nouvelles promotions s'en ressent.
- D'autre part, ces ouvertures ont parfois été insuffisantes pour amortir les besoins (qui ne suivent pas de manière linéaires l'augmentation du nombre d'Internes nommés au concours en gynécologue-obstétrique, mais sont majorés par l'accumulation des promotions.). Les Internes de gynécologie-obstétrique se sont donc vu contraints au choix de services dans d'autres spécialités, parce qu'ils ne trouvaient pas de services dans la leur, ou parce que ces services étaient insuffisamment formateurs. La chirurgie viscérale a été la plus affectée car deux semestres de chirurgie viscérale sont nécessaires à la validation de la maquette de gynécologie-obstétrique. Les autres spécialités chirurgicales «des parties molles» ont également été touchées, diminuant le nombre de postes disponibles aux Internes de leurs spécialités respectives.

L'existence d'une inadéquation entre postes ouverts au choix et postes pourvus (davantage de postes ouverts que de postes pourvus) a permis de limiter les effets de la filiarisation de la gynécologie-obstétrique sur les autres spécialités chirurgicales, en particulier sur chirurgie viscérale

Le taux d'inadéquation permet donc, dans une certaine mesure, de faire « tampon », mais :

- il a été tout à fait insuffisant pour jouer son rôle d'amortisseur dans la spécialité gynécologie-obstétrique, lors de sa filiarisation,
- il n'a pas suffi dans les autres spécialités pour annihiler les effets pervers de la filiarisation de la gynécologie-obstétrique,
- sa disparition est rapide, faisant naître de sérieuses inquiétudes quant au maintien des équilibres entre spécialités lors de l'augmentation annoncée du nombre d'Internes dans le cursus.

3. Les points importants :

- La fermeture de postes mis au choix des Internes a été très importante, de l'ordre de 20 à 30% entre 1997 et 2003,
- Toutes les spécialités non filiarisées ont été touchées par ces fermetures dans des proportions comparables,
- La filiarisation de la gynécologie-obstétrique, de part l'augmentation brutale et anarchique du nombre de terrains de stage qu'elle a induit, s'est révélée délétère pour la formation de cette spécialité,
- La filiarisation de la gynécologie-obstétrique a détérioré la situation des autres spécialités chirurgicales. Cette détérioration s'est trouvée en partie atténuée par l'existence d'un taux d'inadéquation entre postes ouverts au choix et postes pourvus.

IV. Résultante : le nombre de spécialistes formés de 1992 à 2001.

1. Répartition par promotion et par spécialité des Internes nommés au concours de l'Internat dans les filières chirurgicales : matériel et méthode

Nous restreindrons notre analyse au nombre de DES formés dans les différentes spécialités chirurgicales. Les données exploitées sont celles du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris, à partir des cursus de chaque Interne. Chaque cursus a été comparé aux pré requis nécessaires à la validation des maquettes des spécialités. Pour les Internes ayant accompli assez de stages pour pouvoir prétendre à la validation de 2 spécialités (moins de 3% des Internes, en ne prenant pas en compte le DES de chirurgie générale), nous nous sommes basés sur le souhait du DES et du DESC exprimé auprès du SIHP lors des choix de stage (souhait systématiquement demandé à tous les Internes par le SIHP).

Nous pouvons considérer que, pour ces Internes, la fiabilité de nos données est de 80% (ce qui correspond au taux d'adhésion des Internes au SIHP).

Seuls deux Internes n'ont pas pu avoir leur spécialité définie. Il semble qu'ils aient arrêté leur cursus.

Nous avons regroupé deux spécialités, « chirurgie vasculaire » et « chirurgie cardio-thoracique et vasculaire » sous la même étiquette de « chirurgie thoraco-cardio-vasculaire », les cursus des Internes de ces deux spécialités présentant trop de similitudes pour les séparer.

2. Résultats

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'Internes inscrits dans chaque spécialité pour chaque promotion, de 1992 à 2001. Ces chiffres sont donc différents du nombre d'Internes inscrits par an dans chaque DES ou DESC (par le jeu des prises de disponibilité pour DEA, formation à l'étranger ou en libéral, convenance personnelle), eux mêmes ne correspondant pas au nombre d'Internes formés dans chaque spécialité tous les ans, pour les mêmes raisons.

Cette méthodologie est à la fois la plus fiable et la plus adaptée aux enjeux de démographie médicale : en effet, elle met à disposition les données les plus récentes (la promotion 2001 correspondant aux dernières inscriptions en DES ou DESC, en 2003), précédent de plusieurs années les données correspondant à la validation du DES ou DESC, et plus encore les données du Conseil de l'Ordre (inscription à l'ordre).

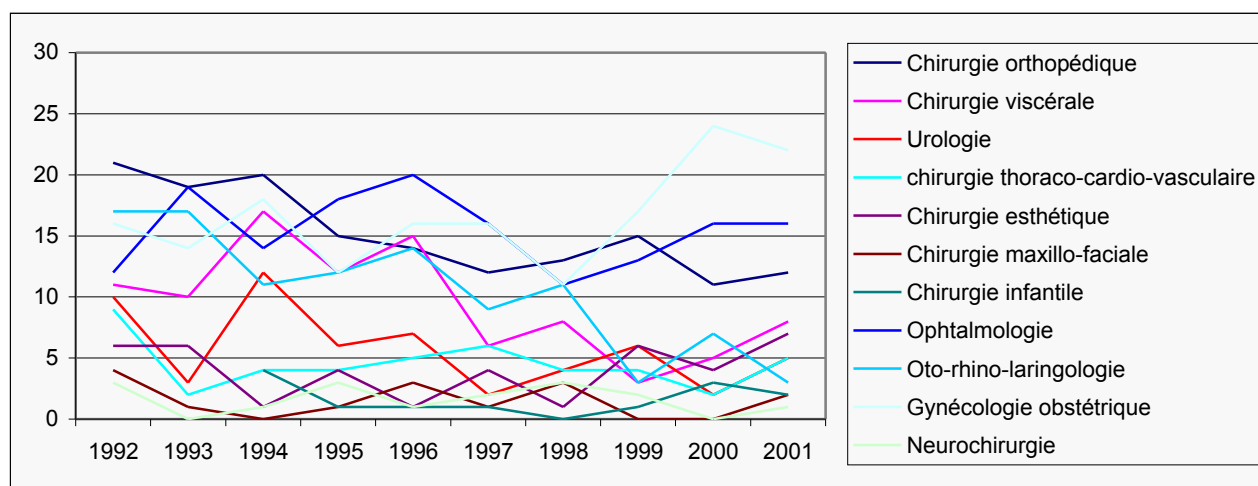
Tableau récapitulatif

NB : Jusqu'au concours 1994, la prise de fonction s'effectuait en mai de l'année suivant celle du concours et commençait par un semestre de médecine indifférencié. La prise de fonction effective en chirurgie s'effectuait donc en Novembre de l'année n+1. Lorsque la prise de fonction s'effectuait à l'année n+1, nous indiquons l'année du concours suivie de la lettre A: 1992A signifie donc promotion prenant ses fonctions en 1993 et classée au concours 1992.

	1992A	1993A	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Chirurgie générale	63	42	58	43	46	32	33	35	27	41
Chirurgie thoraco-cardio-vasculaire	9	2	4	4	5	6	4	4	2	5
Chirurgie plastique	6	6	1	4	1	4	1	6	4	7
Maxillo-faciale	4	1	0	1	3	1	3	0	0	2
Infantile	2	0	4	1	1	1	0	1	3	2
Orthopédie	21	19	20	15	14	12	13	15	11	12
Urologie	10	3	12	6	7	2	4	6	2	5
Viscérale	11	10	17	12	15	6	8	3	5	8
Gynécologie-obstétrique	16	14	18	12	16	16	11	17	24	22
ORL-ophtalmologie	29	36	25	30	34	25	22	16	23	19
Ophtalmologie	12	19	14	18	20	16	11	13	16	16
ORL	17	17	11	12	14	9	11	3	7	3
Neurochirurgie	3	0	1	3	1	2	3	2	0	1

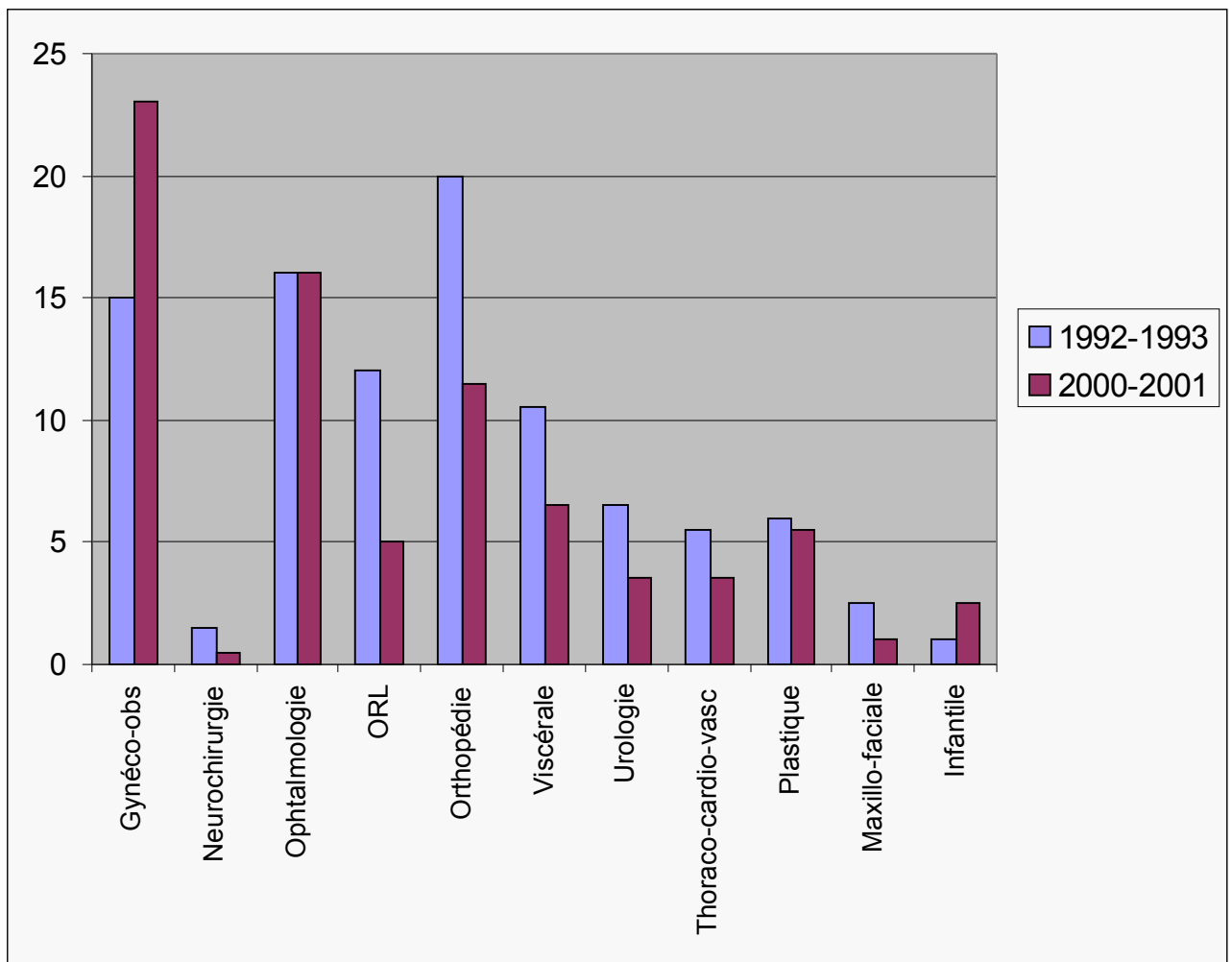
Le graphique n°2 schématise l'évolution du nombre d'Internes dans l'ensemble des spécialités des filières chirurgicales les unes par rapport aux autres.

Graphique n°2 : Evolution du nombre d'Interne des spécialités chirurgicales de 1992 à 2001



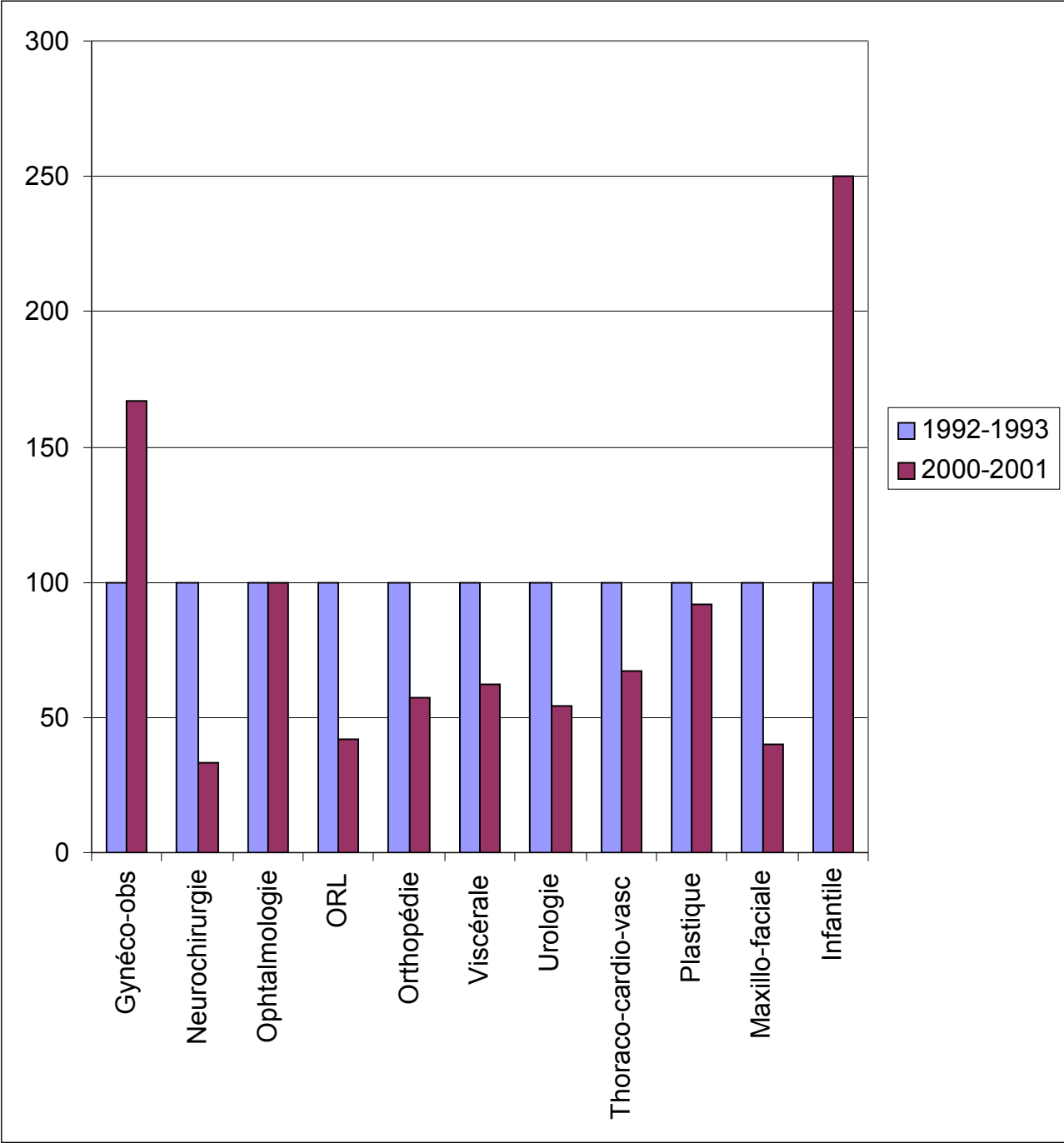
L'histogramme n°2 schématise l'évolution de chaque spécialité chirurgicale en 10 ans. Pour ce faire, le nombre d'Interne de chaque spécialité moyenné sur les promotions 1992-1993 est comparé au nombre d'Interne moyenné sur les promotions 2000 et 2001. Il est en effet nécessaire de moyenner sur au moins deux ans pour minimiser les biais dus à l'accès aux spécialités, restreinte par le nombre de postes disponibles au choix des Internes (si une spécialité est prise par un grand nombre d'Internes à l'année N, il peut ne pas rester assez de postes pour que tous les Internes de l'année N+1 le désirant puisse avoir accès à un stage de cette spécialité avant le 5^e semestre), et aux biais secondaires aux effets de mode voir tout simplement au hasard.

Histogramme n°2 : Evolution du nombre d'Internes formés dans les différentes spécialités chirurgicales



Pour rendre la comparaison entre les spécialités plus facile, et non dépendante de la différence de poids de chaque spécialité, l'histogramme n°3 compare le nombre d'Internes moyenné sur les promotions 1992-1993, au nombre d'Internes moyenné sur les promotions 2000 et 2001, en ramenant les valeurs des promotions 1992-1993 à une base 100.

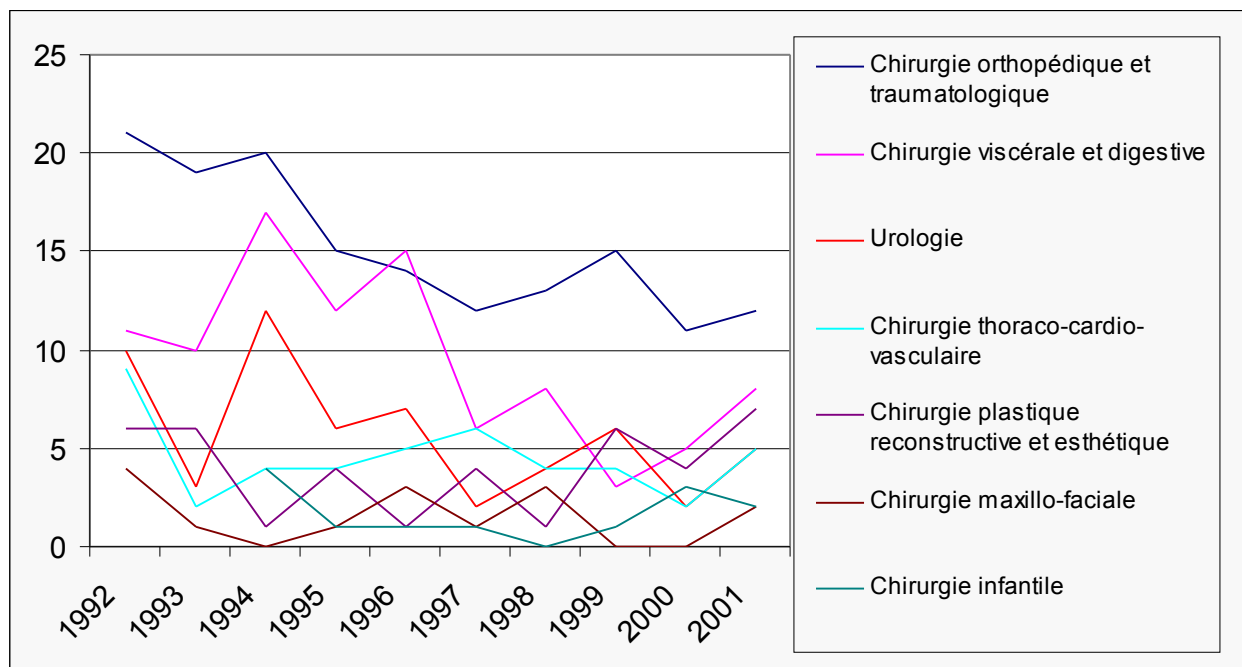
Histogramme n°3 : Evolution du nombre d'Internes formés dans les différentes spécialités chirurgicales en ramenant les effectifs des promotions 1992-1993 à une base 100.



3. Discussion

a. Les spécialités du tronc commun

Graphique n°3 : Evolution du nombre d'Interne des spécialités du tronc commun de 1992 à 2001



Il est difficile d'analyser les fluctuations des spécialités dont le nombre d'Internes n'a jamais dépassé les 5 unités. Parmi ces spécialités se trouvent, pour les spécialités du tronc commun de chirurgie, la chirurgie infantile et la chirurgie maxillo-faciale, et pour les spécialités n'entrant pas dans le tronc commun de chirurgie générale, la neurochirurgie. On peut seulement remarquer que les effectifs sont restés faibles et que les variations du pourcentage du nombre d'Interne répartis dans ces spécialités sont importants, autant dans un sens (augmentation de 150% pour la chirurgie infantile) que dans l'autre (diminution de 66% pour la neurochirurgie et 60% pour la chirurgie maxillo-faciale) du fait du faible nombre d'Internes. Il faut donc analyser ces résultats avec beaucoup de prudence et une étude sur un délai plus long est nécessaire avant de tirer des conclusions définitives.

Pour les autres spécialités du tronc commun, la diminution de leurs effectifs entre les promotions 1992-1993 et 2000-2001 est la suivante :

- Urologie : -46%,
- Chirurgie orthopédique et traumatologique: -42,5%
- Chirurgie Viscérale et digestive : -38%
- Chirurgie Thoraco-cardio-vasculaire : -36%
- Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique : -9%

Seule la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique semble avoir minimisée la perte de ses effectifs. Bien entendu, cette analyse est à mettre en relation avec les facteurs suivants : c'est une spécialité de pointe en terme d'innovation technique, dont la pratique libérale est attractive et dont la cotation des actes n'est pas soumise, bien souvent, au

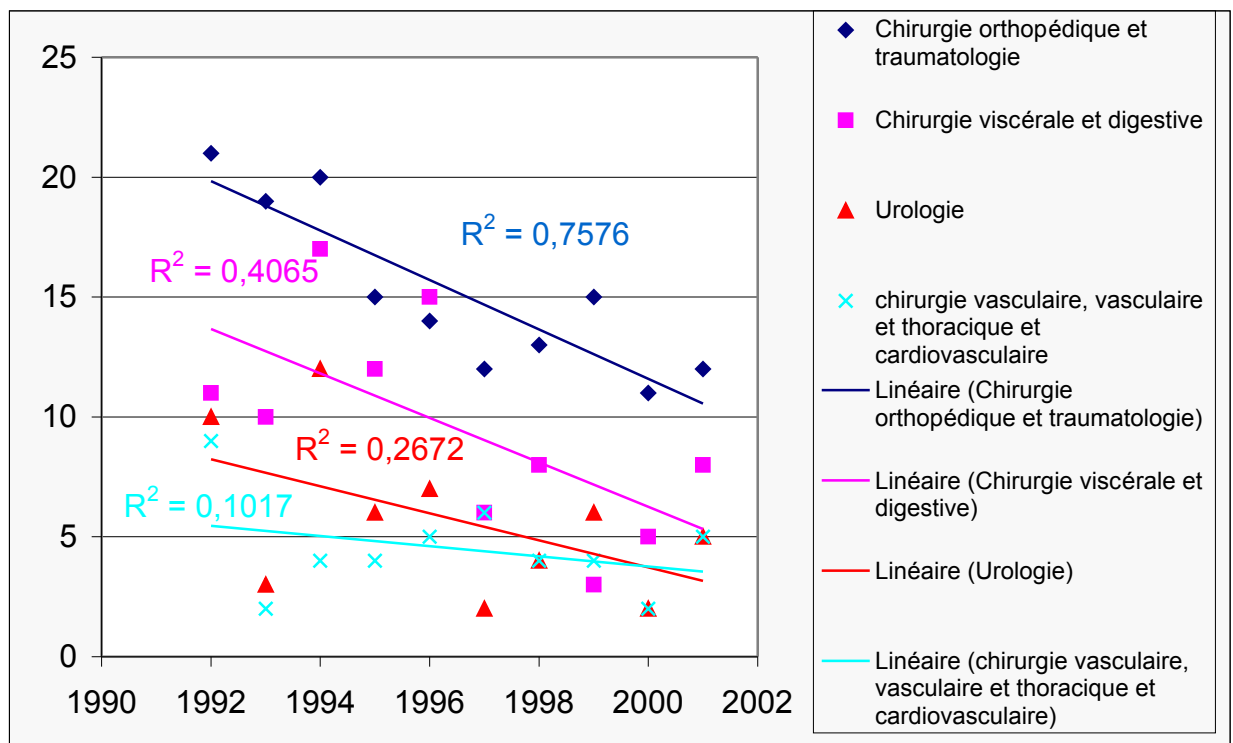
poids des négociations conventionnelles. Il faut néanmoins relativiser cette première impression. En effet, il existe des interrelations entre trois spécialités pouvant conduire toutes les trois à une pratique libérale dite « de chirurgie plastique » : le DES d'ORL, le DESC de chirurgie maxillo-faciale et bien entendu le DESC de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Or, l'ORL, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, et la chirurgie maxillo-faciale (avec des répercussions moins importantes de part la faiblesse de ses effectifs), font partie des spécialités les plus touchées par la diminution du nombre d'Internes.

Les quatre autres spécialités du tronc commun, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique et chirurgie thoraco-cardio-vasculaire (en fait chirurgie vasculaire et chirurgie thoracique et cardio-vasculaire) ont vu leurs effectifs diminuer massivement dans des proportions comparables, entre les deux tiers et la moitié en dix ans.

On peut remarquer que la diminution du nombre Internes d'Orthopédie s'est faite de façon grossièrement linéaire (graphique n°4). Elle n'a donc pas eu le même impact médiatique que la diminution par paliers du nombre d'Internes des trois autres spécialités sus-citées, diminution massives certaines années, notamment en Chirurgie Viscérale et Digestive, l'année de la filiarisation de la Gynécologie-Obstétrique (comme nous le verrons dans le chapitre n°3).

Ainsi, l'orthopédie a pu être étiquetée de spécialité « pléthorique » par certaines tutelles en charge de la santé publique, malgré la diminution de 42,5% de ses effectifs.

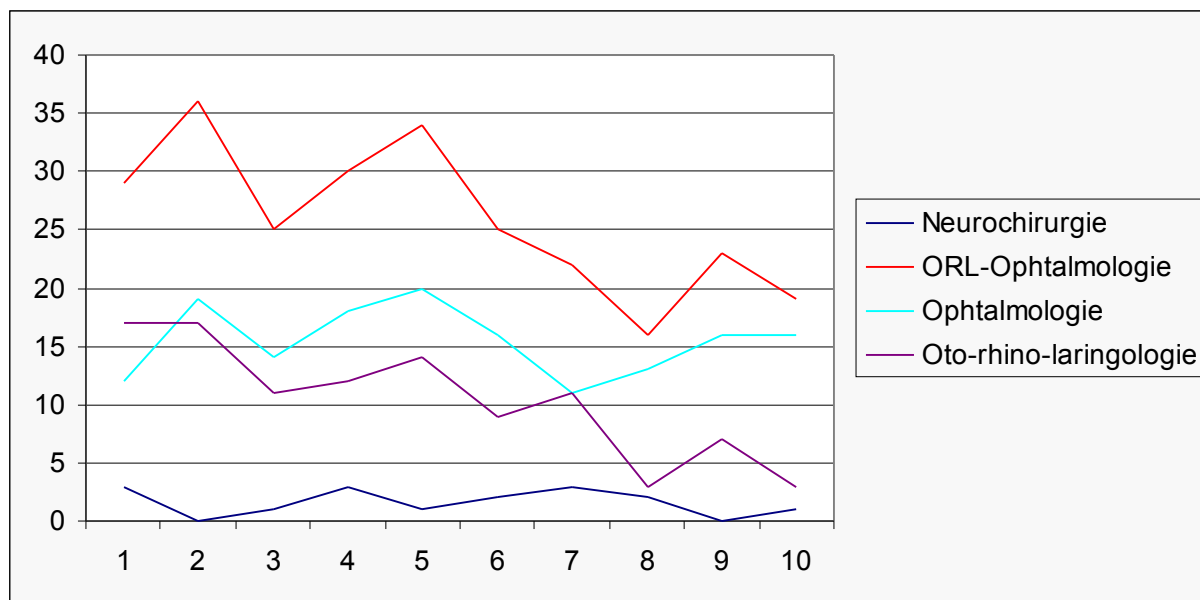
Graphique n°4 : Evolution du nombre d'Internes des spécialités du tronc commun de 1992 à 2001 : courbe de tendance et coefficient de détermination



En conclusion, la diminution du nombre d'Internes de ces quatre spécialités a été massive et doit être considérée comme un enjeu majeur de santé publique.

b. Les spécialités ne participant pas au tronc commun

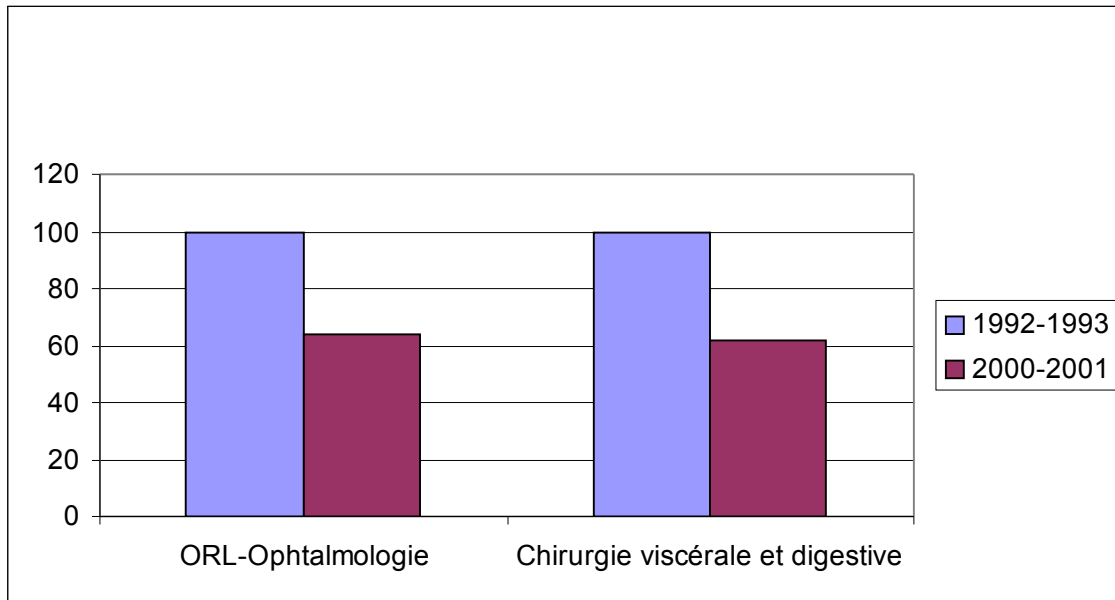
Graphique n°5 : Evolution du nombre d'Internes des spécialités ne faisant pas partie du tronc commun de 1992 à 2001



L'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et l'Ophtalmologie ont été regroupées dans leur analyse. Ces deux spécialités présentent des similitudes à bien des égards. Ce sont deux spécialités dites « médico-chirurgicales » étiquetées de pléthoriques par le quidam commun, ne faisant pas partie du tronc commun de chirurgie générale, dont la pratique chirurgicale est fine et variée, dont les obligations en terme de continuité de service nocturne (gardes) sont peu importantes par rapport aux autres spécialités de la filière chirurgie, et dont la pratique en libéral est attractive.

Le nombre d'Internes inscrits dans ces deux spécialités a diminué de 36% en 10 ans, ce qui correspond à la proportion de diminution du nombre d'Internes dans les spécialités du tronc commun (Histogramme n°4).

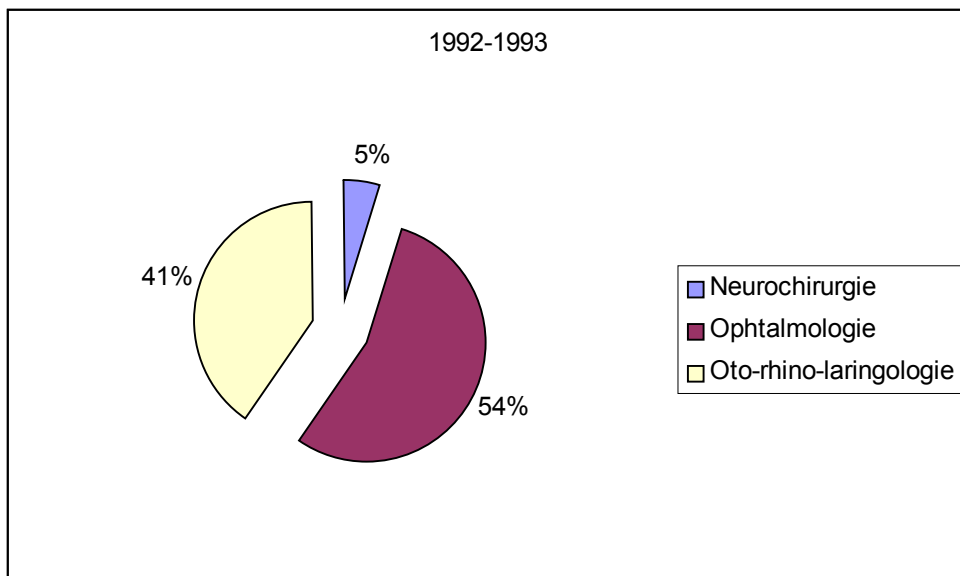
Histogramme n°4 : Evolution du nombre d'Internes formés en Chirurgie Viscérale et en chirurgie ORL-ophtalmologique, en ramenant les effectifs des promotions 1992-1993 à une base 100.



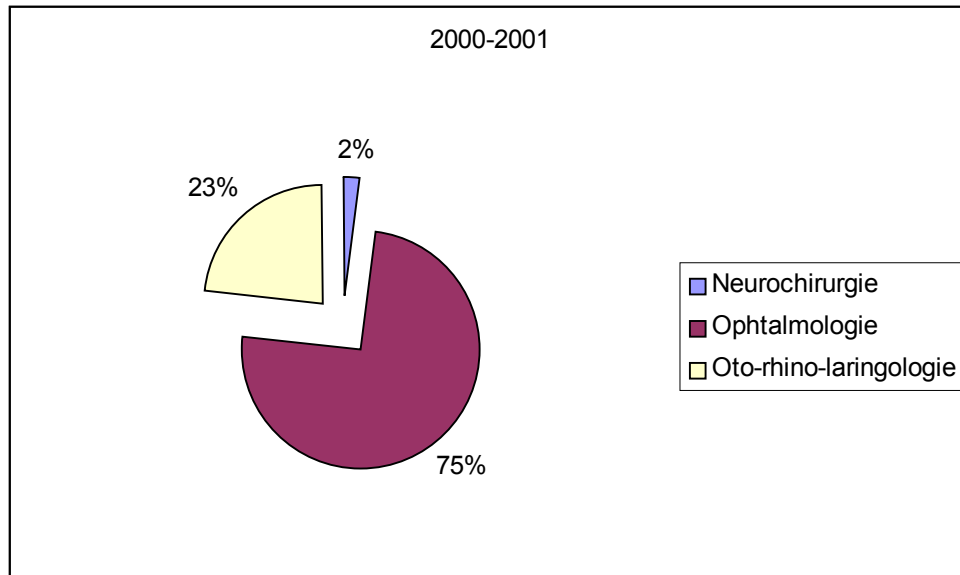
La diminution du nombre d'Internes des spécialités du tronc commun de chirurgie ne s'est donc pas faite au profit des spécialités ne dépendant pas de ce tronc commun.

On remarque pourtant une modification importante de la part représentée par ces deux spécialités en dix ans (Graphiques en secteur n°3 et 4).

Graphique en secteur n° 3 : répartition des différentes spécialités ne participant pas au tronc commun de chirurgie, en nombre d'Internes pour les promotions 1992-1993.



Graphique en secteur n° 4 : répartition des différentes spécialités ne participant pas au tronc commun de chirurgie, en nombre d'Internes pour les promotions 2000-2001.



Si les effectifs se sont maintenus, en Ophtalmologie, en ORL ils se sont effondrés. Il faut trouver à ce phénomène plusieurs explications. Il semble que l'ophtalmologie ait bénéficié à la fois d'innovations techniques (laser) et d'une campagne de sensibilisation sur la pénurie d'ophtalmologistes (délais d'attente de plusieurs mois, départ en retraite de quantité de CES). Ces deux phénomènes combinés ont incité les Internes à s'orienter vers cette spécialité et l'Ophtalmologie a ainsi pu conserver des effectifs stables (mais sans augmentation toute fois). Bien évidemment, par effet de vase communicant, la spécialité la plus proche, c'est à dire l'ORL, a vu ses effectifs diminuer et cette spécialité a absorbé à elle seule la diminution globale du nombre d'Internes de ces deux spécialités.

c. Filiarisation de la gynécologie-obstétrique et démographie en chirurgie viscérale

La filiarisation de la gynécologie-obstétrique en 1999 a été consécutive à une diminution du nombre d'Internes se destinant à cette spécialité de 33% en un an. Cette diminution était ponctuelle puisque le nombre d'Internes de gynécologie-obstétrique était jusque là stable (aux alentours de 15 par an depuis 1992) (graphique n° 2).

Le nombre d'Internes de gynécologie-obstétrique après filiarisation, fixé réglementairement par le nombre de places ouvertes au concours moins les droits au remords, est alors passé à 17 en 1999, et à respectivement 24 et 22 en 2000 et 2001. Il apparaît important de noter que cette augmentation « artificielle » du nombre d'Internes de cette spécialité s'accompagne d'un certain nombre d'effets pervers quant au type d'exercice futur (cf : Livre Blanc des Internes 2003) : aspiration au temps libre plus important, volonté de changer de spécialité à 5 ans de 20%, désir d'une activité excluant l'obstétrique pour un tiers d'entre eux...

Si donc les objectifs de la filiarisation de cette spécialité, c'est à dire l'augmentation du nombre d'obstétriciens formés, ne semblent pas atteints, analysons l'effet de cette filiarisation sur les autres spécialités.

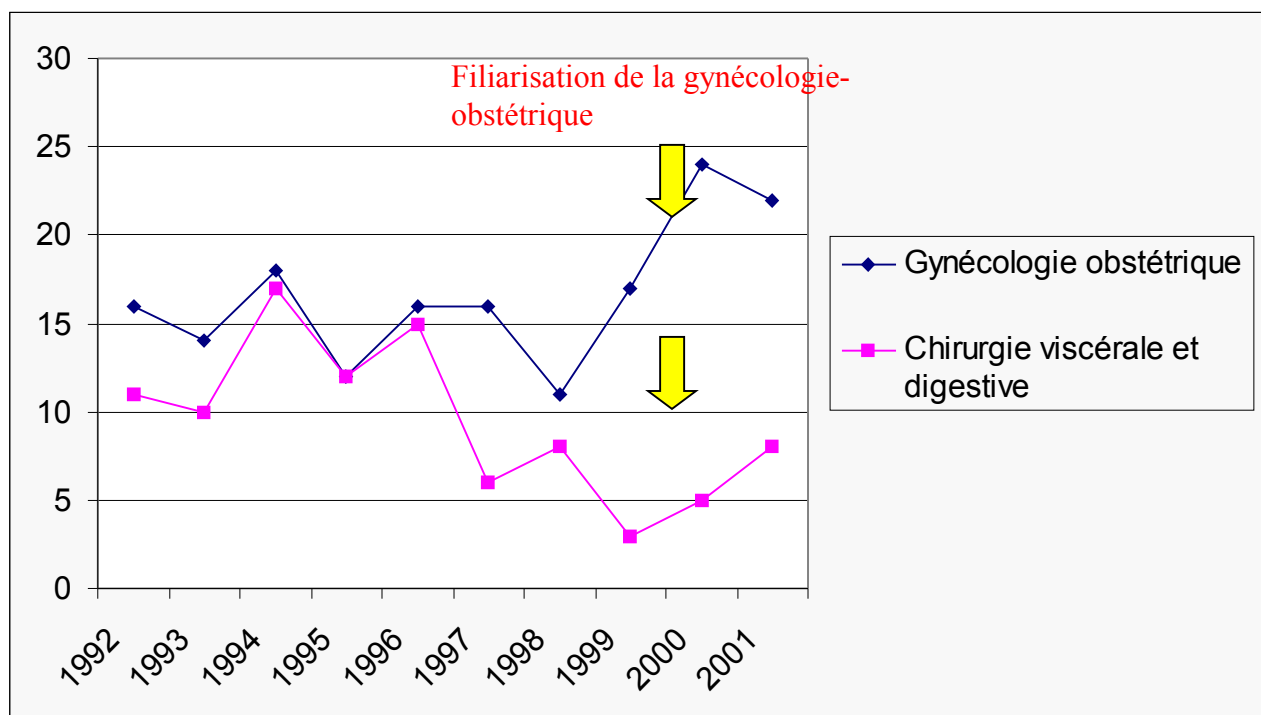
Le premier effet de cette filiarisation a été la diminution du nombre de postes ouverts en Chirurgie, puisque ce nombre est passé, entre 1998 et 1999 de 77 à 54, tandis que 17 postes

étaient affectés à la filière Gynécologie-obstétrique. Toutes les spécialités chirurgicales ont donc été touchées.

La spécialité la plus touchée par ce phénomène a été la chirurgie viscérale, probablement de part la proximité de ces deux spécialités dans leur pratique (chirurgie des parties molles) et de part le double agrément de certains services. Il était en effet possible aux Internes des promotions précédant 1999, de réaliser un cursus leur permettant de valider à la fois le DESC de Chirurgie Viscérale et Digestive et le DES gynécologie-obstétrique (18,75% des Internes validant le DES de chirurgie de gynécologie-obstétrique en 1997 validaient également le DESC de chirurgie viscérale et digestive).

Le graphique n°6 retrace l'évolution du nombre d'Internes se destinant à ces deux spécialités pour les promotions du concours de l'Internat de 1992 à 2001.

Graphique n°6 : Evolution du nombre d'Internes de chirurgie viscérale et de gynécologie-obstétrique de 1992 à 2001



La filiarisation de la gynécologie-obstétrique a donc porté un coup de grâce à la Chirurgie viscérale, qui voyait déjà ses effectifs diminuer depuis deux ans. Pour la promotion 1999, seuls trois Internes se sont inscrits au DESC de chirurgie viscérale. Pour les promotions suivantes, 2000 et 2001, on note une augmentation progressive du nombre d'Internes de chirurgie viscérale, nombre qui rejoint en 2001 celui des années 1997 et 1998 précédant la filiarisation. Cette réaugmentation est à mettre, au moins en parti, sur le compte de la communication autour de la désertification de cette spécialité, et des mesures annoncées pour la revaloriser.

4. Conclusion : Les points importants

- La diminution du nombre d'Internes dans les quatre spécialités principales (de part le nombre d'Internes) du tronc commun de chirurgie (chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique, chirurgie Vasculaire plus Chirurgie Cardiothoracique et Vasculaire) a été massive en 10 ans (entre un tiers et la moitié des effectifs),
- La valorisation des ces spécialités doit donc être un enjeu majeur de santé publique,
- La diminution du nombre d'Internes en chirurgie orthopédique et taumatologique s'est faite de façon progressive et n'a donc pas attiré l'attention des autorités de tutelles en charge de la santé publique. Cette diminution est pourtant plus importante que dans la plupart des autres spécialités, notamment légèrement plus importante qu'en Chirurgie Viscérale et Digestive sur 10 ans,
- La diminution du nombre d'Internes des spécialités du tronc commun ne s'est pas produite au profit des autres spécialités de la filière chirurgie (ORL – Ophthalmologie) dont la diminution des effectifs est du même ordre de grandeur,
- La filiarisation de la gynécologie-obstétrique a aggravé la diminution du nombre d'Internes dans les autres spécialités chirurgicales. Ce phénomène a été particulièrement prononcé en chirurgie viscérale et digestive.