

Démographie de la spécialité

**Collège Hospitalo-Universitaire
de Chirurgie Pédiatrique**

Février 2007

La démographie des professionnels de santé est une préoccupation dont témoignent les rapports écrits à ce sujet depuis 6 ans (rapport Nicolas et rapports Berland).

Les inquiétudes sont encore plus grandes pour les spécialités chirurgicales, du fait des spécificités de cet exercice.

Ces éléments ont conduit le collège hospitalo-universitaire de chirurgie pédiatrique à réaliser un travail sur l'évolution de la démographie de la spécialité.

I - Les objectifs :

Les objectifs de cette étude étaient d'avoir une vision prospective des départs et des entrées dans les deux spécialités que sont l'orthopédie et le viscéral.

Cette prospective doit servir à réguler les flux d'entrées et l'orientation des DESC. Cette orientation, dans notre spécialité, ne peut se concevoir qu'au niveau national, l'échelon Inter-régional étant trop limité.

Ces résultats n'ont de sens que si, parallèlement, une réflexion collective est menée sur les choix d'organisation de la spécialité à une échéance de 10 ans.

II - La méthode :

Ce travail s'est appuyé sur les études réalisées par le professeur J.P. Cahuzac en 1999, puis en 2006 sur la démographie hospitalo-universitaire. Parallèlement à ce travail sur la démographie hospitalo-universitaire, un questionnaire avait été envoyé aux chirurgiens pédiatres travaillant dans les centres hospitaliers généraux et en libéral.

La cessation d'activités a été fixée à 65 ans, sauf mention spécifique.

Le flux des entrées a été réalisé à partir du fichier des DESC inscrits auprès du coordonnateur Inter-régional de la spécialité. Ce fichier était complété par le fichier de l'enseignement national où se trouvaient, non seulement ces étudiants inscrits au DESC de la spécialité, mais également ceux qui, dans leurs deux premières années d'internat, souhaitaient s'y inscrire en 5^{ème} semestre. La durée de formation retenue a été de 6 ans pendant l'internat et de 3 ans en post-internat. Cette durée moyenne tenait compte de la possibilité de réaliser un Master 2 et des événements intercurrents (grossesse, ...).

Cette étude démographique concernant plus spécifiquement l'activité chirurgicale, les hospitalo-universitaires titulaires ont inclus ceux des disciplines mixtes (anatomie en particulier).

III - Limites de l'étude :

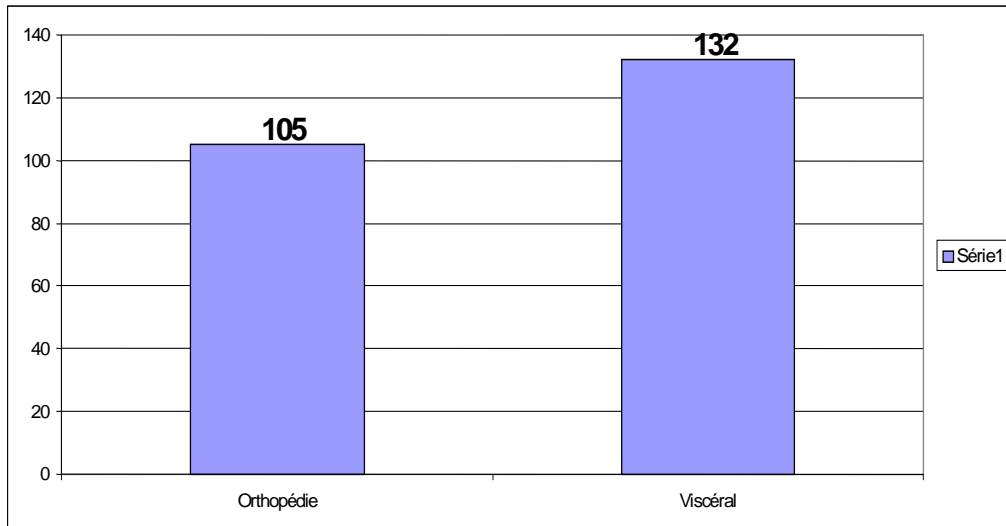
Ce travail partage les limites de toute étude démographique correspondant à une projection dans l'avenir. Son exhaustivité n'est pas complète. Certains chirurgiens pédiatres ont une activité mixte, adulte et enfant, dont la part respective peut-être difficile à préciser.

Elle ne tient pas compte de la possibilité pour des DESC d'autres spécialités (orthopédie en particulier) de rejoindre l'activité chirurgicale pédiatrique au cours du post-internat.

IV Les résultats :

A - Les chirurgiens pédiatres titulaires en 2007:

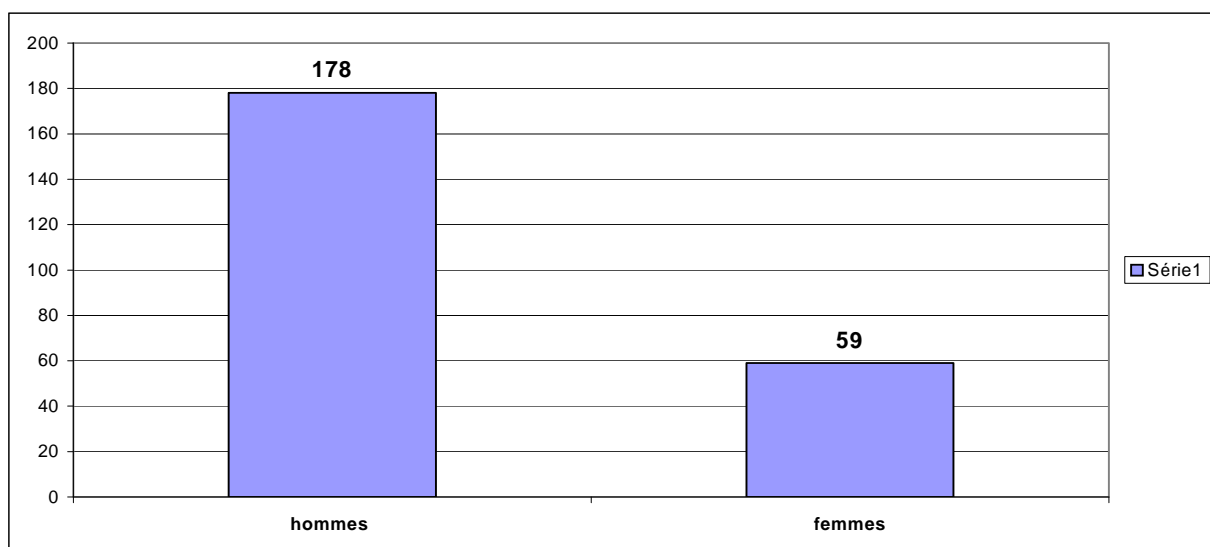
Cette étude démographique recense **237 équivalent temps pleins**, se répartissant en 132 chirurgiens à orientation viscérale et 105 à orientation orthopédique (figure 1).



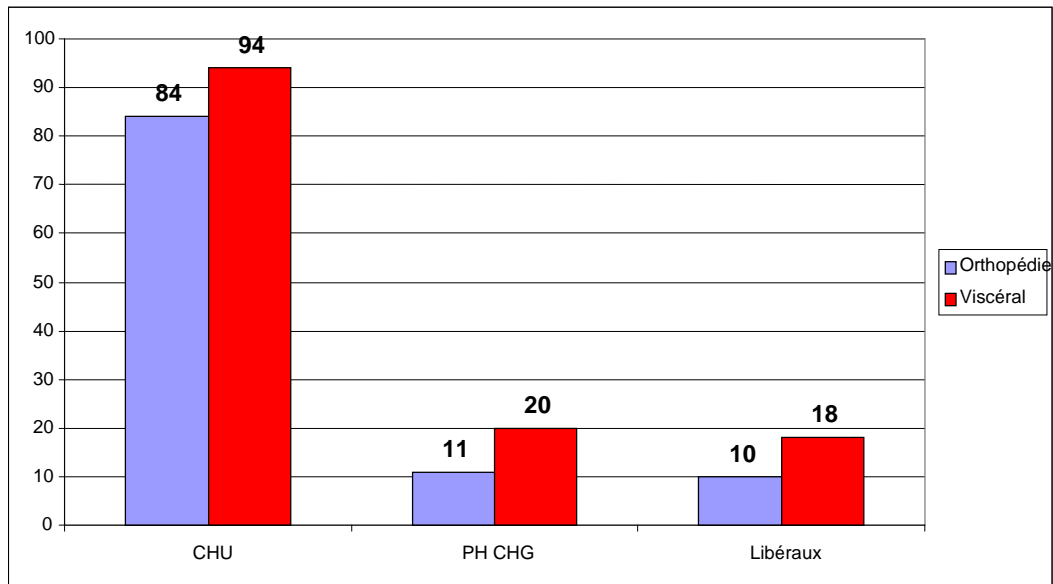
Ce chiffre est cohérent avec celui du rapport Berland (2006) qui donnait un chiffre de 244 E.T.P. L'âge moyen est de 48,8 ans.

L'étude démographique réalisée en 1999 par J.P. Cahuzac retrouvait 170 E.T.P.

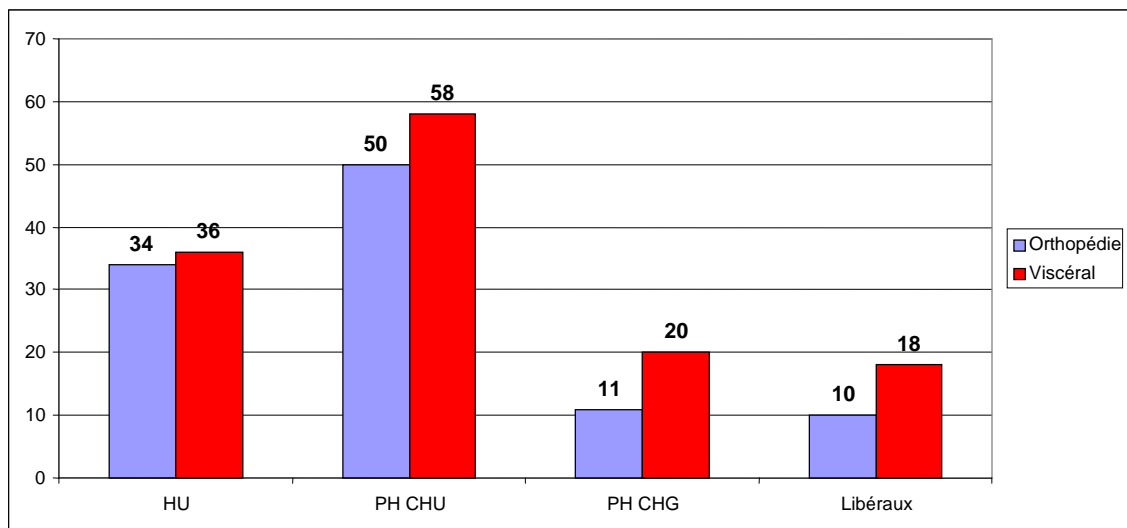
La répartition selon le sexe est de 75 % d'hommes et de 25 % de femmes (figure 2).



Les $\frac{3}{4}$ exercent en CHU, alors qu'ils ne représentaient que 62 % en 1999 (figure 3).

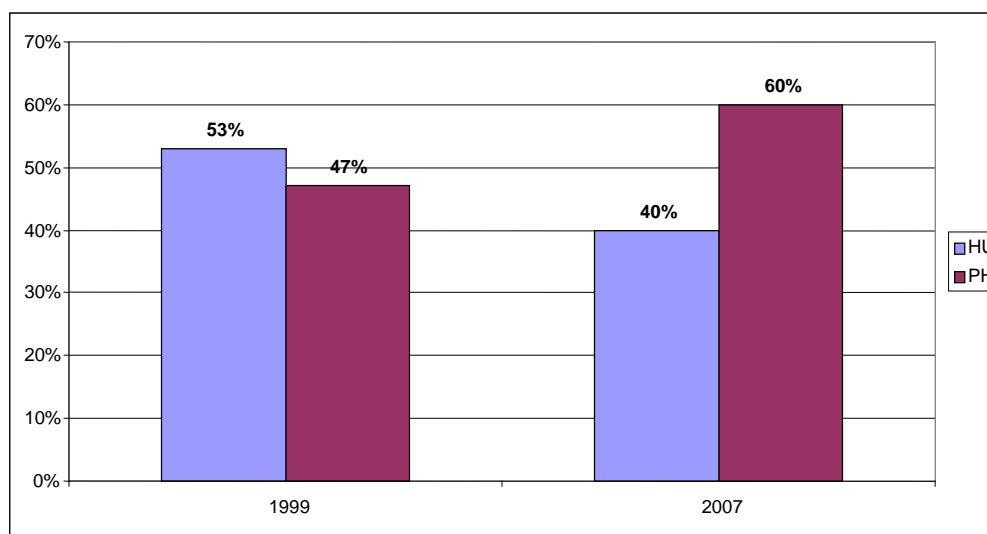


Les praticiens hospitaliers représentent 60 % des effectifs, alors qu'en 1999, ils représentaient 47 % (figures 4 et 5).

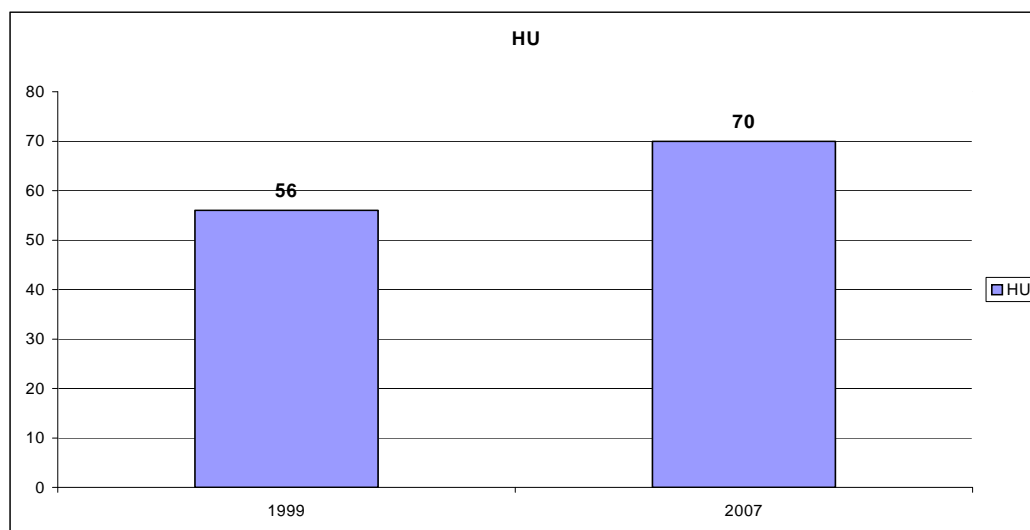


Cette évolution montre que le chiffre de chirurgiens pédiatres a augmenté, essentiellement dans le secteur public du fait des mesures statutaires récentes (A.R.T.T. et intégration du temps de garde dans le temps de travail).

Le rapport entre praticiens hospitaliers et hospitalo- universitaires s'est inversé (figure 6)..

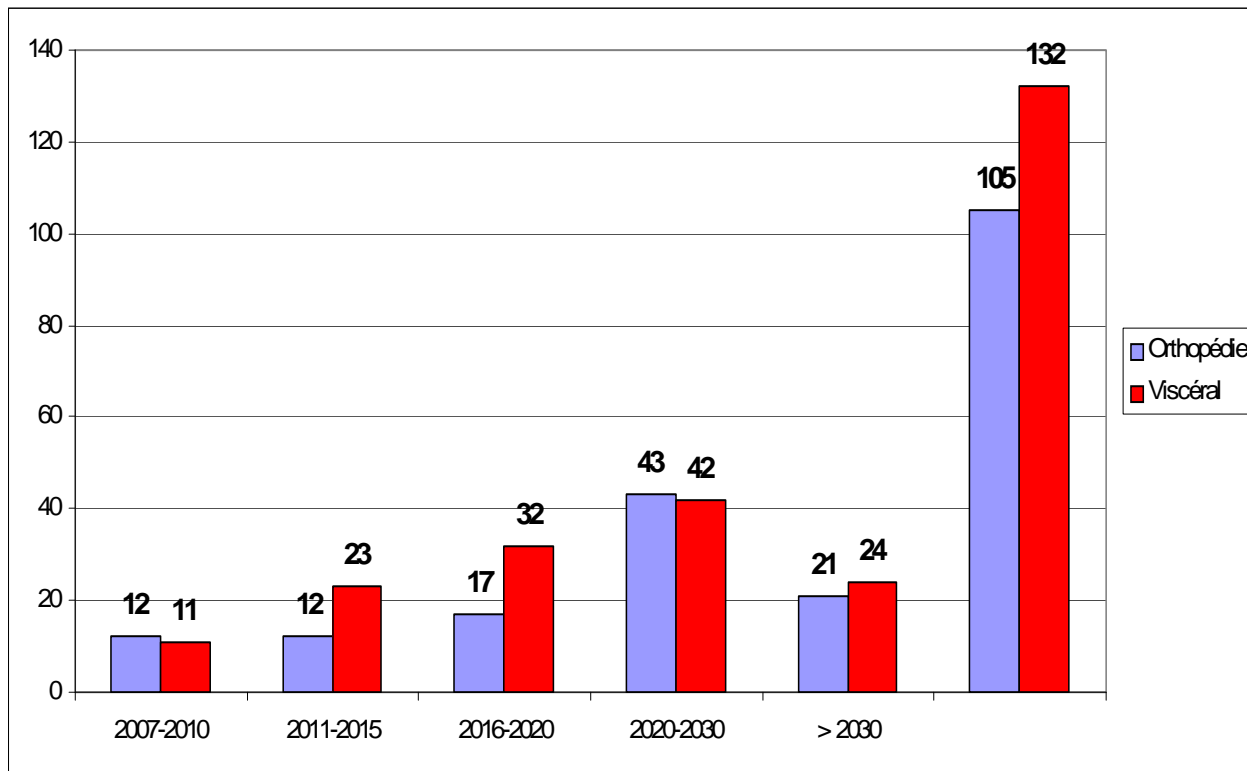


Cette évolution s'est produite alors même que le **chiffre d'hospitalo-universitaires** a augmenté pendant cette période passant de 56 en 1999 à 70 en 2007 figure 7)



Un des enjeux pour la spécialité sera de maintenir ce chiffre d'hospitalo-universitaires alors même que les écoles doctorales exigent un cursus scientifique de plus en plus élevé.

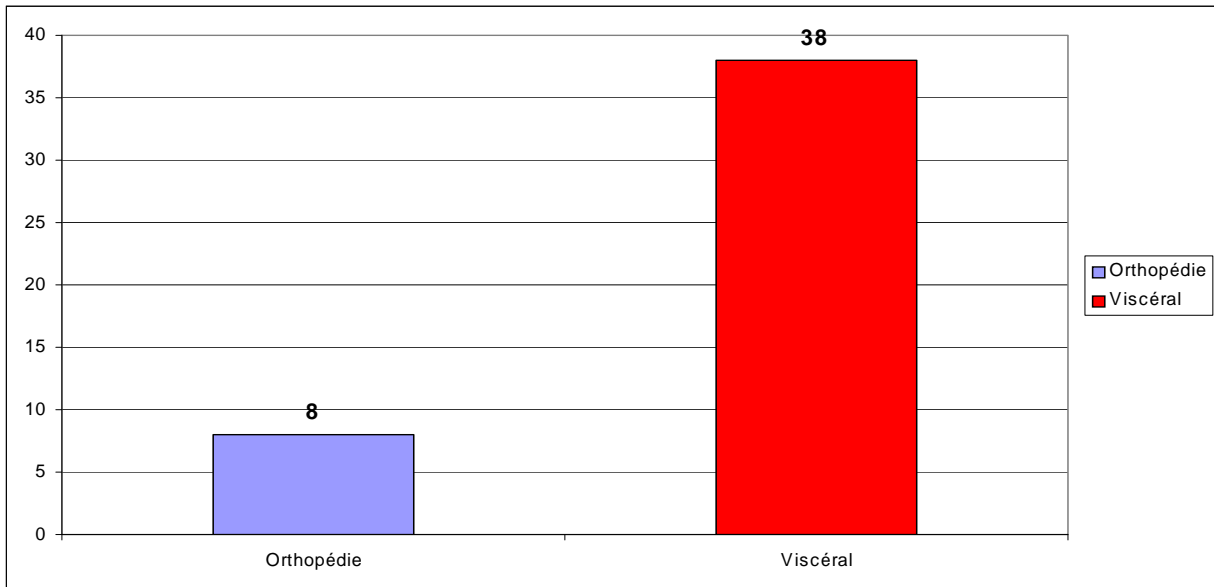
Le flux des départs est représenté sur la figure 8.



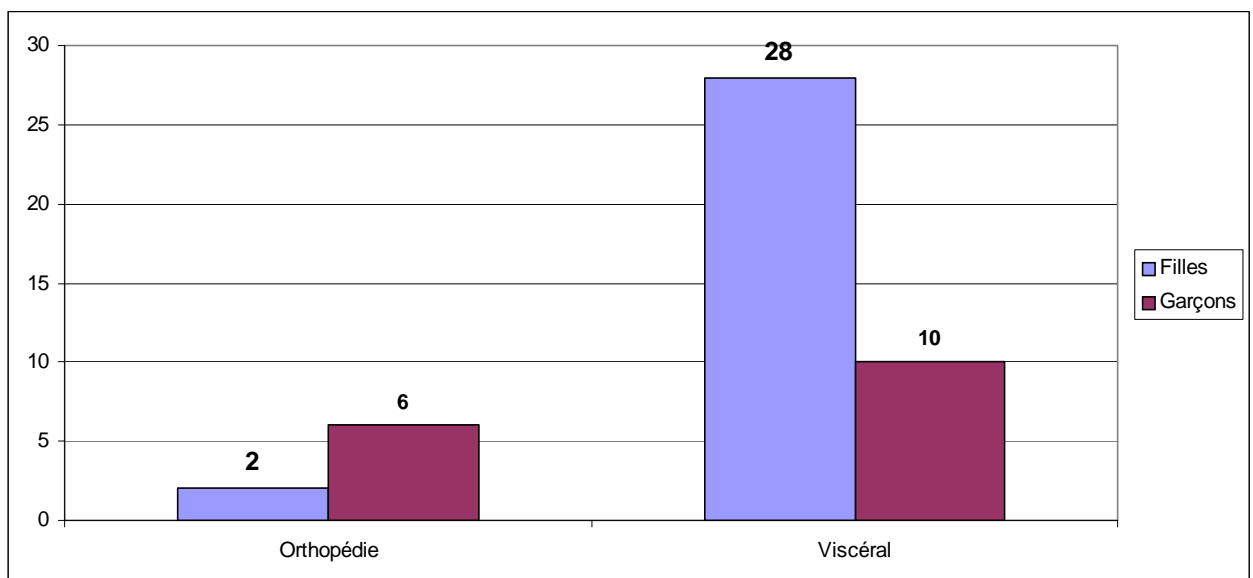
116 départs auront lieu avant 2020, c'est à dire 45 % des effectifs.

B - Les chirurgiens pédiatres inscrits au DESC :

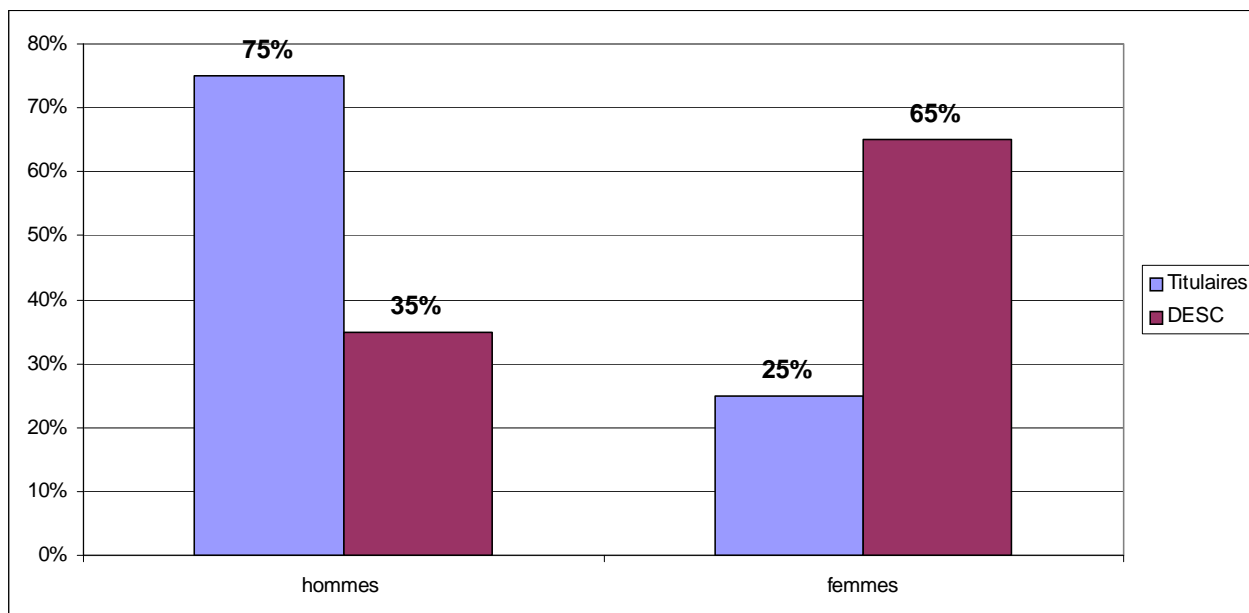
En 2007, **46 étudiants** sont inscrits au DESC de chirurgie infantile: 38 en viscéral et 8 en orthopédie (figure 9).



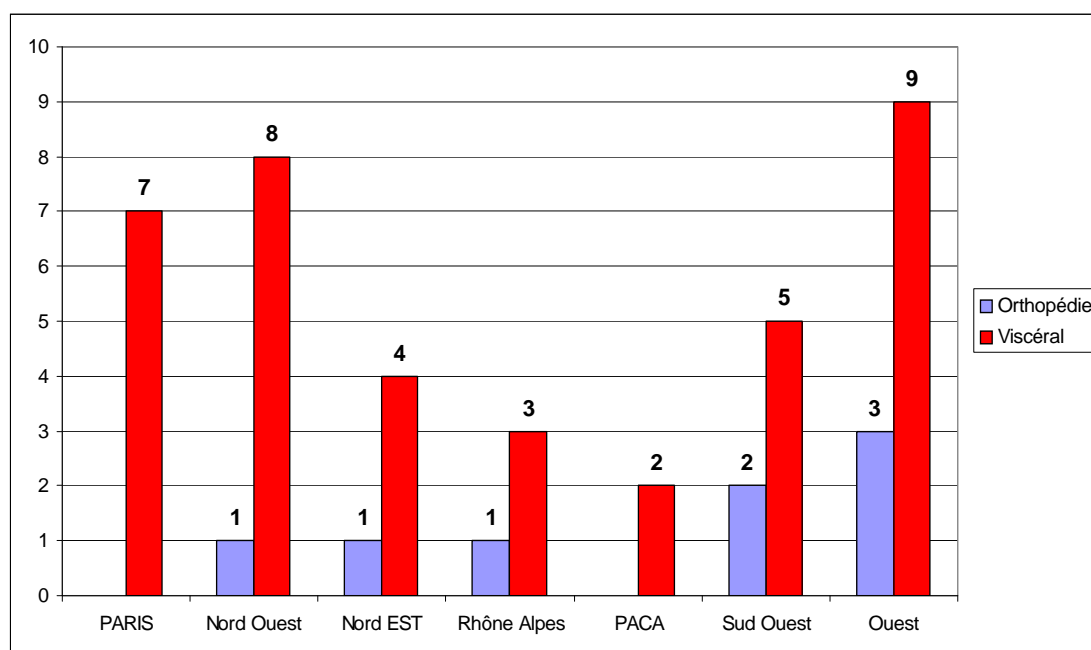
Ces étudiants sont de sexe masculin pour 16 d'entre eux et de sexe féminin pour 30. Le taux de féminisation est particulièrement marqué en viscéral (figure 10).



La répartition selon le sexe est totalement inversée entre les chirurgiens titulaires (25% de femmes) et les chirurgiens en formation (65% de femmes (figure 11).



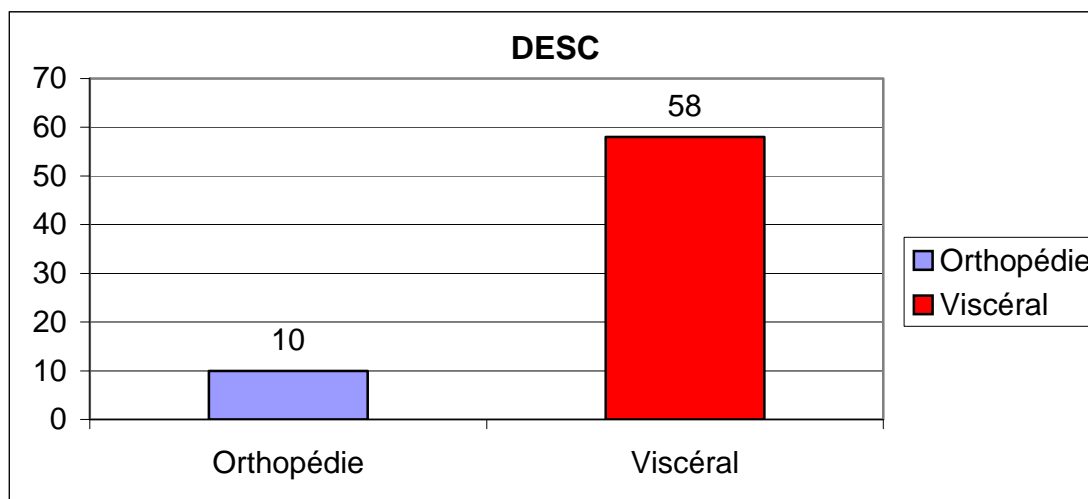
La formation par Inter-région est très variable (figure 12), ce qui justifie une réflexion à un niveau national et non pas inter-régional.



Ce nombre peut être rapporté **au nombre de centres de chirurgie pédiatrique** par inter-région et au nombre de naissances, ce qui peut donner une idée du potentiel formateur des services de chirurgie pédiatrie d'une inter région (figure 13).

INTER REGION	Nombre de Naissance	Nombre de centre de Chirurgie pédiatrique	Nb naissances /centre	Nb centres /100000N
Ouest	130 000	10	13000	7,69
Nord Ouest	118 000	8	14 750	6,80
EST	98 000	7	14000	7,14
Rhone Alpes-Auvergne	92000	7	13140	7,61
Sud Est	88000	9	9777	10,23
Sud Ouest	70000	5	14000	7,14
Ile de France	180000	10	18000	5,56
France	776 000	51	15216	6,57
Belgique	116 000			
Allemagne	680 000			

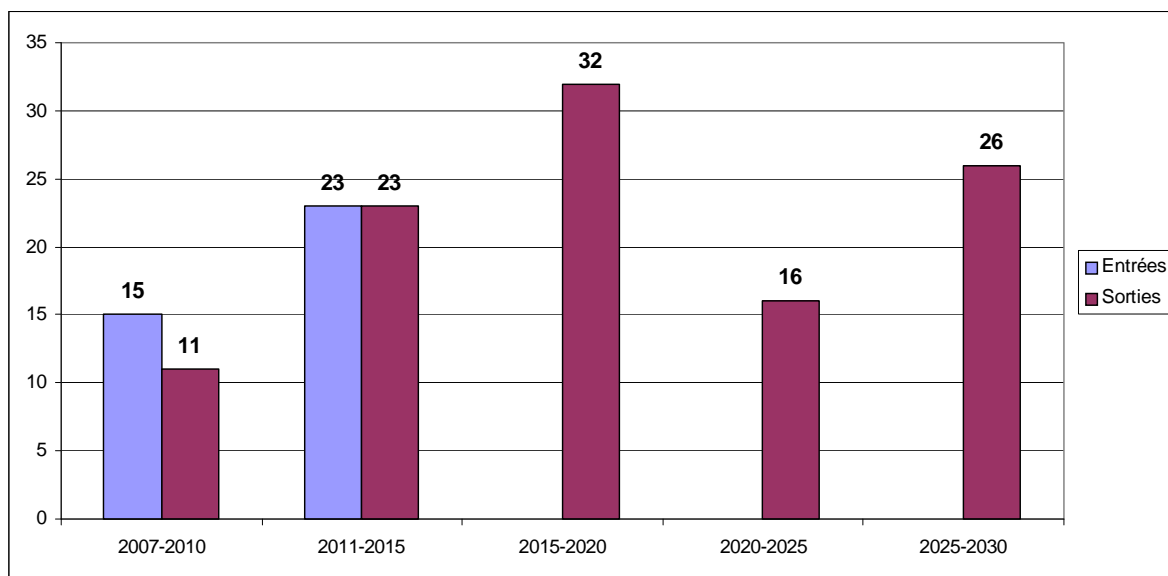
Le chiffre d'étudiants susceptibles de faire la spécialité peut être abordé en associant aux étudiants inscrits au DESC ceux participants à l'enseignement national alors qu'ils sont à leurs deux premières années d'internat. Le nombre de personnes souhaitant faire la spécialité est alors beaucoup plus élevé, passant à 58 en viscérale et à 10 en orthopédie (figure 14).



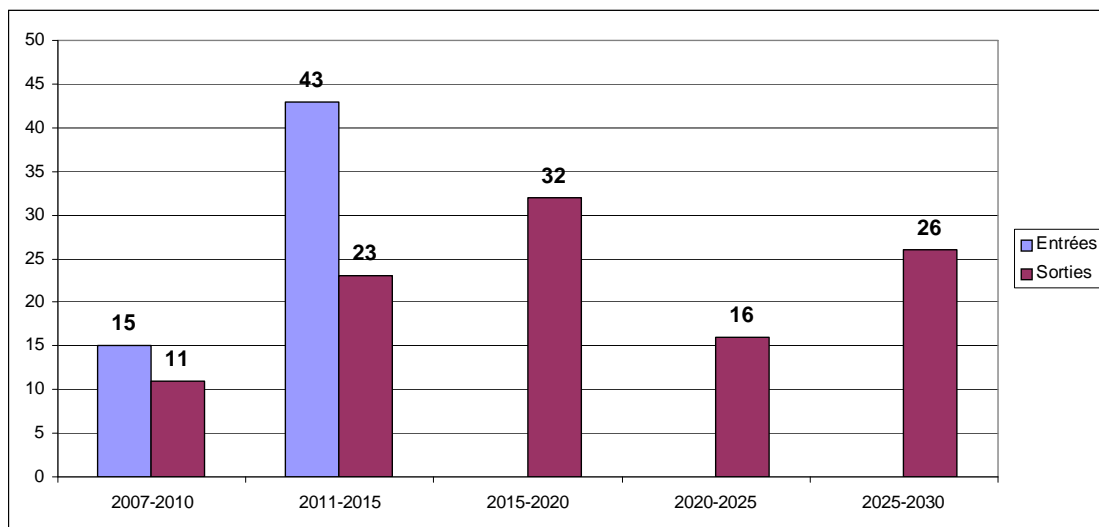
C - Les flux: entrées et sorties:

1° en viscéral :

Si l'on ne retient que les étudiants inscrits au DESC, l'analyse des flux d'entrée et de sortie est légèrement excédentaire sur la période 2007-2015 (figure 15).

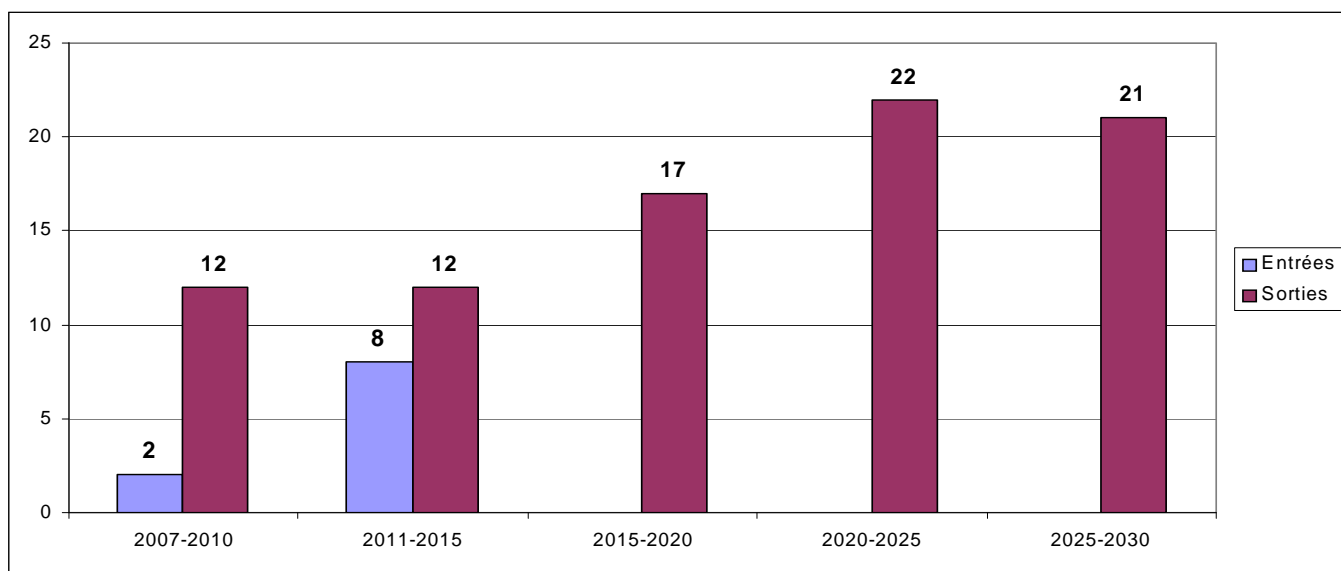


Si l'on associe aux étudiants inscrits au DESC ceux souhaitant éventuellement faire la spécialité, l'excédent est alors important même si le nombre de chirurgiens partant après 2015 est également élevé (figure 16).



2° en orthopédie:

Il existe ici un déficit net, qui devra être modulé lorsque l'on connaîtra le nombre d'orthopédistes adultes se destinant réellement à une activité d'orthopédie pédiatrique (figure 17).



V Discussion:

Les limites de l'étude doivent être rappelées (exhaustivité, flux venant d'autres spécialités, impact de la féminisation).

Afin de mieux appréhender les flux d'entrée en orthopédie pédiatrique, le Collège va réaliser une enquête auprès des chefs de service de chirurgie pédiatrique pour connaître les futurs orthopédistes pédiatres venant de la filière d'orthopédie adulte.

En ce qui concerne le viscéral, l'analyse des entrées serait assez largement excédentaire si tous les étudiants souhaitant faire la spécialité s'inscrivaient au DESC. Il faut donc être vigilant sur ces inscriptions sous peine d'être excédentaire sur plusieurs années.

L'ensemble de ces remarques n'a de sens que si une réflexion est menée quant à l'évolution de la spécialité. Cette évolution concerne le champ d'activité (place de la plastique par exemple) mais également son organisation (volonté de regrouper les équipes ou au contraire de diffuser notre spécialité).

Enfin, une comparaison avec les autres pays européens s'avèrera utile, même si on sait que la structuration de la chirurgie pédiatrique en Europe est souvent très différente de ce qu'elle est en France, soit parce que cette spécialité n'existe pas (Belgique), soit parce que l'orthopédie pédiatrique reste rattachée à l'orthopédie adulte (Allemagne,...).

VI Conclusion :

Cette analyse démographique est un instantané imparfait. Elle doit nous conduire à nous interroger sur l'évolution que nous souhaitons pour la spécialité. Ceci devrait faire l'objet d'une réflexion collective au cours des deux prochaines années.