



Inspection générale
des affaires sociales

RM2010-088P

Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et
de la recherche
N°2010-046

Le post-internat

Constats et propositions

RAPPORT
TOME 1

Établi par

Claire AUBIN Christine DANIEL Dr Françoise SCHAETZEL
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Alain BILLON Patrice BLEMONT Agnès ELIOT Jacques VEYRET
Membres de l'Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche

Avec la participation de Cécile BIZOT
Stagiaire à l'IGAS

- Juin 2010 -

Synthèse

Les ministres chargés de la santé d'une part, de l'enseignement supérieur et de la recherche, d'autre part, ont saisi l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe relative au post-internat. Plusieurs réformes ont affecté dans la période récente les études médicales : augmentation du numerus clausus depuis le début des années 2000, création des examens classants nationaux (ECN) pour accéder à l'internat en 2004, incluant la spécialité de médecine générale pour laquelle a été mis en place un diplôme d'études spécialisées, création d'une filière universitaire de médecine générale en 2008. Conjuguées aux évolutions de la démographie médicale, ces réformes se répercutent aujourd'hui sur ce qu'il est convenu d'appeler le post-internat.

Après avoir défini les contours du post-internat puis analysé les difficultés et les tensions à venir, la mission a considéré que seule une réforme d'envergure était en mesure de répondre aux défis actuels. Des mesures d'urgence n'en demeurent pas moins nécessaires pour répondre à des tensions accrues qui vont se manifester dès la rentrée 2010-2011, alors que la réforme ne peut être d'application immédiate.

Devenu une étape quasi systématique avant l'installation, le post-internat répond, sous des statuts divers, à des motivations variées mais convergentes et tient de fait une place importante dans le dispositif de santé.

Le post-internat ne correspondant pas à une catégorie juridiquement établie, la mission interministérielle l'a défini comme une période de durée variable qui s'étend entre la fin de l'internat et la stabilisation professionnelle en exercice libéral ou salarié. On observe que cette période a une durée comprise actuellement entre 3 et 7 ans.

La pratique du post-internat est aujourd'hui quasi systématique. Sa généralisation résulte d'une pluralité des motivations des jeunes diplômés, qui convergent toutes vers la réalisation d'un post-internat.

Le post-internat répond d'abord au besoin d'acquérir une capacité d'exercice autonome que ne confère pas – ou plus- l'internat. La nécessité d'une période complémentaire après l'internat pour exercer en responsabilité mais dans un cadre sécurisant fait l'objet d'un consensus assez général.

Le post-internat permet ensuite d'acquérir un complément de formation. La qualification dans certaines spécialités chirurgicales passe par l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire qui suppose une prolongation des études après l'internat. Du fait de la sophistication croissante des techniques médicales une telle formation complémentaire est de fait réclamée aujourd'hui dans la plupart des spécialités.

Le post internat, sous la forme du clinicat, peut aussi être la première étape d'une carrière universitaire et constitue dans cette perspective un point de passage obligé.

De façon générale la réalisation d'un post-internat apparaît comme un moyen pour les jeunes médecins de se ménager de plus larges possibilités de carrière, que ce soit dans le secteur hospitalier ou libéral, et de meilleures perspectives de rémunération, puisqu'elle permet de pratiquer des dépassements d'honoraires (secteur 2).

Ainsi appréhendé le post-internat recouvre un ensemble hétérogène. Il s'effectue en effet sous des statuts divers et selon des modalités multiples. A côté d'un noyau dur bien identifié, qui recouvre essentiellement le post-internat hospitalo-universitaire effectué dans les CHU (3 600 chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux – CCA – et assistants hospitaliers universitaires – AHU –) mais aussi le clinicat de médecine générale récemment créé (45 chefs de clinique des universités en médecine générale en 2009) et l'assistanat (environ 3 000 assistants des hôpitaux, et 300 assistants à temps partagé entre les CH et les CHU), d'autres statuts peuvent servir de support, qui constituent ce

que l'on peut considérer comme la « zone grise » du post-internat : postes de praticiens contractuels, généralement utilisés pour des périodes intermédiaires, en l'attente d'un poste de chef de clinique ou d'assistant ou, après un tel poste, en l'attente d'un exercice hospitalier titulaire, postes de remplaçants, notamment en médecine générale. S'il n'est pas possible d'apprécier l'étendue de cette zone grise, le noyau dur du post-internat peut lui être estimé à quelques 7 000 professionnels au total et représente une masse salariale de plus de 520 millions d'euros.

Devenu une étape quasi systématique le post-internat tient de fait une place importante dans le dispositif de santé.

Il constitue un maillon de l'effort d'enseignement et de recherche : les CCA-AHU qui représentent près de 40 % des effectifs enseignants dans la filière hospitalo-universitaire doivent à ce titre participer aux activités d'enseignement, au compagnonnage, et à la recherche. Mais ces activités entrent en concurrence avec l'activité de soins qui tend souvent à l'emporter, notamment dans les spécialités chirurgicales. En médecine générale les chefs de clinique qui ne constituent encore que 20% de l'effectif enseignant sont appelés à fournir le vivier de la toute récente filière universitaire. En nombre restreint, ils font face à des charges particulièrement lourdes d'enseignement et d'encadrement face à des effectifs d'internes en forte augmentation.

Le post-internat apporte une contribution essentielle à l'offre de soins. Dans les établissements hospitaliers, les chefs de clinique et les assistants représentent environ 14 % des effectifs médicaux. Mais la participation effective des jeunes médecins en post-internat est en réalité supérieure, si l'on y intègre ceux qui l'effectuent sous un statut de praticien contractuel, et la partie de leur temps que les chefs de clinique consacrent effectivement aux soins. Dans le secteur libéral, les remplaçants participent à l'offre de soins, notamment pour les soins primaires.

Mais ce dispositif dont l'organisation et le fonctionnement sont déconnectés des besoins de formation et de soins, n'est pas en mesure de répondre aux défis à venir

Le fonctionnement du dispositif est loin de correspondre au schéma théorique que dessinent les statuts. A l'hôpital, la différence entre les statuts hospitalo-universitaire et non universitaire ne se traduit pas nécessairement dans la réalité des missions. Le partage entre les activités de soins, d'enseignement et de recherche, difficile à apprécier en raison de leur intrication constante, dépend plus des services et des spécialités que des positions statutaires des praticiens. Dans les faits, beaucoup de chefs de clinique se consacrent essentiellement voire exclusivement aux soins, notamment dans les spécialités chirurgicales, et leur activité ne se distingue alors guère de celle des assistants. Seule une petite minorité d'entre eux s'oriente réellement vers une carrière universitaire : selon les estimations de la mission 11 % des anciens CCA-AHU accèdent à un poste hospitalo-universitaire titulaire (MCU-PH ou PU-PH).

Il existe pourtant des différences marquées entre les statuts, qui toutes convergent vers une forte attractivité du clinicat : non seulement il constitue un pré-requis de fait pour l'accès à une carrière universitaire, mais la rémunération y est plus élevée, l'exercice en CHU est réputé plus formateur, la notoriété et le prestige du titre sont plus élevés. De ce fait le clinicat reste de loin le mode le plus valorisé pour effectuer un post-internat, qui est recherché indépendamment de tout projet de carrière universitaire et généralement préféré à toute autre formule de post-internat.

Contrairement à ce qui se produit dans les autres spécialités, le statut de chef de clinique en médecine générale apparaît insuffisamment attractif, tant du fait du caractère récent de la filière universitaire de médecine générale qu'en raison des difficultés d'organisation de la valence soins en ambulatoire.

La régulation effectuée au niveau de l'internat n'a pas d'équivalent au niveau du post-internat. De fait l'organisation du post-internat demeure aléatoire, et ne permet pas de garantir la continuité des parcours de formation ni la couverture des besoins de soins. Le nombre et la répartition des postes hospitalo-universitaires relèvent essentiellement d'une logique d'héritage et de rapports de force qui rend particulièrement difficile la redistribution entre régions et entre spécialités, au détriment notamment de la médecine générale dont la filière universitaire peine à monter en charge. Les chances d'accéder à un poste de chef de clinique après l'internat varient considérablement d'une région à l'autre. L'absence de continuité organisée au niveau du post-internat contrarie les efforts de rééquilibrage de la démographie médicale engagés à travers l'internat puisque faute de trouver un débouché dans leur région d'internat les jeunes praticiens retournent dans leur région d'origine ou migrent vers la région parisienne qui offre une situation largement excédentaire en postes de chef de clinique. Les postes d'assistants et les divers types de postes à temps partagé ne sont pourvus que dans la mesure où la demande des centres hospitaliers rencontre les aspirations des jeunes médecins pour lesquels il s'agit souvent d'un deuxième choix par rapport au clinicat.

L'allongement de la durée de formation après l'internat est aujourd'hui constaté sans avoir été décidé. La sur-spécialisation à laquelle le post internat peut conduire n'est pas nécessairement conforme aux besoins de soins dans les hôpitaux non-universitaires et dans certains territoires. En médecine générale, rien ne permet de réguler le nombre de jeunes médecins qui s'orientent vers un exercice d'urgentiste ni ne garantit, en miroir, que le nombre de jeunes diplômés qui se destinent à la médecine de premier recours soit suffisant, dans un très court terme, pour répondre à tous les besoins de la population.

Une réforme d'envergure est nécessaire pour refonder un dispositif dont la pérennisation mène à une impasse.

Le dispositif du post-internat est confronté à d'importants défis : l'augmentation des effectifs d'étudiants et internes, la nécessaire montée en charge de la filière universitaire de médecine générale, des risques de rupture dans l'accès aux soins, amplifiés par l'évolution de la démographie médicale.

Ses capacités d'adaptation pour y faire face apparaissent limitées. La mission interministérielle constate en particulier que les rééquilibrages nécessaires supposent des redéploiements que le dispositif peine à opérer et que l'attractivité du clinicat limite la portée des solutions alternatives. Elle en conclut que la pérennisation du système actuel mène à une impasse et qu'une refondation est nécessaire.

Dans cette perspective la mission considère que l'acquisition d'une autonomie d'exercice constitue une fonction essentielle du post-internat et propose de recentrer le dispositif sur un objectif de mise en responsabilité du jeune médecin à travers une année¹ de seniorisation encadrée pour tous à l'issue de l'internat et avant l'obtention du DES. Effectuée sous un statut unique d' « interne senior » (ou de « médecin junior »), se substituant aux divers statuts de chef de clinique, d'assistant hospitalier-universitaire et d'assistant des hôpitaux, cette période de seniorisation serait organisée et gérée dans les mêmes conditions que l'internat et assortie d'un système de validation des compétences professionnelles attestant notamment de l'expérience acquise en autonomie. A l'issue de cette période les jeunes praticiens souhaitant poursuivre leur carrière à l'hôpital le feraient sous un statut de praticien hospitalier contractuel avant de passer les concours leur permettant d'être titularisés. Les autres s'orienteraient vers une installation en libéral ou un autre mode d'exercice salarié.

Une condition indispensable pour opérer ce recentrage sur l'exercice en autonomie consiste à assurer une formation plus intensive durant la période d'internat qui doit permettre d'acquérir l'ensemble des connaissances nécessaires dans la spécialité choisie. L'utilisation du post-internat pour allonger la période de formation apparaît de ce point de vue comme une dérive et la mission estime par conséquent nécessaire de réviser les maquettes de formation, ce vers quoi devraient déboucher les travaux engagés en décembre 2009 dans le cadre de la CNIPI.

¹ La période de seniorisation encadrée pourrait être allongée pour certaines spécialités chirurgicales requérant une plus longue pratique.

La mission propose par ailleurs de réorganiser l'accès à la carrière universitaire qui ne reposerait plus sur un statut de post-internat mais sur la formalisation d'un projet de recherche, le rapprochant du droit commun en vigueur dans les autres disciplines universitaires : les jeunes praticiens souhaitant à l'issue de leur période de seniorisation s'orienter vers une telle carrière pourraient bénéficier d'un contrat d'études doctorales aménagé pour permettre l'exercice simultané d'une fonction de praticien hospitalier contractuel à temps partiel. L'obtention du DES devrait conférer de plein droit le grade de master en médecine et le doctorat serait en conséquence exigé pour faire acte de candidature aux postes de maîtres de conférences des universités- praticiens hospitaliers comme il l'est pour les postes de maîtres de conférences des universités de médecine générale.

La mission recommande enfin de déconnecter les problématiques de post-internat et de tarification médicale et d'étudier pour l'attribution éventuelle de droits à dépassement d'autres modalités que la prise en compte de statuts de post-internat.

Sans attendre les effets de la réforme, des mesures d'urgence doivent être envisagées pour répondre aux tensions qui vont se manifester dès la rentrée 2010-2011

L'arrivée en fin d'internat des promotions plus nombreuses d'internes issues du relèvement du *numerus clausus* ne permet pas d'attendre que la réforme soit mise en œuvre et produise ses effets.

La mission recommande des mesures d'urgence pour assurer au mieux l'adéquation entre l'offre et la demande de post-internat. La mise en place au niveau régional d'un dispositif de pilotage du post-internat, assortie d'un développement du temps partagé et d'un réel effort de redéploiement des postes lui paraissent nécessaires pour remédier aux situations de déséquilibre les plus marquées et éviter l'aggravation des tensions dans un très proche avenir.

Par ailleurs la mission suggère de prendre des mesures à court terme pour développer le clinicat en médecine générale. La nécessaire montée en charge de la filière universitaire de médecine générale suppose d'agir simultanément sur l'offre- le respect des objectifs fixés par le législateur dans le cadre de la loi HPST constitue un minimum en termes de création de postes- et sur la demande, en rendant plus attractif le statut de chef de clinique en médecine générale. Elle propose enfin de mettre en place un DES de médecine d'urgence afin d'être en mesure de maîtriser en fonction des besoins la répartition entre soins primaires et médecine d'urgence.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	9
1. LE POST-INTERNAT RECOUVRE UNE REALITE AUX MULTIPLES FACETTES	11
1.1. <i>Le post-internat est une pratique bien ancrée</i>	11
1.1.1. Plusieurs années séparent la fin des études médicales de l'installation dans un exercice médical stabilisé.....	11
1.1.2. Cette pratique de « post-internat » est aujourd'hui quasi systématique et s'est diversifiée	12
1.2. <i>Le post-internat prend des formes multiples</i>	14
1.2.1. Le post-internat universitaire reste la référence historique à travers la figure emblématique du chef de clinique	15
1.2.2. Un post-internat non universitaire se développe en milieu hospitalier avec la création des postes d'assistants.....	17
1.2.3. Divers autres statuts peuvent être utilisés, qui définissent une « zone grise » du post internat	19
1.2.4. Les écarts de rémunérations entre les différents statuts résultent principalement des gardes.....	20
1.3. <i>Le post internat répond à des finalités diverses</i>	22
1.3.1. Les motivations diversifiées des jeunes médecins convergent vers la réalisation d'un post-internat	22
1.3.2. Le post internat constitue un maillon de l'effort d'enseignement et de recherche	28
1.3.3. Le post internat apporte une contribution essentielle en termes d'offre de soins.....	32
1.4. <i>Le post-internat hospitalier représente une masse salariale de plus de 520 M€, essentiellement financés par l'assurance-maladie</i>	35
1.4.1. La masse salariale qui peut être estimée s'élève à 520 M€	36
1.4.2. La « zone grise » du post-internat ne peut être quantifiée	38
2. LE FONCTIONNEMENT ACTUEL N'EST PAS SATISFAISANT	39
2.1. <i>Les différences entre les statuts hospitaliers ne correspondent pas à la réalité des missions effectuées</i>	39
2.1.1. L'activité des chefs de clinique est difficile à évaluer.....	39
2.1.2. La nature de l'activité des médecins en post-internat est davantage liée au service dans lequel ils exercent qu'à leur statut	40
2.2. <i>Le dispositif n'assure pas correctement les fonctions d'enseignement et de recherche</i>	40
2.3. <i>L'allongement des études médicales à travers le post-internat n'est pas déterminé par une logique de réponse aux besoins de soins</i>	41
2.3.1. Le post internat aboutit à un allongement de fait des études médicales	41
2.3.2. La surspécialisation opérée par le post-internat n'est pas nécessairement conforme aux besoins de soins	42
2.4. <i>En médecine générale, le post-internat est confronté à des difficultés spécifiques</i>	43
2.4.1. Le clinicat en médecine générale est peu attractif.....	43
2.4.2. Le post-internat est en partie utilisé pour une réorientation professionnelle en dehors de la médecine de premier recours.....	45

2.5. <i>Le dispositif manque de lisibilité</i>	46
2.5.1. Les multiples formes de post-internat sont mal connues.....	46
2.5.2. Les lacunes de l'information se répercutent sur les choix des internes en renforçant la préférence pour le clinicat.....	47
2.5.3. Des initiatives locales s'efforcent d'améliorer l'information des internes et étudiants en médecine	47
2.6. <i>L'organisation aléatoire du post-internat n'est fondée ni sur les besoins liés à la poursuite des cursus de formation ni sur ceux liés à l'offre de soins</i>	48
2.6.1. L'organisation du post-internat demeure aléatoire malgré des efforts de régulation à la marge	48
2.6.2. L'absence de continuité organisée au niveau du post-internat contrarie les efforts de rééquilibrage de la démographie médicale à travers l'internat	51
3. LES EVOLUTIONS EN COURS VONT ENTRAÎNER DES DIFFICULTES CROISSANTES	53
3.1. <i>L'augmentation du numerus clausus se répercute sur le post-internat</i>	54
3.1.1. Les effectifs d'étudiants et d'internes vont continuer à s'accroître.....	54
3.1.2. Les effets de l'augmentation du numerus clausus sur l'encadrement universitaire sont difficiles à quantifier.....	55
3.1.3. Les estimations à horizon 2013 font apparaître une raréfaction des débouchés après l'internat.....	58
3.2. <i>Le post-internat dans son organisation actuelle n'est pas en mesure de compenser les déséquilibres prévisibles de la répartition géographique de l'offre de soins</i>	61
3.2.1. La tendance à la réduction des inégalités régionales de densité médicale risque d'être remise en cause	61
3.2.2. Le post-internat est impuissant à prévenir l'aggravation des déséquilibres infrarégionaux.....	62
3.3. <i>En médecine générale, l'augmentation particulièrement rapide du nombre des internes renforce les tensions sur la filière universitaire récemment créée</i>	62
4. PROPOSITIONS.....	64
4.1. <i>La pérennisation du système actuel conduit à une impasse</i>	64
4.1.1. L'augmentation des effectifs va conduire à des tensions accrues dans la répartition des postes, notamment pour l'accès aux postes de chef de clinique	64
4.1.2. Les possibilités de redéploiement sont dans les faits limitées à court terme	65
4.1.3. L'attraction pour le clinicat limite les capacités d'adaptation et d'évolution du système	65
4.1.4. Pérenniser le fonctionnement actuel aurait un coût important pour un dispositif au total peu efficace.....	66
4.2. <i>Une réforme d'envergure doit permettre la refondation d'un dispositif à bout de souffle</i> ..	67
4.2.1. Densifier l'internat pour garantir l'acquisition des connaissances de base dans la spécialité choisie	67
4.2.2. Recentrer le PI sur l'acquisition d'une autonomie d'exercice.....	67
4.2.3. Réorganiser l'accès à la filière hospitalo-universitaire afin de lui donner tout son sens, en se rapprochant du droit commun.....	69
4.2.4. Déconnecter les problématiques de post-internat et de tarification médicale	72
4.3. <i>Des solutions d'urgence sont nécessaires dès la rentrée 2010/2011 pour assurer la transition</i>	72
4.3.1. Mettre en place un pilotage régional du post-internat	72
4.3.2. Remédier aux situations de déséquilibres les plus marqués	73
4.3.3. Apporter des réponses spécifiques à court terme pour la médecine générale	75
4.3.4. Prévoir une mission sur les perspectives d'évolution du secteur 2.....	79
LISTE DES ANNEXES	81

Introduction

Les ministres chargés de la santé d'une part, de l'enseignement supérieur et de la recherche, d'autre part, ont saisi l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe visant (cf. lettre de mission à l'annexe n°1) à « *faire des propositions sur les modalités de développement du post-internat au regard des augmentations récentes du numerus clausus et des priorités de la démographie médicale qui ont guidé les rééquilibrages d'internes* » et précisant que cette mission devait également « *prendre en compte la problématique particulière de la médecine générale et les possibilités de mise en œuvre d'un post-internat pour cette spécialité* ».

Le post-internat ne correspondant pas à une catégorie juridiquement établie, la mission interministérielle s'est dans un premier temps attachée à préciser les contours de cette notion pour délimiter le champ de ses investigations. En accord avec l'ensemble des acteurs consultés elle a retenu pour ses travaux une acception large du post-internat, entendu comme « *une période de durée variable accomplie sous des statuts divers, qui s'étend entre la fin de l'internat et la stabilisation professionnelle (marquée par la titularisation sur un poste hospitalier, l'installation en libéral ou le début d'un exercice salarié dans une autre structure)* ». Cette définition extensive, couvrant aussi bien le clinicat, auquel le post-internat s'est longtemps identifié dans une perspective historique, que les remplacements pratiqués après l'obtention du diplôme, en passant par une variété d'autres statuts ou positions, a été considérée comme pertinente par les professionnels rencontrés.

Sur la base de cette définition, la mission s'est fixé pour objectif d'établir dans un premier temps un état des lieux de la réalité du post-internat selon une triple approche juridique, statistique et financière, avant de procéder à une analyse problématique de la capacité du dispositif actuel à répondre aux attentes et aux besoins en matière de formation des professionnels de santé, d'organisation et d'exercice des soins et de recherche médicale.

Dans cette perspective, la mission s'est entretenue avec un grand nombre d'acteurs au plan national : responsables politiques et administratifs, représentants syndicaux ou des organisations professionnelles, dont la liste est fournie en annexe 2. Elle a par ailleurs réalisé des enquêtes approfondies dans quatre régions, choisies en raison de leur situation particulière en matière de post-internat et de démographie médicale : Nord-Pas de Calais, Lorraine, Poitou-Charentes, Ile-de-France. Dans chacune de ces régions les membres de la mission ont rencontré les responsables des services déconcentrés de l'Etat, de l'assurance maladie, des universités et des établissements hospitaliers, des organisations professionnelles et syndicales et ont eu des entretiens avec les principaux acteurs locaux ainsi qu'avec de nombreux praticiens hospitaliers, hospitalo-universitaires, internes et étudiants en médecine.

En parallèle, la mission a procédé au recensement et à l'exploitation des travaux existants susceptibles de nourrir ses propres recherches : des études françaises et internationales portant sur l'organisation de l'activité à l'hôpital et le taux d'encadrement des internes (cf. annexe n° 4 bibliographie), des données sur la répartition des internes et du post-internat par régions et par spécialités, des statistiques sur la durée du post-internat², le nombre et le type de postes occupés par des jeunes médecins et leur rémunération en fonction des statuts³. Les travaux effectués par l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) ont également constitué un point d'appui particulièrement important.

² Données établies par le bureau des personnels de santé à la direction générale des ressources humaines du ministère de l'enseignement supérieur et la recherche

³ Données et projections transmises par la direction de la recherche, des études et des statistiques et la direction générale de l'organisation des soins du ministère de la santé

Le post-internat étant rarement appréhendé comme un champ d'observation en tant que tel, la mission a été confrontée au manque d'éléments statistiques spécifiquement dédiés et organisés en fonction de cette problématique. Pour étayer ses constats et objectiver les observations retirées des entretiens, elle s'est efforcée, dans les limites compatibles avec le temps et les moyens dont elle disposait, de procéder à des exploitations ad hoc à partir des données recueillies dans divers domaines.

C'est ainsi qu'elle a lancé une enquête par questionnaire, avec le concours des directeurs des affaires médicales de CHU, destinée à recenser les postes d'assistants spécialistes créés en application du décret du 9 janvier 2009 ou dans le cadre régional et évaluer les caractéristiques de ces postes notamment au regard de l'objectif d'activité partagée entre CHU et CH.

La mission a par ailleurs établi une projection, à partir des résultats aux épreuves classantes nationales (ECN) 2008-2009 et 2009-2010, du nombre d'internes qui termineront leur cursus en 2013. Il s'agit d'estimer, toutes choses égales par ailleurs, les débouchés des jeunes diplômés en 2013 à un poste de chef de clinique en comparaison avec les promotions diplômées en 2009.

Enfin la mission a procédé à une exploitation des dossiers des personnels hospitalo-universitaires (MCU-PH et PUPH) nommés en 2009 afin d'objectiver les conditions effectives d'accès à ces postes à partir du post-internat.

Les problématiques concernant le post-internat s'insèrent dans un contexte plus large dont elles ne sauraient être isolées : les études médicales, la formation et la carrière des professionnels de santé, la réponse aux besoins de santé des populations et l'organisation des soins, le système de tarification, la démographie médicale, le développement des techniques et de la recherche médicale, autant de domaines en pleine évolution et qui font actuellement l'objet de réflexions importantes, que la mission a prises en compte. Elle a notamment suivi de près les travaux en cours dans le cadre de la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) depuis sa mise en place en décembre 2009. Elle a été invitée en tant qu'observateur aux réunions plénières de cette Commission et mis en place un groupe informel de concertation sur le post-internat avec ses membres plus particulièrement intéressés par la question. On trouvera en annexe 2 la composition de ce groupe qui s'est réuni à trois reprises pendant le déroulement de la mission et avec lequel ont eu lieu dans l'intervalle des échanges nourris et particulièrement fructueux. Une réflexion collective a par ailleurs été organisée sur les questions spécifiques à la mise en place d'un post-internat en médecine générale.

Cette imbrication des problématiques a été une difficulté importante pour la mission au stade de l'élaboration de ses recommandations. Le devenir du post-internat et ses voies d'évolution dépendent dans une très large mesure des décisions prises ou à prendre concernant l'organisation du troisième cycle des études médicales, décisions dont la mission ne pouvait avoir connaissance lors de l'achèvement du présent rapport. C'est pourquoi elle a été amenée à établir des scénarios en fonction de différentes hypothèses d'évolution de cet environnement.

La mission tient à remercier de leur accueil l'ensemble des interlocuteurs rencontrés qui ont fait preuve à son égard d'une grande disponibilité et ouverture. De nombreux praticiens n'ont pas hésité à consacrer un temps particulièrement compté à répondre à ses interrogations, témoignant par là même de leur forte implication sur le sujet et de leur motivation à contribuer à la recherche de solutions.

1. LE POST-INTERNAT RECOUVRE UNE REALITE AUX MULTIPLES FACETTES

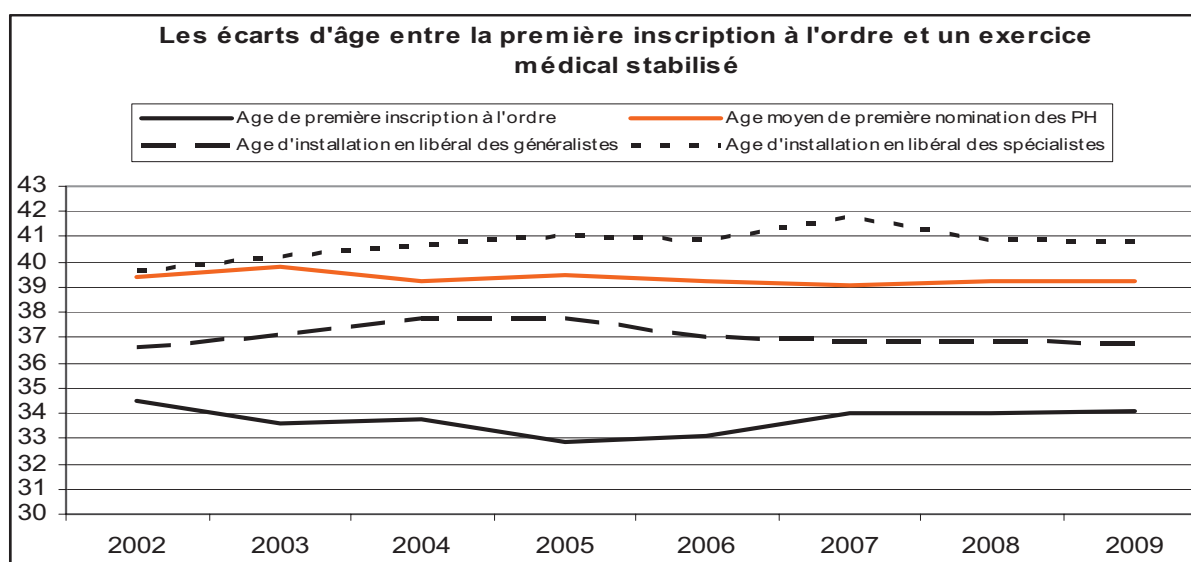
1.1. *Le post-internat est une pratique bien ancrée*

1.1.1. Plusieurs années séparent la fin des études médicales de l'installation dans un exercice médical stabilisé

Le post-internat n'a pas de définition juridique, le terme même de post-internat n'apparaît dans aucun texte législatif ou réglementaire. Il ne désigne pas un statut particulier mais est utilisé depuis son apparition en 1983, pour désigner la période qui suit l'internat (cf. annexe n° 5).

A la fin de l'internat, qui correspond au troisième cycle des études médicales, les praticiens en formation ayant validé le nombre de stages requis et soutenu leur mémoire obtiennent leur diplôme d'études spécialisées (DES). Ce diplôme et la soutenance de la thèse de médecine leur ouvrent le droit d'exercer la médecine, après inscription au tableau départemental du conseil de l'ordre des médecins (CNOM)⁴. Cet exercice peut prendre diverses formes : en hôpital, en clinique privée, en cabinet libéral ou sous forme salariée dans un autre organisme.

Dans la pratique on observe que plusieurs années séparent l'âge de la première inscription au conseil de l'ordre⁵ et l'âge d'installation dans une forme d'exercice stabilisé, identifié par l'obtention d'un poste de titulaire à l'hôpital, de médecin salarié dans une structure non hospitalière ou par l'installation en libéral. Cet écart est resté relativement constant sur la période 2002-2009, seul l'âge moyen d'installation en libéral en spécialités hors médecine générale a augmenté d'un an (de 40 à 41 ans).



Sources : CNOM pour les âges de première inscription et les âges d'installation, CNG pour les âges de première nomination des PH

⁴ Pour les médecins de nationalité française, l'inscription des médecins étrangers obéissant à des procédures spécifiques.

⁵ Le chiffre de première inscription est celui transmis par le CNOM à la mission. La mission considère qu'il est probable que cet âge soit inférieur s'agissant des premières inscriptions. Ceci ne modifie en rien le raisonnement développé ici, une inscription plus précoce allongerait encore la durée du « sas » du post internat.

Au total la période qui sépare la première inscription à l'ordre de l'installation dans un mode d'exercice stabilisé s'étend en moyenne sur trois ans pour les médecins généralistes libéraux, cinq ans pour les praticiens hospitaliers (PH) et sept ans pour les médecins spécialistes libéraux hors médecine générale.

L'analyse des récentes inscriptions au conseil de l'ordre confirme l'existence d'une période transitoire, les jeunes médecins ne s'inscrivant pas directement après l'obtention de leur DES dans un mode d'exercice stabilisé. 5200 médecins se sont inscrits pour la première fois à l'ordre en 2009, dont 67 % en secteur salarié. Parmi ces médecins salariés inscrits en 2009, 1400 sont des chefs de clinique, soit 40 % des inscriptions à titre salarié. Dans le secteur libéral, 23 % se sont inscrits en remplacement et 10 % directement en pratique libérale, toutes spécialités confondues.

C'est cette période intermédiaire de 3 à 7 ans qui est considérée par la mission comme définissant le post-internat.

La durée en est variable car le post-internat ne correspond pas à un statut juridique unique, mais à une multiplicité de statuts hospitalo-universitaires, hospitaliers, libéraux pour le remplacement et « universitaire-ambulatoire » depuis la création de la filière universitaire de médecine générale en 2008⁶.

Avant d'obtenir un poste de titulaire à l'hôpital (qui nécessite d'être admis au concours de praticien hospitalier) ou de s'installer dans le secteur libéral, les jeunes médecins peuvent occuper des postes hospitaliers temporaires sous divers statuts ou effectuer des remplacements en libéral. Le post-internat désigne donc cette période charnière, ce « sas » entre la fin des études et une activité professionnelle stabilisée.

1.1.2. Cette pratique de « post-internat » est aujourd'hui quasi systématique et s'est diversifiée

Une période transitoire entre la fin des études et la stabilisation dans un exercice professionnel a toujours existé. Mais les parcours étaient plus linéaires. Un étudiant en médecine n'ayant pas présenté l'internat⁷ se destinait à une carrière de médecin généraliste après une courte période de remplacement, un interne de spécialité se destinait à la filière universitaire ou choisissait une carrière hospitalière ou libérale à la fin de sa spécialité.

L'évolution sur une période plus longue que celle retenue ci-dessus montre que les comportements en matière d'installation se sont modifiés dans les années 1980-1990.

⁶ Les différents statuts dans lesquels s'effectue le post-internat sont détaillés à l'annexe n°11 pour les statuts hospitaliers et aux annexes n°16 et 17 pour la médecine générale.

⁷ L'internat de médecine générale a été créé en 2004.

Tableau 1 : Age moyen d'installation des omnipraticiens libéraux selon la période d'installation

	Hommes	Femmes
(1) Source : CREDES, Questions d'économie de la santé n° 81, avril 2004, calculs effectués à partir du panel de médecins libéraux du SNIR (CNAMTS)		
Médecins installés entre 1980 et 1984 (1)	30,4 ans	30,4 ans
Médecins installés entre 1985 et 1989 (1)	31,2 ans	31,5 ans
Médecins installés entre 1990 et 1994 (1)	33,4 ans	32,7 ans
Médecins installés entre 1995 et 1999 (1)	34,5 ans	33,9 ans
(2) Source : CNOM, données transmises à l'IGAS, calculs mission		
Médecins installés entre 2000 et 2004 (2)	36,7 ans	
Médecins installés entre 2005 et 2009 (2)	37 ans	

NB : La différence de sources engendre une forte rupture de séries.

Pour les médecins généralistes, le recul de l'âge d'installation n'est pas récent, puisqu'on a constaté une relative stabilité sur les 10 dernières années⁸. En revanche, les évolutions observées sur les 30 dernières années sont incontestables : l'âge moyen d'installation des généralistes était d'un peu plus de 30 ans en 1980 alors qu'il serait aujourd'hui stabilisé autour de 37 ans.

Des tendances lourdes font évoluer progressivement environnement sanitaire et aspirations professionnelles des jeunes générations de médecins. Les soins hospitaliers se sont orientés vers un mode de production de plus en plus segmenté qui exige des profils médicaux spécialisés, voire hyperspécialisés. En ville également, la recherche de spécialisation a le vent en poupe. Témoignent de cette évolution la multiplication des diplômes spécialisés d'études complémentaires (DESC) exigeant des stages en milieu hospitalier ainsi que le nombre des diplômes inter-universitaires et universitaires (DIU et DU) (cf. annexe n° 8 sur les DES et DESC).

Dans les établissements hospitaliers, les changements de réglementation sur le temps de travail intervenus dans les années 2000 (intégration des gardes dans le temps de travail, 35 heures) ont aussi pesé sur le temps médical disponible. La baisse continue du *numerus clausus* dans les années 80 et 90 s'y est ajoutée (cf. annexe n° 7 sur l'évolution du *numerus clausus*), rendant d'autant plus pressantes les demandes de temps médical, en libéral comme en hospitalier.

Par ailleurs, du fait de cette baisse du *numerus clausus* depuis le début des années 1980, les promotions moins nombreuses sorties de l'internat ont eu un accès facilité aux postes de praticiens hospitaliers non titulaires, et notamment au clinicat. Les conditions offertes aux remplaçants sont également devenues très favorables⁹.

⁸ La mission n'a pas de séries longues sur l'âge d'installation dans les spécialités hors médecine générale.

⁹ La redevance moyenne, fixée sur une base contractuelle, se situe autour de 70 % alors qu'elle était habituellement de 50 % au début des années 1980.

De façon parallèle, les aspirations des jeunes générations de médecins ont évolué vers une demande de qualité de vie autant que de qualité d'exercice professionnel, conditions qui leur semblent être mieux réunies en exercice hospitalier qu'en soins ambulatoires, en tout cas en début de carrière. Les inscriptions annuelles au tableau de l'ordre s'effectuent majoritairement en exercice salarié depuis 1997¹⁰. Les études effectuées¹¹ pour la profession de généraliste font ressortir une demande de mobilité professionnelle accompagnée de formation « tout au long de la vie » ou du moins, lors de la première phase d'exercice professionnel, de recherche d'une diversification de l'activité. Ces aspirations font partie des priorités, au moins autant que le niveau de rémunération, la recherche de notabilité, ou l'installation dans une situation professionnelle pouvant être perçue comme trop figée (annexe n° 19 sur les facteurs influençant le choix de la médecine générale).

Certains auteurs vont jusqu'à évoquer l'émergence d'un nouveau modèle professionnel, touchant principalement les généralistes mais qui a des répercussions sur l'ensemble des spécialités. De nouvelles conduites professionnelles, toutes spécialités confondues, sont ainsi relevées. On dévisse sa plaque pour prendre un poste hospitalier¹² ou devenir remplaçant « professionnel », ce qui expliquerait le recul de l'âge moyen des remplaçants selon le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). L'installation en libéral est souvent une deuxième carrière¹³. Ces pratiques restent très minoritaires¹⁴, mais ces nouvelles trajectoires professionnelles pourraient, à long terme, remettre en cause le modèle linéaire études-période transitoire-exercice stabilisé.

Offre abondante et attractive d'un côté, aspirations des jeunes générations de médecins de l'autre, toutes les conditions sont réunies pour que la période succédant à la fin des études médicales soit systématique et considérée comme un passage obligé du cursus médical.

1.2. Le post-internat prend des formes multiples

Le post-internat, dans l'acception retenue par la mission, prend des formes variées. On peut schématiquement distinguer trois grands ensembles : un post-internat universitaire, qui s'incarne dans la figure emblématique du chef de clinique, un post-internat hospitalier non universitaire dont le développement plus récent repose sur la création de postes d'assistants, enfin une « zone grise » recouvrant des positions ou statuts qui peuvent servir à la réalisation d'un post-internat sans lui être spécifiquement dédiés. La description précise des différents statuts hospitaliers figure en annexe 11.

¹⁰ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2008, septembre 2008, n°41, CNOM

Et Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2009, CNOM

¹¹ ONDPS, « rapport 2006-2007 » et « rapport 2008 »

Bloy G, Schweyer FX (2010) « Singuliers généralistes », presses de l'EHESP

Voir également les différentes études de l'ISNAR-IMG, dont les résultats sont repris dans l'annexe 17 sur le post-internat en médecine générale.

¹² La mission, lors de ses investigations sur site, a rencontré des cas de ce type.

¹³ Bloy G, Schweyer, FX « Singuliers généralistes ». En Bretagne par exemple, les secondes carrières ont représenté 12 % des nouvelles installations de 1999 à 2004.

¹⁴ Le Conseil de l'Ordre dénombre 10 000 médecins remplaçants au 1^{er} janvier 2009 pour 210 000 médecins en activité en France métropolitaine. Cf. Atlas national 2009 de la démographie médicale.

1.2.1. Le post-internat universitaire reste la référence historique à travers la figure emblématique du chef de clinique

1.2.1.1. Les statuts des chefs de clinique-assistants et assistants hospitaliers universitaires en CHU ont cinquante ans d'existence

Les statuts de chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et d'assistants hospitaliers universitaires (AHU) sont des statuts de personnels hospitalo-universitaires temporaires créés en 1960¹⁵ et régis à l'heure actuelle par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (articles 26 à 26-11).

Les postes de CCA sont ouverts aux praticiens titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) dans une discipline clinique ou mixte¹⁶ depuis moins de trois ans ou bénéficiant d'une équivalence de diplômes délivrés par un Etat membre de l'union européenne. Ceux d'AHU sont ouverts aux médecins titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) dans une discipline biologique ou mixte depuis moins de trois ans, ou aux pharmaciens ayant validé leur internat.

Ces postes, affectés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), s'inscrivent dans la logique de l'exercice conjoint des fonctions universitaire et hospitalière. Ils constituent la première étape d'une carrière hospitalo-universitaire, qui se poursuit par la nomination aux postes de maître de conférences des universités praticien hospitalier (MCU-PH), principalement dans les disciplines biologiques et mixtes¹⁷ et aux postes de professeurs des universités praticien hospitalier (PU-PH) pour toutes les disciplines. Mais ce débouché reste très minoritaire, la majorité des CCA et des AHU se dirigeant vers un exercice hospitalier ou libéral¹⁸.

Les chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires prennent part à l'activité de soins hospitalière, sous l'autorité d'un chef de service. Ils participent également aux travaux de recherche effectués dans l'hôpital ou dans le cadre de conventions avec des instituts de recherche. Enfin, ils sont en charge d'une partie de l'enseignement délivré aux étudiants en médecine. Les textes ne précisent pas la répartition du temps de travail entre ces trois activités, ni les obligations de service en termes d'enseignement. Quant aux modalités de rémunération, selon les principes retenus par le décret n° 84-135 du 24 février 1984, qui distingue les émoluments hospitaliers et la rémunération universitaire, la rémunération globale comprend une valence soins payée par l'hôpital et une valence universitaire (enseignement-recherche) payée par l'université.

Au 1^{er} janvier 2009, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche recensait un peu plus de 3 000 postes de chefs de clinique-assistants, contre 2 800 en 1998, soit une progression de 7 % sur les 10 dernières années. Le nombre de postes d'assistant hospitalier-universitaire était de 600 au 1^{er} janvier 2009, contre 660 en 1998, soit une baisse de 9 % sur les 10 dernières années. Au total, le nombre total de CCA-AHU est aujourd'hui de 3 600 (cf. annexe n° 24 sur l'évolution des effectifs de CCA et AHU par régions et spécialités).

¹⁵ Décret n°60-1030 du 24 septembre 1960

L'annexe 5 relative à l'historique du post-internat présente le contenu de ce décret.

¹⁶ Les disciplines cliniques, biologiques ou mixtes sont mentionnées par l'arrêté du 29 juin 1992 modifié fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

¹⁷ Le décret n°2001-952 du 18 octobre 2001 - art. 16 a ouvert les concours de MCU-PH aux CCA, qui ne pouvaient pas précédemment, à la différence des AHU, candidater aux postes de MCU-PH.

¹⁸ 11 % des CCA-AHU accèdent à une carrière universitaire (cf. 1.4)

1.2.1.2. Depuis 2008 le clinicat se décline aussi en médecine générale

Depuis 2004 la médecine générale fait partie des spécialités accessibles à l'issue des épreuves classantes nationales à la fin du 2^{ème} cycle des études de médecine. Les praticiens en formation de 3^{ème} cycle dans la spécialité médecine générale effectuent un internat de 3 ans à la fin duquel ils obtiennent leur DES (cf. annexe n° 6 sur les études de médecine et les réformes intervenues depuis 2004).

La reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière s'est accompagnée d'une volonté de constituer une filière universitaire de médecine générale (cf. annexe n° 16 sur la filière universitaire de médecine générale).

Dans ce cadre, la loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale reconnaît la double mission de soins et d'enseignement-recherche qui leur incombe, à l'instar des personnels enseignants des spécialités hospitalières.

Pour permettre la constitution d'une filière universitaire complète¹⁹, le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine a institué des chefs de clinique des universités de médecine générale (CCU-MG). Pour être chef de clinique des universités de médecine générale, il faut être médecin titulaire du DES de médecine générale depuis moins de quatre ans.

Les CCU-MG sont considérés par l'université comme personnel universitaire mono-appartenant et leur statut se réfère au décret du 6 juin 1984²⁰ relatif aux enseignants chercheurs. L'arrêté spécifique aux CCUMG, qui n'a pas encore été pris au jour de la rédaction du présent rapport, doit prévoir la répartition du temps de travail universitaire : la moitié relève des services d'enseignement et la moitié d'une activité de recherche. Les obligations en termes d'enseignement, dans le cadre du décret du 6 juin 1984 modifié précité, sont de « 128 heures de cours ou 192 heures de travaux dirigés ou pratiques, ou toute combinaison équivalente ». La carrière est également alignée sur celle des personnels universitaires. Les CCU-MG candidats au concours de MCU-MG, doivent être titulaires du doctorat, ce qui n'est pas le cas pour les postes de MCU-PH, pour lesquels le master est suffisant.

A l'université, les CCUMG ont une mission d'enseignement et de recherche, pour laquelle ils sont rémunérés par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. En revanche, à la différence des CCA-AHU, dont la valence soins est rémunérée par le CHU, ils effectuent la partie soins de leur activité en médecine générale et ambulatoire, sous un statut libéral pour la plupart d'entre eux, et sont alors rémunérés en fonction de leur activité, par paiement à l'acte²¹. En pratique, l'exercice d'un CCUMG correspond à un mi-temps universitaire et à un mi-temps d'exercice clinique en soins ambulatoires, ce cadre étant respecté, ne serait-ce que parce que les lieux géographiques sont séparés : l'activité clinique est pratiquée dans des cabinets libéraux, les fonctions d'enseignement et de recherche s'exercent dans des départements universitaires de médecine générale (DUMG).

Pour l'année universitaire 2009/2010, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche répertoriait 45 postes de chefs de clinique de médecine générale (cf. annexe 16). La loi hôpital, patients, santé, territoire de juillet 2009 (loi HPST) définit un contingent de postes à créer. Celui-ci est fixé à 50 par an pendant cinq ans en ce qui concerne les CCUMG. Ces postes ne sont pas des créations ex nihilo mais doivent, pour l'essentiel être dégagés par redéploiement de postes de CCA.

¹⁹ Des mesures dérogatoires permettant la titularisation d'enseignants associés sont prévues pendant une période de 8 ans à partir de 2008 (cf. annexe n° 16).

²⁰ Décret n° 84-431 du 6 juin 1984

²¹ Les CCUMG ayant opté pour un statut de collaborateur libéral bénéficiant, dans le cadre du paiement à l'acte, d'un mode de rémunération dérogatoire (cf. annexe 16).

1.2.1.3. Des postes de chef de clinique à temps partagé entre le CHU et un CH ont été créés dans la région Nord- Pas –de- Calais

Dans la région Nord –Pas-de-Calais, un dispositif expérimental de chef de clinique régional à temps partagé entre le CHU et des centres hospitaliers généraux a été mis en place. Ce dispositif vise à attirer des jeunes médecins dans des centres hospitaliers où des services jugés indispensables en termes d'accès aux soins sont particulièrement en difficulté et leur pérennité menacée par des départs en retraite non remplacés.

Dans ce cadre, les jeunes médecins, recrutés en qualité chefs de clinique régionaux, exercent 6 mois dans un établissement périphérique et 6 mois dans le CHU. Deux personnes sont recrutées sur ce poste, si bien que cela conduit à assurer une présence permanente dans chacun des établissements, mais assurée par deux personnes différentes sur une année (cf. annexe 14 sur le temps partagé dans les régions Nord et Lorraine).

La création de 15 postes de ce type (5 en mai 2009, 5 en novembre 2009 et 5 prévus pour mai 2010 dont 2 en médecine générale) est intervenue dans le cadre d'un dispositif expérimental accepté par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR)²². L'agence régionale d'hospitalisation, devenue agence régionale de santé, finance la valence soins²³ et le conseil régional rembourse à la faculté la rémunération universitaire. L'expérimentation pourrait être étendue à la région Picardie.

1.2.2. Un post-internat non universitaire se développe en milieu hospitalier avec la création des postes d'assistants

1.2.2.1. Initialement réservé aux centres hospitaliers généraux, le statut d'assistant a été étendu en 2009 aux centres hospitaliers universitaires

Le statut d'assistant des hôpitaux est défini par le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987. Le recrutement des assistants était alors réservé aux centres hospitaliers généraux (CH) non CHU pour répondre à un besoin de personnels médicaux. L'activité des assistants est uniquement dédiée aux soins.

Le décret de 1987 distinguait les assistants spécialistes, exerçant dans les spécialités ouvertes au concours de l'internat et les assistants généralistes, titulaires du diplôme de médecin, de pharmacien ou de chirurgien dentiste, qui n'ont pas passé ou n'ont pas été reçus au concours de l'internat. La reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière par la création du DES de médecine générale et la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN) supprimant le concours de l'internat en 2004 ont fait disparaître de facto la distinction entre assistants spécialistes et assistants généralistes²⁴. Ainsi ne sont recrutés aujourd'hui que des assistants spécialistes des hôpitaux, postes ouverts aux médecins généralistes, même si quelques assistants généralistes sont encore en activité.

²² Lettre adressée le 29 octobre 2008 par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche au doyen de la faculté de Lille, qui accepte que ce dispositif soit mis en place à titre dérogatoire.

²³ Ce financement dérogatoire se fait dans le cadre des « aides à la contractualisation » gérés directement par l'ARS, dans la perspective d'une aide limitée à une durée de deux ans, le financement de droit commun par la T2A devant ensuite prendre le relais.

²⁴ La médecine générale étant une spécialité à part entière, il n'y a plus de fondement juridique à cette distinction

Selon la statistique annuelle des établissements (SAE) gérée par la DREES, 3 300 assistants des hôpitaux travaillaient au 31 décembre 2008, dans le secteur public, ce qui représente une baisse importante sur la décennie, puisque ces assistants étaient au nombre de 4 500 en 1998²⁵ (cf. annexe 23).

Parallèlement, le décret n°2009-24 du 8 janvier 2009 a ouvert la possibilité pour les CHU de recruter des assistants des hôpitaux. Ce décret permet à des directeurs des CHU de retenir des internes formés dans leur région après leur internat, en offrant un post-internat en CHU à un jeune médecin qui n'a pas de débouché comme chef de clinique, faute de postes.

D'après l'enquête conduite par la mission auprès des directeurs des affaires médicales des CHU (cf. encadré ci-dessous), on recensait 116 postes d'assistants spécialistes ayant un exercice exclusif en CHU au 31 mars 2010.

Questionnaire sur les postes d'assistants
réalisé pour le compte de la mission par les directeurs des affaires médicales des CHU

Un questionnaire a été adressé par la mission au premier trimestre 2010 aux directeurs des affaires médicales (DAM) des CHU métropolitains pour connaître :

- le nombre de postes d'assistants spécialistes créés en application du décret n°2009-24 et les spécialités dans lesquelles ils ont été créés ;
- les spécialités et les établissements dans lesquels ont été mis en place les postes d'assistants spécialistes à temps partagé ouverts par la circulaire DHOS/RH/2009/26 du 26 janvier 2009 ainsi que les modalités de partage de l'activité de ces médecins
- les différents dispositifs d'exercice à temps partagé créés dans certaines régions, leurs modalités de mise en œuvre et leurs initiateurs

25 CHU métropolitains sur 27 ont répondu à ce questionnaire. Les résultats détaillés figurent en annexe 15.

Cette ouverture réglementaire qui autorise des recrutements d'assistants par les CHU a également été utilisée par les pouvoirs publics comme élément de régulation démographique. Treize régions²⁶ ayant des densités médicales inférieures, voire nettement inférieures, à la moyenne nationale se sont ainsi vues attribuer 200 postes d'assistants en 2009, dont l'exercice est partagé entre un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier général (voir détail des régions et de l'attribution des postes en annexe 15)²⁷.

1.2.2.2. Dans les régions à faible densité médicale, des dispositifs locaux d'assistants à temps partagé ont été mis en place

Au 31 mars 2010, 115 postes d'assistants régionaux à temps partagé avaient été créés, suite à l'initiative des ARH et DRASS ou des établissements hospitaliers (cf. annexe n°15). Les régions où le

²⁵ Il faut noter que le statut des praticiens contractuels a été créé par le décret n°93-701 de 1993 et qu'un certain nombre de contractuels ont dès lors pu occuper des postes pour lesquels des assistants des hôpitaux étaient employés.

²⁶ Picardie, Pays de la Loire, Franche-Comté, Auvergne, Bourgogne, Nord, Limousin, Poitou-Charentes, Champagne-Ardennes, Basse Normandie, Centre

²⁷ Circulaire DHOS/RH/2009/26 du 26 janvier 2009

nombre de postes créés est le plus important sont le Nord- Pas- de- Calais, qui a bénéficié de près d'un-tiers des postes créés, Midi -Pyrénées, la Haute-Normandie et la Picardie²⁸.

Tableau 2 : Récapitulatif des différents textes relatifs aux assistants

Statut	Assistants des hôpitaux en CH	Assistants des hôpitaux en CHU	Assistants à temps partagé d'initiative nationale	Assistants à temps partagé d'initiative régionale
Texte	Décret du 28 septembre 1987	Décret n°2009-24 du 8 janvier 2009	Circulaire DHOS/RH/2009/26 du 26 janvier 2009	Initiatives régionales
Effectifs	3327	115	200	115

Source : Statistiques annuelles des établissements (SAE-DREES) pour les assistants des hôpitaux (données 2007) et Questionnaire auprès des DAM de CHU pour les autres statuts. Données 2010 (cf. annexe 15)

1.2.3. Divers autres statuts peuvent être utilisés, qui définissent une « zone grise » du post internat

1.2.3.1. Dans les hôpitaux, des postes de praticiens contractuels peuvent servir de support pour effectuer un post-internat

Le post-internat peut s'effectuer sur des statuts hospitaliers temporaires qui ne lui sont pas spécifiquement dédiés comme ceux de praticien contractuel et, dans une moindre mesure, de praticien attaché. Au total, 5 000 praticiens contractuels et attachés sont recensés en 2008²⁹. Le nombre de jeunes médecins occupant ce type de postes dans une perspective de post-internat n'est pas quantifiable mais plusieurs exemples de ce type de situations ont été donnés à la mission lors de ses déplacements en région.

Ces statuts temporaires permettent aux hôpitaux de faire face à un besoin ponctuel de personnel hospitalier. Dans le cadre du post-internat, les contrats sont généralement de courte durée, correspondant à des périodes d'attente avant ou après un poste de chef de clinique ou d'assistant. Les titulaires d'un DES inscrits à l'ordre peuvent prétendre à occuper ces postes étant donné qu'il n'est pas nécessaire pour y candidater d'avoir obtenu le concours de PH. Ces postes sont ouverts aux médecins généralistes, l'offre hospitalière sur des secteurs tels que les urgences, la gériatrie voire la psychiatrie étant toujours très présente.

1.2.3.2. Les remplacements en secteur libéral peuvent être considérés comme l'une des modalités du post internat

Le remplacement est pratiqué par de nombreux jeunes médecins. Il constitue souvent la seule façon d'appréhender l'exercice de ville pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes hors médecine générale. Le nombre des remplaçants, toutes spécialités confondues, est de 10 000 et parmi eux, 4 000 remplaçants ont moins de 40 ans³⁰ et peuvent, en partie du moins, être considérés comme en attente d'une installation libérale stabilisée.

²⁸ 35 postes en région Nord- Pas- de- Calais (30,5 %), 26 postes en Midi-Pyrénées (22,5 %), 16 postes en Haute Normandie (14 %), 12 postes en Picardie (10 %)

²⁹ Estimation de la SAE (statistique annuelle des établissements) pour la catégorie « autres salariés » en ETP, DREES

³⁰ CNOM, Atlas national de la démographie médicale, 1^{er} janvier 2009

Le remplacement avant l'installation est une pratique ancienne et quasi systématique³¹ : près de neuf médecins généralistes sur dix ont effectué des remplacements avant de s'installer eux-mêmes. Aujourd'hui, le remplacement n'est plus seulement pratiqué par les jeunes médecins. 60 % des remplaçants ont plus de 40 ans et le remplacement, qui, peut alors prendre la forme d'un mode d'exercice « stabilisé » pendant plusieurs années, ne peut en ce cas être considéré comme relevant du post-internat.

Un interne, pour pouvoir remplacer, doit avoir validé trois stages dont obligatoirement un stage chez un praticien et être titulaire d'une licence de remplacement (cf. annexe n° 10 sur les conditions d'exercice de la médecine par l'interne avant l'obtention du DES). Un contrat est passé entre médecin remplacé et remplaçant, le conseil de l'ordre proposant des modèles types. Ce contrat définit les engagements réciproques, et en particulier le niveau de rémunération du remplaçant. Les honoraires perçus lors du remplacement appartiennent en effet en totalité au médecin remplacé. Celui-ci reverse un pourcentage sur la totalité du chiffre d'affaire réalisé lors du remplacement³².

1.2.4. Les écarts de rémunérations entre les différents statuts résultent principalement des gardes

La mission a établi une comparaison entre les rémunérations d'une part des hospitalo-universitaires - assurées par une valence soins (gardes comprises) et une valence universitaire (CCA, AHU) - et d'autre part des assistants des hôpitaux.

Tableau 3 : Estimation des rémunérations brutes et nettes des CCA, AHU et assistants

Par an, en €	rémunération brute annuelle valence soins	rémunération brute annuelle valence universitaire	rémunération nette annuelle valence soins	rémunération nette annuelle valence universitaire	rémunération nette annuelle totale	Rémunération nette mensuelle totale
AHU	31 050	17 544	26 543	14 212	40 755	3 396
CCA	44 283	17 544	37 610	14 212	51 822	4 318
Assistants à temps plein	46 999	-	39 271	-	39 271	3 273

Source : Pour la valence soins, moyennes des rémunérations constatées, établies par la DREES à partir des déclarations annuelles de salaires 2007 des établissements publics de santé. Les montants incluent la rémunération des gardes effectuées.

Pour la valence enseignement, estimations à partir des rémunérations brutes prévues par l'arrêté du 11 décembre 2009³³.

La rémunération universitaire est établie sur des bases identiques pour tous les hospitalo-universitaires, qu'ils soient chefs de clinique assistants (CCA) ou assistants hospitalo-universitaires. C'est cette même base qui est appliquée aux nouveaux chefs de clinique de médecine générale

³¹ Des publications en font état depuis 30 ans (Baszanger, 1983, Herzlich et al., 1993).

³² Cf. note 8. Aujourd'hui la redevance est de 70 % environ.

³³ L'arrêté du 11 décembre 2009 relatif à la rémunération universitaire de certains personnels des CHU et centres de soins prévoit pour le 1^{er} échelon avant 2 ans 16 631,77 € brut mensuels ; pour le 2^{ème} échelon après 2 ans : 19 367,61 € brut mensuels. Une moyenne des deux échelons a été établie, sur une hypothèse de 3 ans de cliniciat, avec deux ans dans le premier échelon et un an dans le second. Il est également fait l'hypothèse que les facultés ne versent aucune indemnité ou rémunération complémentaire aux chefs de clinique assistants et assistants hospitaliers universitaires.

(CCUMG) pour leur valence universitaire (cf. annexe 11 sur les statuts et annexe 16 sur la filière universitaire de médecine générale).

La rémunération de la valence soins diffère elle selon les statuts sous lesquels elle est exercée.

La rémunération hospitalière nette moyenne des CCA pour la valence soins est supérieure de 11 000 € à la rémunération moyenne des AHU. Cet écart de rémunération ne relève pas de différences réglementaires mais s'explique par le nombre des gardes effectuées, lié aux spécialités dans lesquelles ils exercent respectivement. Les AHU exercent en effet dans des spécialités biologiques ou mixtes, dans lesquelles les gardes sont moins fréquentes que dans les spécialités cliniques où exercent les CCA.

En revanche, les assistants exercent en moyenne dans les mêmes spécialités³⁴. Or, la participation aux soins des hospitalo-universitaires bénéficie de conditions de rémunération plus avantageuses que celle des seuls hospitaliers. Au total il en résulte, au niveau du salaire net annuel, un écart de l'ordre de 12 000 € entre les chefs de clinique et les assistants. Les gardes constituent un facteur décisif dans l'explication de cet écart, qui tient à des différences réglementaires dans leur valorisation financière, le tarif de base étant de 263,31 € pour les assistants contre 471,58 € pour les chefs de clinique.

Régime réglementaire de rémunération des gardes

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à la permanence des soins, en application de la directive européenne du 22 juin 2000 sur le temps de travail³⁵, a intégré la permanence des soins³⁶ dans le temps d'exercice des assistants spécialistes et non des personnels hospitalo-universitaires. La participation obligatoire des assistants spécialistes à la permanence des soins est en conséquence rémunérée par une indemnité de sujétion à hauteur de 263,31 € pour une nuit ou deux demi-journées. Seule une participation à la permanence des soins en dehors du temps de travail obligatoire est rémunérée par une indemnité forfaitaire de 471,58 € pour une nuit ou deux demi-journées. A l'inverse, la participation à la permanence des soins des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires n'étant pas intégrée à leur temps de travail, chaque permanence sur place (« garde ») est rémunérée par une indemnité forfaitaire de 471,58 € pour une nuit ou deux demi-journées.

Une étude du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers³⁷ confirme l'importance des différences réglementaires de rémunération des gardes dans les salaires relatifs des CCA-AHU et des assistants des hôpitaux. La part de la permanence des soins (pour l'essentiel des gardes sur place) dans la rémunération de la valence soins des hospitaliers universitaires non titulaires (CCA, AHU, praticien hospitalier universitaire) est de 42 % alors qu'elle n'est que de 23 % pour les contractuels hospitaliers (praticiens contractuels et attachés, assistants spécialistes).

La question se pose en des termes radicalement différents pour la rémunération de la valence soins des chefs de clinique de médecine générale (CCUMG) puisque celle-ci repose sur un paiement à l'acte (cf. annexe n° 16 sur le clinicat en médecine générale). Il est de ce fait difficile d'en évaluer le montant. L'enquête menée auprès des chefs de clinique par leur association nationale (ANCCMG) fournit quelques ordres de grandeur indicatifs sur les revenus déclarés. Elle fait état d'une rémunération nette moyenne de 35 760 € annuels (total des revenus déclarés) ce qui, déduction faite de la rémunération universitaire (14 212 €, permettrait d'évaluer la rémunération moyenne nette de la valence soins à environ 21 500 €. La rémunération de la valence soins en ville serait donc

³⁴ Les AHU ne représentant que 16 % de l'ensemble des statuts temporaires hospitalo-universitaires ici pris en compte, cette approche surestime en partie l'écart de rémunération entre les deux statuts.

³⁵ Directive 2000/34 du 22 juin 2000

³⁶ La permanence des soins dans l'arrêté du 30 avril 2003 comprend à la fois la permanence sur place (correspondant aux anciennes « gardes ») et les astreintes à domicile

³⁷ Rapport d'activité 2008 du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers

sensiblement inférieure à celle des hospitaliers. Mais ces conclusions doivent être considérées avec prudence en raison de la fragilité des données sur lesquelles elles reposent³⁸ et mériteraient d'être étayées par des études plus approfondies.

1.3. Le post internat répond à des finalités diverses

La systématisation progressive du post-internat s'explique par divers facteurs et remplit diverses fonctions. Elle répond aux motivations individuelles des jeunes médecins dont les aspirations, aussi diversifiées soient-elles, convergent vers la réalisation d'un post-internat. Dans le même temps le post-internat répond à des besoins collectifs par la contribution qu'il apporte à l'enseignement, à la recherche et aux soins.

1.3.1. Les motivations diversifiées des jeunes médecins convergent vers la réalisation d'un post-internat

Le post-internat répond, pour ceux qui l'accomplissent, à une palette variée de motivations qui le plus souvent se cumulent et s'entremêlent. On peut pour les besoins de l'analyse répartir ces motivations selon trois axes principaux :

- le projet d'accéder à un poste universitaire ;
- le souhait de compléter sa formation après l'internat ;
- la préservation d'un maximum d'opportunités pour la carrière future, qu'elle ait lieu dans le secteur hospitalier ou en libéral.

1.3.1.1. Le post internat peut-être la première étape d'une carrière universitaire

Occuper un poste de chef de clinique-assistant (CCA) ou d'assistant hospitalier universitaire (AHU) est un pré-requis de fait pour le jeune praticien qui souhaite se diriger vers une carrière hospitalo-universitaire, quelle que soit la spécialité médicale. Par carrière universitaire on entend la candidature ultérieure à un poste de maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) ou de professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH). Les postes de praticien hospitalier universitaire (PHU), au demeurant peu nombreux (environ 200), correspondent à un statut provisoire d'attente en vue de rejoindre l'un ou l'autre de ces statuts hospitalo-universitaires.

La mission a analysé les critères règlementaires d'accès aux postes de MCUPH et de PUPH, mais également les conditions effectives d'accès à travers l'exploitation des dossiers des maîtres de conférences et des professeurs nommés en 2009. Les résultats complets de cette étude sont présentés dans l'annexe 20.

Pour le recrutement des MCU-PH, si la qualité de CCA-AHU ou d'anciens CCA-AHU permet de candidater, les PHU et PH peuvent également se présenter au concours de type 1.

³⁸ Les données ont été déclarées par une petite minorité de CCUMG.

Les concours pour l'accès aux postes de MCU-PH

Le concours de type 1 (115 postes offerts en 2010) est ouvert aux CCA et anciens CCA qui peuvent se présenter dans les disciplines cliniques et mixtes et aux AHU et anciens AHU qui peuvent se présenter dans les disciplines biologiques et mixtes, ainsi qu'aux PHU et aux PH dans toutes les disciplines. Les candidats doivent justifier d'au moins un an d'exercice effectif de fonctions en l'une ou l'autre de ces qualités et être titulaires d'un diplôme national de master ou d'un doctorat.

Un concours externe de recrutement de MCU-PH, dit de type 2, (4 postes offerts en 2010) est ouvert aux candidats qui ne remplissent pas les conditions pour se présenter au concours de type 1 mais qui sont titulaires d'un doctorat ou d'une habilitation à diriger des recherches.

Source : MESR, arrêté du 21 décembre 2009 portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2010 et fixant les modalités de candidature

L'étude conduite par la mission sur les MCU-PH nommés en 2009 témoigne effectivement de la diversité des statuts exercés par les candidats au moment de leur nomination. Chefs de clinique, assistants hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers universitaires et praticiens hospitaliers sont les quatre profils majoritaires. Près de 10 % des MCU-PH étaient en position de chercheur à temps plein au moment de leur nomination. Mais quel que soit le statut des candidats admis, ceux-ci sont (pour 50 d'entre eux) ou ont été (pour les 67 autres) chefs de clinique ou assistants hospitalo-universitaires³⁹.

Par ailleurs, en 2009, 30 % des candidats admis aux postes de MCU-PH ne justifiaient, à l'ouverture du concours, que de la possession d'un diplôme du niveau du master. Les critères de recrutement des maîtres de conférences hospitalo-universitaires sont en effet différents de ceux des autres disciplines : le recrutement des maîtres de conférences (MCU) et des maîtres de conférences des universités de médecine générale (MCU-MG) s'effectue en effet au niveau du doctorat. En revanche, le niveau du master est statutairement suffisant pour permettre de présenter sa candidature au principal concours de recrutement des MCU-PH. Cette spécificité résulte de la décision prise en 1984 de maintenir l'accès à ce concours aux titulaires du diplôme d'études et de recherches en biologie humaine (DERBH), aujourd'hui remplacé par le master.

Tableau 4 : Diplômes et origine statutaire des MCU-PH nommés en 2009

	DEA ou master	Doctorat	PhD	Total
CCA	9	12	2	23
AHU	7	20		27
PHU	11	12		23
PH	9	24		33
Chercheurs		10	1	11
Total	36	78	3	117

Source : Enquête mission IGAS/IGAENR

Voir précisions méthodologiques en annexe 20

³⁹ Les données du MESR font état de 120 MCU-PH nommés en médecine en 2009 dont 117 ont pu être exploités par la mission.

Pour le recrutement des PU-PH, une distinction est opérée entre les disciplines biologiques et mixtes et les disciplines cliniques et mixtes : la quasi-totalité des postes dans les disciplines biologiques est offerte aux MCU-PH (majoritairement issus des CCA-AHU) et, dans les disciplines cliniques, aux CCA ou anciens CCA et aux PHU ou anciens PHU qui peuvent accéder directement au corps des professeurs, sans avoir « transité » par le corps des MCU-PH.

Afin de compléter cette analyse réglementaire par une étude du cursus effectif menant aux postes de PUPH, la mission a examiné les dossiers des professeurs nommés en 2009 (résultats détaillés de ce questionnaire de la mission en annexe 20). Sur 177 nouveaux PU-PH, 72 étaient d'anciens MCU-PH, soit 41 %.

Les autres candidats admis comme PU-PH, sans avoir été auparavant maîtres de conférences, étaient principalement des PH (46,3 %) et des PHU (11 %), très marginalement des CCA (1 %) et des chercheurs (1 %). Si l'on excepte les très rares nominations directes de CCA⁴⁰ et de chercheurs, la quasi-totalité des admis aux concours de PU-PH sont des praticiens hospitaliers (PH, PHU, MCU-PH) ayant déjà une expérience importante et de nombreuses publications à leur actif. En revanche, pratiquement tous les candidats reçus⁴¹ ont exercé des fonctions de CCA-AHU pendant une durée qui est le plus souvent de 4 ans.

Les concours pour l'accès aux postes de PU-PH

Le concours de type 1 (152 postes offerts en 2010) nécessite d'avoir satisfait à l'obligation de mobilité. Pour cela, les candidats doivent avoir exercé pendant un an au moins des activités de soins, d'enseignement ou de recherche, en France ou à l'étranger, en dehors du CHU dans lequel ils sont affectés ou, pour les anciens CCA ou les anciens PHU, dans lequel ils ont été affectés en dernier lieu. D'autre part, ce concours est réservé :

- dans les disciplines biologiques et mixtes, aux MCU-PH,
- dans les disciplines cliniques et dans les disciplines mixtes, aux CCA et anciens CCA, aux PHU et anciens PHU et aux MCU-PH.

Les uns et les autres doivent justifier d'au moins deux ans de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités et être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches.

Le concours de type 1 est également ouvert dans toutes les disciplines aux professeurs associés qui ont accompli en cette qualité au moins trois ans de services effectifs.

Le concours de type 2 (5 postes offerts en 2010) est un concours spécial réservé à des personnes exerçant principalement une activité de recherche ou d'enseignement et de recherche : chercheurs ou anciens chercheurs, enseignants-chercheurs ne relevant pas du statut hospitalier et universitaire, personnes ayant exercé dans un établissement étranger des fonctions d'enseignement ou de recherche d'un niveau au moins équivalent à celles confiées aux maîtres de conférences. Les candidats doivent justifier de deux ans de fonctions effectives et être titulaires de l'habilitation à diriger des recherches.

Le concours de type 3 (14 postes offerts en 2010) est un concours spécial réservé, dans la limite du sixième des emplois mis au concours, aux PH classés au moins au 6e échelon de leur corps au 1er janvier de l'année du concours, ayant exercé une activité enseignante universitaire dans les conditions prévues par leur statut particulier, sans condition de diplôme.

Le concours de type 4 (4 postes offerts en 2010) est un concours interne réservé, dans la limite du neuvième des emplois mis aux concours, aux MCU-PH ayant dix ans d'ancienneté en cette qualité et titulaires de l'habilitation à diriger des recherches.

Source : MESR, arrêté du 21 décembre 2009 portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2010 et fixant les modalités de candidature.

⁴⁰ Un seul chef de clinique assistant a en 2009 directement été nommé sur un poste de PU-PH.

⁴¹ Dans l'échantillon de la mission, un seul des candidats reçus sur les 53 n'avait pas été CCA ou AHU.

Le post-internat n'est donc pas une voie directe d'accès à la carrière hospitalo-universitaire, même si les dispositions statutaires l'autorisent théoriquement. Mais la détention du titre d'ancien chef de clinique ou d'ancien assistant hospitalo-universitaire s'avère une condition dans les faits toujours remplie.

En outre, l'orientation vers une filière hospitalo-universitaire se fait très tôt dans le cursus, souvent dès l'internat, et aboutit de ce fait à une nomination de quasiment tous les candidats qui se présentent aux postes de MCU-PH et PU-PH.

Tableau 5 : Les nominations aux postes titulaires hospitalo-universitaires en 2007, 2008 et 2009

		Postes aux concours	Candidats	Admis
2007	MCU-PH	144	132	122
	PU-PH	174	172	166
2008	MCU-PH	112	113	104
	PU-PH	204	192	176
2009	MCU-PH	127	129	120
	PU-PH	212	195	183

Source : Source MESR, bureau DGRH A2-4, tableau hors mutations

La mission a cherché à connaître parmi le nombre de chefs de clinique ou assistants hospitalo-universitaire la part de ceux qui se dirigeaient effectivement vers une carrière universitaire⁴².

En revanche, dans les spécialités où le clinicien est ancien, la mission a rapproché les données relatives aux nominations dans les statuts de MCU-PH et de PU-PH et les données relatives au nombre de CCA-AHU (cf. annexe 20, présentation de la méthode de calcul utilisée). Pour prendre l'année 2009, on peut obtenir une estimation à travers un ratio entre le nombre de CCA-AHU qui sortent de leur post-internat et le nombre de nominations effectives dans les statuts de titulaires hospitalo-universitaires (cf. tableau 5). On obtient un ordre de grandeur de 11 % des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires qui accèdent à un poste hospitalo-universitaire titulaire. Cette estimation correspond à l'opinion exprimée par un nombre significatif de PU-PH responsables des filières de formation rencontrés par la mission, pour lesquels 5 à 10 % des CCA et AHU poursuivent effectivement un cursus hospitalo-universitaire.

En médecine générale, la filière universitaire représente des effectifs très peu nombreux. En 2009, il y a, selon les données du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 213 enseignants en médecine générale, tous statuts confondus, dont 45 chefs de clinique des universités en médecine générale (CCUMG) auxquels le décret du 28 juillet 2008⁴³ réserve (ainsi qu'aux personnels associés) les emplois de MCU-MG. Les candidats à ces concours doivent être titulaires du doctorat, avoir exercé leurs fonctions pendant au moins deux ans et exercer une activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

⁴² Compte tenu du caractère très récent de la filière universitaire en médecine générale, les CCUMG n'ont pas pu être inclus dans cette analyse.

⁴³ Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale

1.3.1.2. Le post-internat répond au besoin ressenti d'une période de formation complémentaire après l'internat

Les jeunes praticiens, lorsqu'ils obtiennent leur diplôme d'études spécialisées, ont suivi 10 années de formation pour la médecine générale, et 11 ou 12 années pour les autres spécialités. Ils sont juridiquement en capacité d'exercer.

Pour autant, dans la plupart des spécialités, les professionnels, des internes aux PUPH, s'accordent à considérer que cette formation, telle qu'elle est actuellement organisée dans le cadre du troisième cycle, ne suffit pas pour accéder à un exercice autonome à la fin de l'internat. Ils estiment nécessaire pour les jeunes médecins d'effectuer une période complémentaire de post-internat afin d'être pratiquement en capacité d'exercer.

Dans cette perspective le post-internat est conçu comme un palliatif par rapport aux lacunes des formations de troisième cycle sous deux angles complémentaires :

- l'approfondissement des connaissances, rendu nécessaire par les progrès de la médecine et la technicité accrue de nombre de spécialités,
- la sécurisation et l'autonomisation de l'exercice.

Ces deux fonctions d'achèvement de la formation, d'une part, de « seniorisation » d'autre part, s'entremêlent dans la période d'internat et se combinent dans des proportions variables selon les spécialités.

Le cas de la chirurgie est particulièrement révélateur. L'existence même d'une maquette de chirurgie générale, compte tenu des évolutions techniques, est aujourd'hui contestée. Elle a ainsi conduit, dans les spécialités chirurgicales, à prévoir un nombre important de diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), neuf au total⁴⁴. Ces DESC dits du groupe II, « qualifiants », sont imposés pour obtenir la qualification délivrée par le Conseil de l'Ordre dans la spécialité correspondant à l'intitulé du diplôme (cf. annexe 8 sur les DES et DESC de type I et II)⁴⁵.

A l'inverse, en anesthésie-réanimation, la maquette de formation est jugée par les professionnels adaptée à l'exercice de la spécialité d'anesthésiste ; en revanche les réanimateurs médicaux doivent, pour être qualifiés, obtenir un DESC de réanimation.

Même quand il n'est pas nécessaire à la qualification dans la spécialité, le post-internat se présente comme une période souhaitable voire nécessaire d'achèvement de la formation dans un nombre croissant d'entre elles. Cette évolution vers des formations de plus en plus pointues devient un effet pervers du post-internat, dès lors qu'elle ne se fonde sur aucune évaluation des besoins de soins (cf. partie 2.6 sur la régulation).

La médecine générale échappe assez largement à cette problématique : il semble que la formation initiale des internes de médecine générale apporte les connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine de premier recours. Aucune formation complémentaire n'est donc jugée nécessaire qui justifierait un post-internat. De fait la réalisation éventuelle d'un post-internat par les généralistes, lorsqu'elle ne s'inscrit pas dans un projet de carrière universitaire, correspond généralement à une perspective de réorientation, notamment vers la médecine d'urgence ou la gériatrie, qui nécessite la réalisation d'un DESC. Il s'agit là d'une autre dérive possible dès lors qu'il n'y a pas de régulation à partir des besoins de soins (cf. ci-dessous, partie 2.4).

⁴⁴ Chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie de la face et du cou, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive

⁴⁵ Les DESC qualifiants sont donc les DESC chirurgicaux (arrêté du 5 mars 1992) le DESC de réanimation médicale depuis 2002 et le DESC de gériatrie depuis 2004.

Il y a en revanche une grande unanimité, dans l'ensemble des spécialités, quant au besoin d'une période de « seniorisation », souligné tant par les enseignants, les praticiens chevronnés que par les internes et les jeunes médecins. Tous s'accordent sur le fait que l'internat, pour des raisons diverses, ne prépare plus à un exercice autonome en responsabilité. La sophistication croissante des techniques, la judiciarisation et la mise en cause de plus en plus fréquente de la responsabilité médicale, sont des explications souvent citées. L'accroissement du nombre d'étudiants et d'internes présents dans les services hospitaliers, sous l'effet conjugué de l'augmentation du *numerus clausus* et de la généralisation de l'internat, en est une autre. En effet les terrains de stage n'ont pas toujours une activité médicale suffisante pour assurer une formation « en responsabilité » de tous les internes. L'évolution des effectifs dans les études de médecine ne peut qu'accroître le problème dans les années à venir. En médecine générale également, s'exprime la préoccupation d'un exercice en autonomie, le cursus ne comportant pas suffisamment de mises en situation, réalisées par exemple lors du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) dont tous les internes ne bénéficient pas. Elle sous-tend des propositions visant à mettre en place une année de professionnalisation dans le cadre du DES⁴⁶.

1.3.1.3. Le post-internat permet de préserver un maximum d'opportunités de carrière pour l'avenir

Le post internat est considéré par les praticiens en formation comme une étape indispensable pour la carrière future⁴⁷, que celle-ci soit envisagée dans le secteur hospitalier ou en libéral. Il l'est peut-être plus encore pour ceux qui hésitent encore sur l'orientation à prendre, car le post-internat peut être vu comme une période d'attente et de mûrissement du projet professionnel. Il permet, surtout s'il est réalisé sous le statut de chef de clinique ou d'assistant des hôpitaux, de se constituer une sorte d'assurance pour l'avenir en se gardant toutes les portes ouvertes.

En effet obligatoire de fait pour une carrière hospitalo-universitaire, l'accomplissement d'un post-internat permettait jusqu'à une période récente un accès simplifié au statut de praticien hospitalier. Il constitue par ailleurs un atout essentiel pour l'installation en libéral, où il est parfois même exigé par certains établissements.

Identifié à tort ou à raison comme un label d'excellence ou au moins de qualité de la formation reçue, la possession du titre d'ancien chef de clinique (et à un moindre degré d'ancien assistant) des hôpitaux demeure un signal de reconnaissance vis-à-vis des pairs en même temps qu'un outil important de notoriété et de prestige, vis-à-vis des patients.

Au-delà des éléments de symbolique, l'accomplissement d'une période post-internat permet de garder un pied à l'hôpital et d'y nouer des liens qui s'avéreront précieux y compris pour l'exercice d'une pratique future en libéral (conseil sur un cas clinique précis, orientation des patients...).

Un autre atout essentiel du post-internat par rapport à une installation libérale est d'ouvrir accès au « secteur 2 », où les dépassements d'honoraires sont autorisés. Depuis 1990 en effet l'accès au secteur 2 a été fermé. La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie de 2005 prévoit l'engagement des médecins conventionnés à respecter les tarifs opposables. Mais elle prévoit également⁴⁸ que peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires « différents » - dans les limites du tact et de la mesure⁴⁹ - les médecins qui s'installent pour la

⁴⁶ Cf. en annexe la position de l'ISNAR-MG sur ce point.

⁴⁷ Cf. notamment la présentation du post-internat par le syndicat des internes en médecine de Poitiers (annexe 27) dont cette formulation est extraite.

⁴⁸ Cf. convention, chapitre 4.3 paragraphe d

⁴⁹ Selon l'article 53 du Code de déontologie médicale « les honoraires doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur des actes dispensés ou de circonstances particulières »

première fois en exercice libéral titulaires de certains titres : ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, ancien assistant des hôpitaux (hôpitaux généraux ou régionaux hors CHU), praticien hospitalier temps plein ou temps partiel (sous réserve dans ce dernier cas de compter au minimum 5 années de fonctions effectives).

Le titre d'ancien chef de clinique ou d'ancien assistant (généraliste ou spécialiste) des hôpitaux est accordé aux médecins justifiant de deux années de fonctions effectives respectivement en l'une ou l'autre de ces qualités (art 26-5 du décret n° 84-135 pour les chefs de clinique et art. R 6152-537 du code de la santé publique pour les assistants).

Hors médecine générale, la majorité des installations en libéral se fait aujourd'hui en secteur 2 avec des variations importantes d'une spécialité à l'autre : le taux est de 34 % chez les dermatologues, de 90 % chez les ORL⁵⁰. Globalement les médecins exerçant en secteur 2 ont une activité inférieure à leurs confrères du secteur 1, mais les dépassements qu'ils pratiquent leur permettent d'avoir au total des montants d'honoraires plus importants⁵¹.

Il n'est pas douteux que le lien établi avec le régime de tarification contribue à accroître la demande de post-internat de la part des jeunes praticiens. L'accès au secteur 2 est d'ailleurs, de l'avis général, un élément permettant d'accroître l'attractivité par ailleurs relative de postes comme ceux d'assistants à temps partagé et qui est utilisé pour en faire la promotion auprès des candidats potentiels.

1.3.2. Le post internat constitue un maillon de l'effort d'enseignement et de recherche

1.3.2.1. Les CCA-AHU participent à l'enseignement universitaire

L'enseignement dans les unités de formation et de recherche de médecine⁵² est assuré par les personnels enseignants et hospitaliers (dits hospitalo-universitaires) des centres hospitaliers et universitaires⁵³ qui comprennent, outre des corps de fonctionnaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), des personnels non titulaires qui sont les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et, dans les disciplines biologiques et mixtes, les assistants hospitaliers universitaires (AHU). A l'instar des attachés temporaires d'enseignement supérieur et de recherche (ATER) dans les disciplines universitaires non médicales, les CCA-AHU assurent, avec les PHU⁵⁴, l'enseignement au plus près de l'étudiant (externe ou interne).

⁵⁰ Rapport de la Cour des comptes, 2007

⁵¹ Id note 49

⁵² « Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les unités de formation et de recherche de médecine. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière. » (Article L. 632-1 du code de l'éducation).

⁵³ Selon les principes fondateurs de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, aujourd'hui codifiée, « les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires ... exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. » (Article L.952-21 du code de l'éducation).

⁵⁴ Les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) sont d'anciens CCA-AHU inscrits sur la liste d'aptitude établie à l'issue du concours national de praticien hospitalier. La durée totale des fonctions en qualité de CCA-AHU et en qualité de PHU ne peut excéder huit ans.

La comparaison des effectifs respectifs des grandes disciplines (tableau 6) fait apparaître les données structurelles du corps enseignant de médecine :

- la place importante des CCA-AHU et PHU avec près de 40 % des effectifs de la discipline,
- la proportion des maîtres de conférences (principalement dans les disciplines biologiques et mixtes) beaucoup moins importante que dans les autres disciplines.

Il en résulte que les CCA sont le plus souvent, avec les PHU, les adjoints directs des PU-PH dans les disciplines cliniques.

Tableau 6 : les statuts des personnels enseignants universitaires par grandes disciplines

Grandes disciplines	Professeurs	Maîtres de conférences	CCA-AHU et PHU ATER (1)	Total
Médecine	4 170	1 628	3 830	9 628
%	43,30 %	16,90 %	39,80 %	
Droit, éco...	2 720	5 882	1 700	10 302
%	26,40 %	57,10 %	16,50 %	
LSH	4 626	11 002	3 288	18 916
%	24,50 %	58,20 %	17,30 %	
Sciences	8 025	17 129	2 528	27 682
%	29,00 %	61,90 %	9,10 %	

(1) Incluant les lecteurs en lettres et sciences humaines (LSH)

Source : Note d'information 09.24 de la DEPP du MESR. Situation 2008-2009

Egalement présents dans les CHU, les praticiens hospitaliers (PH) peuvent participer aux missions d'enseignement universitaire et post-universitaire ainsi que de recherche (article R. 6152-2 et L. 6112-1 du code de la santé publique). Ils étaient au nombre de 10 322 en 2006⁵⁵ Certains d'entre eux s'impliquent dans les enseignements théoriques, le plus souvent bénévolement, alors même que le décret n° 86-555 du 14 mars 1986 modifié relatif aux chargés d'enseignement et attachés d'enseignement dans les disciplines médicales prévoit expressément la possibilité pour les universités de les recruter par contrat pour dispenser des enseignements⁵⁶ et de les rémunérer à la vacation selon les taux réglementaires en vigueur.

1.3.2.2. Dans les services accueillant des internes, les jeunes médecins en post-internat ont une fonction d'encadrement

Les chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires dans les CHU forment un maillon important du compagnonnage en concourant à la formation des internes « au lit du malade ». Ils sont à la fois seniors pour les internes, et juniors dans les services hospitaliers et constituent à ce titre un relais important entre les internes et les plus chevronnés, praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires.

⁵⁵ Source DREES, SAE 2006-2997 Commission Marescaux, audition DREES du 8 avril 2009

⁵⁶ Les praticiens hospitaliers recrutés en qualité de chargés d'enseignement peuvent consacrer à cette activité au maximum deux demi-journées par semaine. Les praticiens hospitaliers recrutés en qualité d'attachés d'enseignement ne peuvent assurer plus de deux heures d'enseignement par semaine.

La place des CCA-AHU dans la formation assurée par les CHU est primordiale⁵⁷, compte tenu de leur rôle de seniors de proximité à l'égard des internes. Dans la pratique, les activités de formation, de soins et de recherche, coexistent et interagissent effectivement, comme le veut leur exercice statutaire conjoint. La formation des étudiants des trois cycles des études médicales prend la forme de cours ou de travaux dirigés formalisés et de formation par compagnonnage. L'intensité du compagnonnage est variable et la délégation des soins aux internes, qui n'est jamais totale, peut être plus ou moins importante. Or, si l'exercice du compagnonnage ou une séquence d'observation entraîne un ralentissement de l'activité clinique, en revanche, l'interne peut se voir déléguer certaines tâches par le CCA, le libérant d'une partie de son activité de soins, au profit de ses autres missions.

Pour compléter son observation de l'organisation des activités de formation, de soins et de recherche, la mission s'est reportée au rapport de la Fédération hospitalière de France-Armines, relatif à l'impact des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers (cf. annexe n° 21). Deux constats majeurs en ressortent :

- la grande variabilité de l'organisation des services, y compris entre spécialités d'un même établissement ou entre établissements pour une même spécialité. Cette variabilité influe directement sur les modalités de la formation dispensée dans les services et sur la plus ou moins grande mobilisation des personnes chargées de cette formation ;
- l'intrication constante entre les activités de soins, de formation et de recherche qui rend difficile - voire impossible - l'évaluation du temps qui leur est dédié par les différentes catégories de praticiens hospitaliers, notamment entre les universitaires et ceux qui ne le sont pas.

Les taux d'encadrement sont une façon d'approcher quantitativement les besoins de formation. Toutefois, compte tenu de ce qui vient d'être dit, il est peu pertinent d'isoler la contribution des CCA et AHU à l'encadrement⁵⁸.

Ces taux peuvent être mesurés de plusieurs façons. Dans le cas de la formation médicale, on distingue habituellement deux taux d'encadrement⁵⁹ :

- un taux d'encadrement universitaire, qui comprend les postes universitaires titulaires et temporaires (PU-PH, MCU-PH, CCA et PHU) ;
- un taux d'encadrement global, qui comprend les postes universitaires et les postes de PH temps plein en CHU. Il mesure donc le nombre de « seniors » en capacité d'encadrer des stages hospitaliers. Ce taux paraît déterminant au regard à la fois des modalités de la formation et de l'augmentation du nombre d'internes.

Certains interlocuteurs de la mission estiment que ce taux d'encadrement global des seniors devrait être complété par la prise en compte des praticiens hospitaliers titulaires et non titulaires des services qui accueillent des internes. C'est notamment le cas dans la région Nord - Pas- de- Calais, où il existe d'importants centres hospitaliers généraux qui assurent cette fonction.

Au niveau national, le taux moyen d'encadrement universitaire est d'un enseignant pour deux internes, et celui de l'encadrement global est d'un médecin senior par interne. Mais ces taux moyens recouvrent des différences régionales importantes, comme le font ressortir les études effectuées par l'ONDPS⁶⁰.

⁵⁷ Le rétablissement du clinicat en 1987, à la suite d'une tentative de suppression en 1984, est éclairant à cet égard (cf. annexe 5).

⁵⁸ En revanche, en termes de débouchés pour les internes, une telle indentification prend tout son sens.

⁵⁹ CNIPI du 10 février 2010, présentation du Pr. Berland, ONDPS

⁶⁰ Le renouvellement des effectifs médicaux (rapport 2008-2009) p. 48 et travaux présentés lors de la CNIPI mentionnés dans la note ci-dessus

Quant aux personnels enseignants de médecine générale, qui assurent des fonctions d'enseignement et de recherche dans les unités de formation et de recherche de médecine (annexe 16), la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose en son article 47 qu'à compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés ne peut être inférieur à 20 pour les professeurs des universités de médecine générale (PUMG), 30 pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale (MCUMG) et 50 pour les chefs de clinique des universités de médecine générale (CCUMG).

Ce faisant, elle fixe à 50 % de l'ensemble de la filière l'effectif des CCUMG pour la période considérée. La réforme des études de médecine générale est à cet égard source de tensions dans la mesure où, à moyens constants, ces recrutements se feront au détriment des autres spécialités⁶¹.

1.3.2.3. Les chefs de clinique et les assistants hospitalo-universitaires participent également à l'effort de recherche

La valence universitaire des chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires inclut des fonctions de recherche auxquelles ceux-ci participent effectivement lorsqu'ils sont intégrés dans une équipe. Dans les faits cette fonction est très inégalement exercée selon les spécialités et selon les lieux.

L'étude comparative des facultés de médecine en France produite par l'AERES sur la base de données connues à fin 2008 permet de calculer la part relative des facultés de médecine de la région Ile-de-France en matière de recherche : 42 % des 99 524 publications référencées (score SIGAPS) et 31 % des 5 632 programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)⁶². Cette part prépondérante de l'Ile de France dans l'activité de recherche est un élément fréquemment avancé pour justifier la forte concentration des postes de chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires dans cette région.

L'activité de recherche est également très fluctuante selon les spécialités. Dans certaines d'entre elles l'emploi du temps des CCA est fortement préempté par l'activité clinique, au détriment de leur valence universitaire, et l'activité de recherche constitue souvent une variable d'ajustement. C'est notamment le cas en chirurgie où de nombreux chefs de clinique se consacrent exclusivement ou presque exclusivement à leur activité de soins. En revanche, dans des spécialités comme la biologie ou l'immunologie la recherche peut représenter jusqu'à 80 % du temps de travail des praticiens en post-internat selon les professionnels rencontrés par la mission.

Pour les chefs de clinique en médecine générale, la recherche en soins primaires est essentielle. Elle est notamment liée aux politiques de prévention qui peuvent être conduites dans le cadre des soins de premier recours. Il peut aussi y avoir des coopérations interdisciplinaires, qui n'abordent pas seulement les soins primaires en termes de recherche clinique. Toutefois, les conditions de réalisation de cette recherche restent difficiles (cf. partie 2.4).

⁶¹ Rapport de la Commission sur l'avenir des CHU présidée par le Pr Jacques Marescaux, mai 2009

⁶² Rabineau D., Dhainaut J.F., Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats, AERES, novembre 2009

1.3.3. Le post internat apporte une contribution essentielle en termes d'offre de soins

1.3.3.1. Les jeunes médecins qui effectuent leur post internat assurent une activité de soins importante

Les chefs de clinique-assistants, assistants hospitaliers universitaires et assistants spécialistes participent directement aux soins dans les établissements où ils sont affectés. Ils représentent environ 14 % de l'ensemble des personnels médicaux présents dans les établissements publics hospitaliers⁶³.

Tableau 7 : Effectifs des établissements hospitaliers dans le secteur public en 2008

Statuts	Effectifs en ETP	Effectifs en % des ETP
Praticiens hospitaliers	35 846	73 %
Autres salariés *	4 951	10 %
Assistants	3 327	7 %
Praticiens hospitalo-universitaires titulaires	2 807	6 %
Praticiens hospitalo-universitaires non titulaires (CCA-AHU)	1 863	4 %
TOTAL	48 794	100 %

Source : *Statistiques d'activité des établissements hospitaliers (SAE), DREES*

* La rubrique « autres salariés » comprend les praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire et les praticiens contractuels

Pour les hospitalo-universitaires, les ETP sont estimés en divisant les effectifs par 2.

La participation des jeunes médecins effectuant leur post-internat aux activités de soins des hôpitaux est en réalité supérieure à ce que laissent apparaître les chiffres ci-dessus.

En effet, la participation des chefs de clinique-assistants aux soins l'emporte le plus souvent en temps de travail sur leur valence universitaire. Selon certains interlocuteurs de la mission, l'activité clinique pourrait représenter jusqu'à 80 % de leur temps de travail, ce qui est corroboré dans certaines publications ayant objectivé la répartition de la charge de travail⁶⁴. Le phénomène est particulièrement flagrant pour les spécialités chirurgicales : on dénombrait 689 chefs de cliniques assistants en chirurgie en 2009 dont l'activité de soins est essentielle au bon fonctionnement des hôpitaux. A l'inverse, comme on l'a vu, certains assistants hospitaliers universitaires, dans des disciplines biologiques ou mixtes consacrent beaucoup moins de temps aux soins, au bénéfice de leurs activités de recherche.

L'apport du post-internat à l'offre de soins doit par ailleurs tenir compte de l'ensemble des jeunes médecins qui sous des statuts divers (praticien contractuel par exemple) font partie de la « zone grise » du post-internat et contribuent au fonctionnement des établissements, même s'il n'est pas possible d'isoler et d'évaluer cet apport.

Le même constat peut être fait en ce qui concerne les soins de ville. Si l'apport des CCU-MG peut être considéré comme marginal dans l'activité globale de soins médicaux ambulatoires vu leur faible nombre, il n'en va pas de même pour les nombreux jeunes médecins ayant choisi le

⁶³ L'ensemble des ETP en secteur public n'est pas atteint dans ce tableau car il manque les ETP des attachés, qui ne sont plus aujourd'hui comptabilisés dans la SAE.

⁶⁴ Mandel R et coll, « Organisation et charge de travail des CCA-AHU de réanimation pédiatrique française. Comparaison avec l'expérience des « fellowships nord-américains », Archives de pédiatrie 11 (2004) 1419-1424. L'activité clinique occupait 80 % de l'activité professionnelle totale des CCA-AHU contre 60 % chez leurs collègues américains.

remplacement. Cette contribution vaut surtout pour les soins de premier recours, mais n'est pas négligeable pour les spécialités de ville hors médecine générale. Ainsi, 40 % des pédiatres en exercice depuis moins de 15 ans avaient fait des remplacements sans qu'il ne soit possible de différencier si ce remplacement s'était effectué en cours d'internat ou lors du post internat⁶⁵.

1.3.3.2. Le post-internat à temps partagé contribue au maintien de l'offre de soins dans des établissements hospitaliers qui manquent de ressources médicales

La région Nord- Pas- de- Calais, qui se caractérise par une densité médicale inférieure à la moyenne nationale a expérimenté dès 1999 l'ouverture de postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre le CHU de Lille et les CH périphériques. A l'origine, trois objectifs étaient poursuivis : dans les CH périphériques, pallier les vacances de postes de PH et anticiper les départs à la retraite de PH n'ayant pas de remplaçant ; lutter contre la « fuite » des internes à l'issue du troisième cycle en développant des places d'accueil en post-internat dans la région ; favoriser les échanges entre les équipes médicales des CH et du CHU.

De nombreuses autres régions ont depuis expérimenté des dispositifs d'assistants spécialistes à temps partagé. C'est en s'inspirant de ces expérimentations régionales que la circulaire du 26 janvier 2009 du ministère de la santé a ouvert 200 postes d'assistants spécialistes à temps partagé La mission, avec l'aide des directeurs des affaires médicales des CHU, a effectué un recensement détaillé des statuts et modalités du temps partagé. Les résultats quantitatifs exhaustifs sont présentés dans l'annexe 15. Le tableau 8 rend compte des expériences menées à l'initiative des régions.

Tableau 8 : Assistants à temps partagé d'initiative régionale au 31 mars 2010

CHU	Initiative	Nombre total	CHU / CH proche	CHU / CH éloigné
AMIENS	ARH	12	12	0
BORDEAUX	ARH / CHU	8	4	4
LILLE	DRASS/ARH	35	25	10
LYON	DRASS	3	2	1
	CHU / CH Vienne	1	1	0
MONTPELLIER	CHU / CH	2	2	0
NANCY	ARH	3	3	0
ROUEN	CHU/ARH/Faculté	16	4	12
TOULOUSE	ARH	26	21	5
TOURS	CHU/ARH	9	6	3
TOTAL		115	80	35

Source : questionnaire mission, annexe n°15

Les CH proches sont à moins d'une heure de transport du CHU, inversement pour les autres

L'analyse qualitative du questionnaire permet d'identifier les apports principaux du post-internat, mais aussi les difficultés qu'ont rencontrées les régions pour le développer.

⁶⁵ Anne C. et coll, « Qualité de la formation et devenir professionnel des étudiants du DES de pédiatrie : enquête auprès des promotions 1990-2000 de l'interrégion ouest », Archives de pédiatrie 14 (2007) 1259-1263

Les postes à temps partagé entre le CHU et le CH permettent aux médecins de poursuivre leur formation tout en exerçant en responsabilité. Leur temps d'exercice au CHU répond à cette demande en leur apportant un perfectionnement dans le cadre d'un exercice seniorisé. Leur activité en CH de façon complémentaire leur permet d'exercer en responsabilité, d'avoir une expérience diversifiée et de faire partie d'une équipe médicale.

Pour les autorités régionales, les postes d'assistants à temps partagé sont un moyen de répondre aux demandes de post-internat des jeunes médecins et de gérer les flux d'internes. Les CHU gardent un lien avec leurs ex-internes et peuvent parfaire leur formation. Les acteurs du temps partagé en sont généralement satisfaits : les professeurs comme les jeunes médecins souhaitent son maintien et son développement à plus grande échelle. La mise en place de dispositifs à temps partagé entre un centre hospitalier et un centre hospitalier universitaire a en outre l'avantage de stabiliser des jeunes médecins dans la région et de lutter contre les difficultés de certains hôpitaux périphériques pour recruter des médecins. Dans le Nord, où l'expérience de temps partagé a pu être évaluée compte tenu de l'ancienneté du dispositif, 75 % des assistants partagés qui ont réussi le concours de PH restent dans leur CH de référence⁶⁶ (cf. annexe 14 sur le temps partagé dans les régions Nord et Lorraine).

Mais le temps partagé reste un deuxième choix pour les internes. Le nombre de candidats au temps partagé reste inférieur au nombre de postes proposés. Selon l'enquête menée auprès des directeurs des affaires médicales des CHU de France métropolitaine (annexe n°15), 14 postes sont non pourvus au 31 mars 2010 parmi ceux ouverts par la circulaire du 26 janvier 2009. De même, les expériences régionales montrent que les candidatures sont moins importantes que les besoins de médecins exprimés par les CH.

Dans la majorité des régions, les CH très éloignés de la métropole régionale restent peu attractifs pour les jeunes médecins. La répartition des postes à temps partagé entre les CH situés à moins d'une heure de transport du CHU et les CH situés à plus d'une heure du CHU illustre cette limite. Moins d'un quart des postes ouverts par la circulaire du 26 janvier 2009 ont été pourvus dans des CH éloignés (40 sur 184, cf. annexe n° 15).

Pour les postes d'assistants à temps partagé d'initiative régionale, la part des CH à plus d'une heure de transport est plus importante mais reste minoritaire (un tiers des postes, cf. tableau 8) : les difficultés matérielles de transport et de logement sur place, comme l'environnement souvent déprécié par les jeunes médecins l'expliquent. Les incitations financières restent souvent de peu d'efficacité pour compenser ce handicap. Ainsi, le Conseil régional du Nord- Pas- de- Calais prend en charge depuis 2008 une prime de territoire pour les médecins acceptant un poste d'assistant à temps partagé dans un CH éloigné, variant de 500 à 700 € mensuel en fonction de la distance par rapport à Lille. Il verse également des primes aux assistants à temps partagé en cancérologie, pour favoriser cette spécialité dont la région a besoin. Néanmoins, dans les zones dites « lointaines » en 2009, 22 postes ont été proposés par les CH suscitant seulement 4 candidatures.

Enfin, les internes disposent de peu d'informations sur ces dispositifs dont la pérennité à moyen terme n'est pas assurée. Les postes qui leur sont proposés peuvent varier d'une année sur l'autre et dans le cadre de la circulaire du 26 janvier 2009, ils n'étaient pas à l'origine stabilisés pour deux années consécutives. Certaines régions, comme la Picardie par exemple, ont garanti une durée de deux ans pour les postes d'assistants à temps partagé ouverts par la circulaire afin de tous les pourvoir.

La nécessaire collaboration entre CH et CHU est une contrainte supplémentaire pour la mise en place du temps partagé. Dans la plupart des cas, une convention entre le CH et le CHU détermine le partage du temps d'exercice entre les deux établissements. Cette répartition se fait de manière variée, en fonction des besoins des services et des spécialités. En effet, si la plupart des assistants spécialistes

⁶⁶ Données Conseil régional du Nord- Pas- de- Calais calculées sur les 113 assistants à temps partagé engagés depuis 1999

partagent leur temps dans la semaine (264 sur les 285 assistants à temps partagé au total : circulaire et initiatives régionales), certains partagent leur temps par quinzaine, par mois, trimestre ou semestre. Le temps partagé suppose donc de coordonner l'organisation de l'activité entre les services d'hôpitaux différents.

La multitude des combinaisons de partage du temps entre les deux établissements, qu'il s'agisse de la quotité du partage ou de sa modalité - d'un exercice à 100 % en CHU ou à 20 % en CHU en passant par toutes les solutions intermédiaires- illustre la souplesse des dispositifs à temps partagé. Elle est une condition nécessaire de leur faisabilité et de leur développement, soulignée à la fois par les professeurs, les jeunes médecins et les autorités régionales.

1.3.3.3. L'image du chef de clinique contribue à celle des spécialités vis-à-vis des futurs praticiens

Par la place qu'il occupe dans l'organisation hospitalière, le chef de clinique constitue un repère important pour les étudiants en médecine et les internes dont il est le plus proche. Il participe de ce fait à l'image qu'ils se forment d'une discipline et peut influencer leur orientation future. C'est pourquoi la mise en place du clinicat de médecine générale constitue en elle-même un élément de revalorisation de la médecine de premier recours. Un constat s'impose : le choix de la médecine générale n'est pas toujours un choix positif. Les études de l'ONDPS⁶⁷ ainsi que de la DREES⁶⁸ montrent ainsi que tous les postes ouverts aux DES ne sont pas pourvus, du fait des redoublements possibles après les résultats aux ECN. Mais les choix des étudiants évoluent : 82 % des postes ouverts au DES de médecine générale étaient pourvus en 2009, ce taux étant de 67 % en 2004.

Face à la demande de temps médical en soins ambulatoires de premier recours, le premier enjeu est alors de rendre l'exercice plus attractif mais aussi mieux connu par les étudiants. Plusieurs études, nationales et internationales (cf. annexe 19) ont exploré les facteurs influençant le choix de la médecine générale. L'un des éléments mis en exergue est l'importance d'un modèle, rencontré le plus en amont possible du choix, en l'occurrence en deuxième cycle. Dans plusieurs régions, la mission a pu constater le rôle important de référence du CCU-MG, jeune médecin généraliste, et donc proche des étudiants, en même temps qu'universitaire et donc investi d'une légitimité académique.

1.4. *Le post-internat hospitalier représente une masse salariale de plus de 520 M€, essentiellement financés par l'assurance-maladie*

Le post internat est financé de trois façons :

- par l'assurance-maladie, dont les ressources proviennent aujourd'hui pour moins de 50 % des cotisations et plus de 50 % des impôts et taxes affectées (notamment la CSG)⁶⁹ ;
- par le budget de l'Etat, avec une répartition entre le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et la recherche ;
- à titre complémentaire et plus marginal par d'autres financeurs comme les conseils régionaux.

⁶⁷ Source : ONDPS, le rapport 2006-2007, Tome 2

Recensement des DES par les comités régionaux, recensement des inscriptions par le Conseil national de l'Ordre des médecins

⁶⁸ DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN en 2009 », Etudes et résultats, N°720, février 2010. Il est cependant difficile de distinguer s'il s'agit d'une plus forte attractivité ou d'une moindre réticence. Les disciplines restent en effet accessibles jusqu'à un rang plus ou moins avancé dans le classement en fonction de leur cote auprès des étudiants mais aussi selon le nombre de postes qu'elles offrent, les postes ouverts au DES de médecine générale étant, de loin, les plus nombreux.

⁶⁹ Etude et résultats n° 648, août 2008, « Le financement de la protection sociale : une analyse par risque social », Marie HENNON

La mission a procédé à une estimation du montant global consacré à la rémunération des praticiens en post internat. Les masses financières n'étant pas identifiées par les différents financeurs et les sources de financement étant multiples, ce chiffrage repose nécessairement sur l'agrégation de sources qui ne sont pas homogènes, mais permet d'obtenir un ordre de grandeur.

Une partie de la masse salariale du post-internat, correspondant à des statuts identifiés comme tels, peut être estimée à 520 M€, financés à plus de 80 % par l'assurance maladie (cf. tableau 9 ci-dessous). Une autre partie concernant les praticiens contractuels et les remplaçants ne peut être isolée ; elle est financée intégralement par l'assurance-maladie.

Tableau 9 : Récapitulatif des différents financeurs de la masse salariale du post-internat

Assurance maladie	Budget de l'Etat Ministère de l'enseignement supérieur	Budget de l'Etat Ministère de la santé	Autres financeurs
<p>411 M€ pour la valence soins des CCA-AHU et pour les assistants</p> <p>1,5 M€ pour les CCU-MG (actes)</p> <p>Montant indéterminé pour la valence soins des CCU-MG, les praticiens contractuels et les remplaçants en post-internat</p>	<p>86 M€ pour la valence universitaire des CCA-AHU</p> <p>1,5 M€ pour la valence universitaire des CCU-MG</p>	<p>13 M€ pour les assistants à temps partagé</p>	<p>8 M€ pour lesquels la répartition ne peut être faite (assurance maladie, ministère de la santé et conseils régionaux)</p>

Source : mission IGAS/IGAENR
(Voir le détail de la méthodologie dans le tableau 10)

1.4.1. La masse salariale qui peut être estimée s'élève à 520 M€

1.4.1.1. L'assurance maladie finance plus de 80 % du post internat hors « zone grise »

Le post-internat effectué en milieu hospitalier est financé par les remboursements des soins effectués de l'assurance maladie et par le budget du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR). La répartition entre ces deux financeurs dépend du statut dans lequel s'effectue le post-internat. Pour les chefs de clinique-assistants (CCA) et les assistants hospitalo-universitaires (AHU), le financement est partagé entre une valence soins, financée par l'assurance maladie, et une valence universitaire, financée par le budget du ministère de l'enseignement et de la recherche. Les assistants sont exclusivement financés par l'assurance-maladie.

Le chiffre de 500 M€ issu du tableau 10 représente une masse salariale globale. Il doit être compris comme un ordre de grandeur du fait des fragilités méthodologiques présentées ci-dessous.

Tableau 10 : Estimation de la masse salariale du post-internat effectué dans les statuts d'assistants hospitalo-universitaires (AHU), de chefs de clinique-assistants (CCA) et d'assistants

	AHU	CCA	Assistants à temps plein	Total
Masse salariale assurance maladie				
Effectifs	579	2 864	2 947	6 390
Salaire brut hospitalier	31 040	44 276	46 999	-
Coût salarial	45 008	64 200	68 149	-
Masse salariale assurance maladie en volume (M €) (valence soins)	26,1 M€	183,9 M€	200,8 M€	410,8 M€
Masse salariale enseignement supérieur et recherche				
Salaire brut universitaire	17 144	17 144	0	-
Coût salarial	24 859	24 849	0	-
Masse salariale enseignement supérieur et recherche en volume (M €) (valence universitaire)	14,4 M€	71,2 M€	0	85,6 M€
Total masse salariale	40,5 M€	255,1 M€	200,8 M€	496,4 M€

Source : *calculs mission IGAS/IGAENR.*

Les estimations ont été faites par la mission à partir des données DADS de la DREES pour la valence soins et des données réglementaires pour la valence universitaire (même source que le tableau 2 sur les rémunérations). Deux biais doivent être signalés. D'une part les données reposent sur les effectifs présents au 31 décembre 2007 (source SAE) et non présents en ETP sur toute une année, ce qui est a priori un facteur de surestimation. D'autre part, la mission n'a retenu que les assistants à temps plein dans son calcul, du fait de l'impossibilité d'évaluer le temps de travail des assistants à temps partiel dans la source SAE. Ce deuxième élément constitue un facteur de sous-estimation.

Les salaires des CCU-MG, compte tenu de la faiblesse des effectifs, représentent une masse financière peu importante. On peut estimer, sur des bases réglementaires, que la part financée par le ministère de l'enseignement supérieur et la recherche s'élève à 1,5 M€, sur la base de 45 CCUMG en fonction à la fin de l'année 2009. L'estimation de la valence soins, effectuée en milieu ambulatoire, est beaucoup plus complexe et variable. Compte tenu de l'extrême fragilité des données⁷⁰, la mission a choisi sur le clinicat en médecine générale de se fonder sur une enveloppe théorique maximale de 1,5 M€, soit l'équivalent de la valence enseignement. Ce qui donne une masse salariale totale pour le clinicat en médecine générale de 3 M€.

Sous réserve de ces précautions méthodologiques, on peut donc retenir le chiffre de 503 M€, dont le financement est partagé entre l'assurance maladie à travers le remboursement des soins (82 %), et par le budget de l'Etat – ministère de l'enseignement supérieur et la recherche – (18 %).

La rémunération des assistants à temps partagé est financée sur le budget du ministère de la santé, à hauteur de 13 M€ en 2010.

Le caractère récent du dispositif des assistants à temps partagé créé par la circulaire du 26 janvier 2009 et financé directement par le ministère de la santé permet d'en d'apprécier le coût global et individuel dans le cadre des circulaires financières annuelles envoyées par la DGOS aux ARH,

⁷⁰ Cf. partie précédente sur la rémunération de la valence soins pour les CCU-MG

devenues ARS⁷¹. Les enveloppes consacrées à ce dispositif ont été de 1,7 M€ en 2009 (calcul sur les mois de novembre et décembre), et l'estimation pour 2010 est de 13 M€ (reconduction sur un an des 200 postes créés en 2009 et financement sur 2 mois des 200 nouveaux postes qui vont être créés en 2010).

L'évaluation retenue pour le financement de ces postes est de 51 000 € en 2009 et de 54 600 € en 2010. Il est à noter que ce coût ne prend pas en compte la rémunération des gardes.

Il s'agit d'un mode de financement dérogatoire par rapport au mécanisme de la T2A, puisqu'il ne repose pas sur l'activité d'une part, et qu'il est financé directement sur une enveloppe de l'Etat et non à travers des remboursements de soins de l'assurance-maladie.

1.4.1.2. Le post-internat à temps partagé d'initiative régionale représente une masse salariale estimée à 8 M€ en 2009

Le questionnaire relatif au temps partagé (cf. annexe 15) permet de connaître le nombre d'assistants à temps partagé dont l'initiative relève des régions, qui est de 115 praticiens en 2009. En reprenant la base arrondie du salaire moyen du tableau 10 ci-dessus on aboutit à un total de l'ordre de 8 M€⁷².

En termes de financeurs, la situation est très variable entre régions d'une part, et à l'intérieur même d'une région entre différents établissements. Trois sources de financement coexistent :

- une partie des ressources vient des agences régionales de l'hospitalisation, soit dans le cadre de l'enveloppe des primes multi-sites, soit dans le cadre de financements exceptionnels d'une année, par exemple pour une aide à la contractualisation entre un centre hospitalier et un centre hospitalo-universitaire ;
- une autre partie vient de l'assurance maladie à travers la tarification à l'activité, notamment lorsque les assistants prennent la place d'un praticien hospitalier qui part à la retraite sans avoir de candidat à sa succession ;
- une dernière partie vient des conseils régionaux, qui soutiennent souvent financièrement ces dispositifs dans le cadre de leur politique de soutien à la démographie médicale locale.

1.4.2. La « zone grise » du post-internat ne peut être quantifiée

Les remplacements constituent, selon la définition retenue par la mission, une part importante du post-internat, majoritaire pour la médecine générale, mais également présente pour les autres spécialités. Mais, comme on l'a vu, il n'est pas possible de distinguer dans les effectifs de remplaçants ceux qui pratiquent ce mode d'exercice dans le cadre du post-internat de ceux qui ont choisi de l'exercer durablement. De la même façon, les praticiens contractuels, qui font également partie de ce que la mission a qualifié de cette même « zone grise », ne sont pas tous en post-internat.

⁷¹ Chaque année, le bureau F2 de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) envoie aux ARH une circulaire budgétaire qui leur alloue une dotation globale sur les mesures nouvelles de l'année : une partie est constituée de crédits fléchés au niveau national, en fonction des priorités des politiques de santé publique ; une autre partie est constituée de crédits non fléchés.

Ces circulaires ne permettent donc d'avoir qu'une vision annuelle des financements attribués et non une vision « en stocks » du cumul des financements attribués chaque année. Par ailleurs, les ARH ont une marge de manœuvre, y compris sur les crédits fléchés. Ce fonctionnement, qui laisse une grande souplesse régionale souhaitée dès l'origine, ne permet pas d'avoir une vision globale de la nature des financements accordés régionalement.

⁷² Ce chiffre est en fait sous-estimé compte tenu des dispositifs de primes mis en place dans le cadre des initiatives régionales

Dès lors qu'il n'est pas possible de quantifier des effectifs, il est encore moins possible de quantifier des enveloppes financières. Ce dernier élément conduit à une sous-estimation globale de la masse salariale que représente le post-internat, pour une partie intégralement financée par l'assurance-maladie, soit dans le cadre de la rémunération libérale fondée sur les actes, pour les remplaçants, soit dans le cadre de la tarification à l'activité, pour les praticiens contractuels en hôpitaux.

2. LE FONCTIONNEMENT ACTUEL N'EST PAS SATISFAISANT

2.1. *Les différences entre les statuts hospitaliers ne correspondent pas à la réalité des missions effectuées*

Le statut hospitalo-universitaire des chefs de clinique et des assistants hospitaliers universitaires prévoit qu'ils remplissent conjointement trois missions, d'enseignement, de recherche et de soins. Les statuts non universitaires (assistant spécialiste et praticien contractuel) ne prévoient qu'une mission de soins.

La pratique est bien différente de ce schéma théorique. D'une part la répartition du temps de travail entre les trois missions des hospitalo-universitaires varie fortement selon les spécialités. D'autre part l'activité des chefs de clinique ou des assistants hospitaliers universitaires ne se démarque pas fondamentalement de celle des assistants spécialistes et praticiens contractuels.

2.1.1. L'activité des chefs de clinique est difficile à évaluer

La répartition du temps d'exercice des CCA et AHU entre les trois missions qui leur sont attribuées par leur statut est très difficile à évaluer. En effet, les activités de soins, d'enseignement et de recherche sont fortement intriquées dans l'activité des médecins, comme il a été indiqué précédemment⁷³.

Les études faites à l'étranger confirment que cette caractéristique de la formation médicale est commune à tous les hôpitaux qui assurent une activité de formation. La part de la formation assurée au lit du malade conduit à un coût supérieur de ces établissements⁷⁴, qui est approché à travers des critères ou indicateurs variés : moindre productivité des praticiens qui enseignent (par exemple durée plus longue d'une opération ou d'une consultation) ; utilisation plus grande des demandes d'examen complémentaires et de leur analyse par les étudiants en formation ; identification des différences globales de coût entre établissements hospitaliers selon le niveau de formation qu'ils assurent auprès des étudiants (voir synthèse et résultats de quelques analyse étrangères en annexe 22, ainsi que la bibliographie en annexe 4).

L'activité des jeunes médecins en post-internat s'inscrit dans cette logique où la distinction entre la partie « enseignement-recherche » et la partie soins n'a guère de sens s'agissant d'un « compagnonnage » assuré pour les plus jeunes.

⁷³ Rapport FHF Armines de 2006, voir annexe 21

⁷⁴ En France ce coût supplémentaire est financé par une enveloppe dite Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation (MERRI) qui vise à financer dans les établissements hospitaliers universitaires, ainsi que dans un certain nombre d'autres établissements limitativement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation. Cette enveloppe s'élevait à 2,5 Mds € en 2008 et est estimée à 2,6 Mds € pour 2009.

Rapport IGAS relatif au financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009

Par ailleurs, l'activité réelle des hospitalo-universitaires en post-internat est variable en fonction des spécialités.

Pour prendre les exemples extrêmes qui ont été donnés dans des services hospitaliers où la mission s'est rendue, les CCA de spécialités à très forte charge clinique comme la chirurgie consacrent environ 80 % de leur temps aux soins, 15 % à l'enseignement et 5 % à la recherche. Les AHU de spécialités biologiques comme l'immunologie consacrent au contraire 5 % de leur temps aux soins, 15 % à l'enseignement et 80 % à la recherche.

La différence de charge d'enseignement formalisé est également marquée entre ceux qui exercent dans des spécialités qui sont au programme des 1^{er} et 2^{ème} cycles (biologie, anatomie...), et ceux qui exercent dans des spécialités qui sont étudiées en 3^{ème} cycle et donc très peu de manière formalisée.

2.1.2. La nature de l'activité des médecins en post-internat est davantage liée au service dans lequel ils exercent qu'à leur statut

Les assistants, comme les praticiens contractuels en post-internat, comme d'ailleurs souvent les praticiens hospitaliers eux-mêmes participent à la formation des étudiants et des internes au lit du malade ou en *staff* de service et sont souvent actifs dans les travaux de recherche du service. Enfin parfois, ils participent à l'enseignement formalisé pour les étudiants, notamment dans les spécialités où la charge d'heures de cours est très importante.

Ce qui détermine la nature de l'activité en post-internat est avant tout le service dans lequel elle se déroule et non le statut sous lequel elle est effectuée. Ainsi, dans les services où l'activité de recherche est dynamique, les assistants spécialistes y seront associés, tout comme les PH qui participent également à la formation et parfois à l'enseignement formalisé.

Les différences de statuts entre les médecins effectuant leur post-internat ne semblent donc s'expliquer ni par des critères de sélection objectifs et prédéfinis, ni par des différences réelles d'activité. Dès lors, l'incidence de l'accès à un poste hospitalo-universitaire durant le post-internat sur la carrière des médecins et les différences de traitement entre les statuts de post-internat sont difficilement justifiables et mal acceptées.

2.2. Le dispositif n'assure pas correctement les fonctions d'enseignement et de recherche

L'importance de la place des activités de soins dans les fonctions des CCA-AHU laisse peu de place pour leurs missions d'enseignement (du moins pour l'enseignement formalisé) et de recherche. La grande diversité des situations observées par la mission fait apparaître une constante : le peu de lisibilité du temps de travail.

L'évaluation des fonctions d'enseignement et de recherche en médecine est encore faible à ce jour.

L'évaluation collective a commencé avec la réalisation par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) d'une étude comparative des facultés de médecine en France (décembre 2009). Ces dernières se caractérisent par des différences importantes en personnel hospitalo-universitaire et leurs résultats en formation et en recherche diffèrent notablement. «Un riche encadrement hospitalo-universitaire avec de nombreuses unités labellisées joue un rôle

important dans les performances en recherche ; l'impact sur la formation existe, mais la corrélation est statistiquement moins significative.»⁷⁵

Quant à l'évaluation individuelle, l'absence de bilan des activités des CCA-AHU à la fin de leurs fonctions, alors même que le titre d'ancien CCA-AHU (avec les prérogatives qu'il comporte) leur est acquis de plein droit après deux années de fonctions effectives en cette qualité, a été relevée par nombre de personnes rencontrées.

La préparation aux carrières hospitalo-universitaires n'est pas assurée dans le cadre du déroulement des études médicales. Le « parcours recherche » de l'étudiant comprend un master recherche, puis un doctorat, en parallèle et indépendamment de l'obtention des titres (diplôme d'Etat de docteur en médecine, diplôme d'études spécialisées) nécessaires à l'exercice professionnel de la médecine. Le stage de recherche est effectué le plus souvent après la fin des études de médecine. L'analyse de la mission faite sur les nominations en 2009 des MCU-PH et PU-PH confirme la complexité pratique du parcours des jeunes médecins se destinant à une carrière hospitalo-universitaire (cf. annexe 20). On trouve des médailles d'or (au niveau de l'internat), des années recherche, des mobilités à l'étranger, des postes d'une année dans des centres de recherche. Les postes de PH contractuels sont régulièrement utilisés comme poste d'attente ou de transition. Ceci confirme, dans le cas de la filière universitaire, la définition que la mission a donnée au post-internat, qui ne constitue pas un statut mais une période de transition professionnelle souvent compliquée à gérer pour les intéressés et longue.

2.3. L'allongement des études médicales à travers le post-internat n'est pas déterminé par une logique de réponse aux besoins de soins

2.3.1. Le post internat aboutit à un allongement de fait des études médicales

Tant pour les professionnels médicaux que pour les internes, le post-internat, proposé à une majorité de jeunes médecins et pouvant concerner toutes les spécialités, s'inscrit aujourd'hui dans le cadre du cursus normal de la formation initiale du médecin. La prolongation de plusieurs années de cette formation, qui est l'effet direct du développement du post internat tend parallèlement à modifier le schéma général des études et plus particulièrement le troisième cycle des études médicales.

En vertu du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, l'internat est destiné à la spécialisation de l'étudiant en médecine et constitue le véritable cadre de la formation professionnelle du médecin. Or, l'internat, s'il permet de suivre et de participer à un ensemble de stages dans différents services hospitaliers, indispensables à la formation générale du médecin, n'offre que peu de semestres dans la spécialité choisie. En outre, et de manière plus générale, il n'est pas rare de constater que certains aspects des enseignements théoriques ou de la formation clinique ne sont pas exigés de la part des enseignants ou ne sont pas suivis par les étudiants, les uns comme les autres s'accordant tacitement pour reporter ces enseignements à la période du post internat. Certains masters ou diplômes d'université sont exigés par le corps enseignant alors que celui-ci n'ignore pas que l'étudiant n'aura le temps et la disponibilité de les préparer que pendant le post- internat.

Il existe ainsi une tendance générale à ce qu'une partie de la formation médicale soit reportée vers le post internat, ce glissement vers les dernières années de formation étant d'autant plus réalisable et variable selon les lieux de formation que la mise en œuvre des maquettes de formation de DES, arrêtées au plan national, est assurée, au niveau des universités, par chaque UFR d'études médicales.

⁷⁵ Rabineau D., Dhainaut J.F., Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats, AERES, novembre 2009

Ainsi, pour certains des interlocuteurs de la mission, l'internat se limiterait à mettre en place le socle commun d'une discipline, le post-internat s'imposant pour assurer l'approfondissement de cette discipline.

Dans ce contexte, les différents diplômes sanctionnant les études médicales sont aussi affectés par le développement du post-internat, en particulier le DES, délivré à la fin du troisième cycle des études médicales, qui devrait constituer le diplôme donnant au médecin son titre et le droit d'exercer son métier dans la spécialité qu'il a choisie.

Mais l'augmentation du nombre de DESC (multiplié par deux en 20 ans) et le foisonnement des diplômes d'université (plus de 1500 en 2010), qui ont à la fois accompagné et favorisé une demande toujours plus forte de formation et de validation des compétences à travers ces différents diplômes, tendent à troubler la hiérarchie des diplômes et sont à l'origine d'une certaine opacité du système de qualification des professionnels de santé, dont ni les étudiants, ni les enseignants, ni même les administrations de tutelle n'ont aujourd'hui une juste représentation.

Les étudiants, pas toujours bien informés ou orientés sont ainsi tentés « d'accumuler » les diplômes, par crainte de manquer un maillon de la chaîne diplômante, sans toutefois être certain de savoir ce qu'un diplôme ou une formation par rapport à un ou une autre peut leur apporter. Les exigences des enseignants, en termes d'acquisition de compétences, sont parfois très importantes mais en tout état de cause très variables d'une université à l'autre. Enfin, les administrations centrales ou déconcentrées s'intéressent peu à cette question.

Aussi, aujourd'hui, si le DES reste le diplôme obligatoire et nécessaire que tout médecin, ayant fait ses études en France, doit détenir, il ne semble aujourd'hui plus suffisant pour permettre au jeune diplômé de rentrer immédiatement dans la sphère professionnelle médicale.

2.3.2. La surspécialisation opérée par le post-internat n'est pas nécessairement conforme aux besoins de soins

L'évolution du dispositif de formation n'est pas non plus sans incidence sur l'offre de soins. Le développement du post-internat a permis de répondre sur le plan quantitatif aux besoins des services hospitaliers notamment à une période où le *numerus clausus* était bas. Il a par ailleurs été favorisé par l'évolution de la pratique médicale marquée par l'accroissement de gestes plus techniques et complexes. Toutefois, la spécialisation des médecins, qui répond à certains besoins médicaux, si elle est exigée de tous les médecins et si elle tend trop systématiquement à une sur-spécialisation, risque de provoquer une inadéquation ou un décalage entre le profil des nouvelles générations de médecins et l'ensemble des besoins de santé différents selon les régions et territoires, le lieu et le mode d'exercice de la médecine.

Plusieurs praticiens ont souligné que, dans certaines spécialités telles que la pédiatrie, la chirurgie ou la radiologie, les médecins ayant une pratique « généraliste » de leur spécialité étaient de plus en plus rares parmi les jeunes, alors que les besoins de médecins polyvalents sont réels dans les hôpitaux non universitaires et dans certains territoires. Autre exemple, celui de la cardiologie, spécialité pour laquelle l'installation d'un cardiologue généraliste permettrait de satisfaire les besoins de la population alors que ne se présentent pour l'exercice de cette spécialité qu'un rythmologue, un échographe ou un angiologue par exemple. Dès lors, cette sur-spécialisation constitue un facteur d'accroissement des déséquilibres existant dans l'offre de soins, engendrant dans certains cas, des situations de pénurie.

Pour des motifs différents, le développement du post-internat en médecine générale contribue à l'inadéquation entre l'offre de soins apportée par les jeunes généralistes et les besoins de soins de premier recours importants existant dans cette spécialité. En effet, l'orientation des jeunes généralistes vers un exercice salarié dans des spécialités telles que l'urgence ou la gériatrie s'effectue « en

concurrence » avec l'exercice d'une médecine de premier recours, sans qu'à aucun moment, cette orientation n'ait fait l'objet d'une régulation, fondée sur une évaluation des besoins de soins (cf. partie 2.6).

2.4. En médecine générale, le post-internat est confronté à des difficultés spécifiques

2.4.1. Le clinicat en médecine générale est peu attractif

Les postes de chefs de clinique en médecine générale sont loin de présenter la même attractivité que dans les autres spécialités.⁷⁶ Deux facteurs contribuent à cette faible attractivité : les incertitudes liées au caractère récent de la filière universitaire de médecine générale, les contraintes matérielles afférentes à ce clinicat universitaire et ambulatoire.

2.4.1.1. Le clinicat en médecine générale s'inscrit dans une filière universitaire récente et encore fragile

La nouvelle filière universitaire de médecine générale peine à se développer en termes quantitatifs et la réalisation des objectifs fixés par l'article 47 de la loi HPST connaît d'ores et déjà du retard. L'orientation retenue visant à pourvoir les emplois non par création de postes mais par redéploiement entre filières universitaires constitue un facteur limitant. Les difficultés à dégager des postes, liées aux tensions existant dans les autres disciplines, sont réelles alors que les chefs de clinique en médecine générale devraient être le vivier des futurs universitaires dans cette spécialité. De plus, il y a une tension entre une visibilité pluriannuelle des postes, que permet théoriquement la loi HPST et une gestion annuelle, à la main de chaque UFR de médecine. Le nombre de postes est ainsi décidé d'une année sur l'autre par le conseil de faculté et le doyen. Les présidents d'université comme les responsables des départements universitaires de médecine générale et les internes déplorent le manque de visibilité du processus.

Par ailleurs, les CCU-MG ne relèvent pas, pour leur carrière universitaire, du même statut que leurs homologues CCU-PH (cf. partie 1 sur les statuts). Ainsi, contrairement aux autres disciplines médicales, les candidats CCUMG, pour accéder aux postes de MCU-MG, doivent être titulaires du doctorat alors que le master suffit pour se présenter au concours de MCU-PH⁷⁷. Cette exigence est cohérente avec un objectif d'excellence pour la filière universitaire de médecine générale, mais constitue aujourd'hui une autre limite à son développement. En effet compte tenu à la fois des contraintes de la recherche en médecine de premier recours et du caractère très récent de la création du statut de CCU-MG, ces critères ne sont pas pour l'instant atteints par les chefs de clinique en poste. La différence de traitement avec les autres spécialités où les exigences réglementaires sont moins élevées est dans ce contexte particulièrement mal supportée.

⁷⁶ Certains interlocuteurs illustrent ce constat par un faible nombre de candidats.

⁷⁷ La mission a constaté que dans les faits 30 % des MCU-PH ont été nommés en 2009 sans que ceux-ci n'aient encore leur doctorat.

2.4.1.2. Les activités de recherche des CCUMG pâtissent de la faible structuration de la recherche en médecine générale

Les activités de recherche des chefs de clinique en médecine générale sont difficiles à mettre en place face à un environnement de la recherche en voie de constitution et des possibilités d'encadrement quelquefois limitées. Selon différents auteurs⁷⁸, la production scientifique française concernant la médecine générale et les soins primaires reste encore quantitativement modeste. Faire de la recherche, surtout pour les jeunes médecins généralistes chefs de clinique, suppose équipes, partenariat, statut, moyens et nécessite donc un processus long et complexe. Or, la recherche en soins primaires reste peu structurée, les écoles doctorales sont rares, les appels à projets spécifiquement dédiés quasiment inexistant

2.4.1.3. Les charges d'enseignement sont lourdes

La charge d'enseignement des CCU-MG est lourde. Les effectifs des IMG sont en forte augmentation : ils sont passés de 4 800 pour l'année universitaire 2006-2007 à 7 300 pour l'année 2008-2009⁷⁹.

La mission a analysé les diverses évaluations disponibles concernant le besoin de CCU-MG en 2009 au regard du nombre d'internes en médecine générale (cf. annexe 18) La fourchette qui en résulte est très large en fonction des méthodes retenues (de 87 à 511) mais se situe en toute hypothèse au dessus du niveau actuellement atteint, qui est de 45 CCUMG en 2009.

Tableau 11 : Estimation des besoins en CCU-MG en 2009 selon différentes approches

Article 27 Loi HPST	Estimation à partir des heures de formation prévues dans les maquettes	Estimation sur le critère dit du « Gold Number »	Estimation à partir des charges globales d'enseignement décrites par 4 DUMG	Estimation moyenne des membres du groupe de travail MG ⁸⁰
50	87	325	360	511

Source : calculs de la mission (Cf. annexe 18 sur les besoins d'encadrement).

Les chefs de clinique et enseignants en médecine générale ne sont pas les seuls à assurer l'encadrement des étudiants et des internes en médecine générale qui sont accueillis par les enseignants des autres spécialités pendant leurs stages hospitaliers et par les généralistes qui assurent la fonction de maîtres de stage pendant leurs stages ambulatoires. Il n'en demeure pas moins que le nombre très important d'IMG, au regard de celui des enseignants de la FUMG diffère profondément des équilibres qui prévalent dans les autres spécialités. De ce fait, les charges d'enseignement et d'encadrement des thèses d'IMG, qui incombent principalement aux chefs de clinique en médecine générale sont nécessairement plus lourdes compte tenu du rapport entre les effectifs.

⁷⁸ Levasseur G et coll, « la recherche en médecine générale en France : enjeux et perspectives », Cah. Socio. Démo. Méd., 41 (1), p47-80, janvier-mars 2001

Pouvoirville G. (De), *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, Rapport au ministre de la santé et au ministre délégué à la recherche, 2006

Bloy G et Schweyer FX, *Singuliers généralistes*, Presse de l'EHESP, 2010.

⁷⁹ Source « le renouvellement des effectifs médicaux », Rapport 2008-2009, ONDPS, pp. 15 et 76

⁸⁰ Des représentants de la médecine générale ont régulièrement participé aux réunions du groupe de travail informel mis en place par la mission sur le post-internat. Une réunion spécifique a par ailleurs été organisée pour approfondir les problématiques particulières à la médecine générale (cf. liste des personnes consultées en annexe 2)

2.4.1.4. La valence soins des CCUMG n'est pas organisée

Contrairement à leurs confrères des autres spécialités dont la valence soins est organisée par l'hôpital, les CCU-MG sont tenus de la construire eux-mêmes en secteur ambulatoire (cf. annexe 16 sur le clinicat en médecine générale). Les lieux d'exercices cliniques peuvent être multiples, occasionnant beaucoup de déplacements. Il peut être en effet difficile de trouver un cabinet présentant des locaux adaptés, une patientèle suffisante, des confrères qui acceptent que le planning soit bousculé par l'activité universitaire. Le mode de rémunération, selon le modèle libéral du paiement à l'acte avec des mesures dérogatoires négociées avec la CNAMTS constitue un autre point d'achoppement mis en exergue par certains⁸¹. Il peut se révéler en conflit avec l'engagement universitaire (les consultations peuvent être plus longues pour des raisons d'enseignement ou de recherche). Le décret annoncé pour clarifier le cadre d'exercice de la valence soins, qui a fait l'objet d'une concertation entre l'administration centrale et les principaux acteurs concernés en début d'année 2009, n'a toujours pas été publié à la date de rédaction du rapport.

Par ailleurs, les CCUMG n'ont pas d'accès au secteur 2 : en tant que collaborateur libéral, leur première installation s'inscrit en secteur 1⁸². Cet état de fait induit une différence de traitement avec les autres spécialités, dont le post internat, qu'il soit hospitalo-universitaire ou simplement hospitalier, dès lors qu'il dure deux ans, donne accès au secteur 2.

L'ensemble des difficultés rencontrées par le chef de clinique en médecine générale pèsent donc sur le développement de la filière universitaire de médecine générale. Ceci expliquerait, selon certains interlocuteurs de la mission, le nombre de candidats relativement limité: d'un côté, des difficultés d'exercice de la fonction, de l'autre, des critères académiques élevés pour pouvoir continuer dans la filière universitaire. Le CCUMG pourrait être tenté de développer la valence soins au détriment de la dimension universitaire, à l'instar de ses collègues d'autres spécialités mais pour d'autres raisons : cela lui permettrait d'augmenter sa rémunération tout en maintenant des activités pédagogiques mais en faisant le deuil d'une carrière universitaire trop ardue à atteindre.

2.4.2. Le post-internat est en partie utilisé pour une réorientation professionnelle en dehors de la médecine de premier recours

La formation acquise au cours du DES de médecine générale est, de l'avis des professionnels, bien conçue pour être de type professionnalisant et n'impose pas, contrairement aux autres spécialités, d'être complétée pour exercer les soins de premier recours. Les difficultés sont plus liées à une difficulté d'accès aux stages en milieu libéral qu'à un problème de maquette de formation. Ainsi, seuls 30 % des effectifs d'internes en médecine générale peuvent accéder au stage de seniorisation (SAS-PAS)⁸³, permettant de travailler en autonomie.

Toutefois, de nombreux IMG effectuent un post internat hospitalier, à travers des spécialisations. Les diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) en urgence et de gériatrie sont les plus importants en nombre (cf. annexe 17 sur le post internat de médecine générale). Ce choix de post-internat hospitalier par les jeunes médecins ne correspond pas à un souhait de compenser les insuffisances de la formation en internat pour l'exercice de la médecine de premier recours, comme c'est souvent le cas dans les autres spécialités. Il est principalement motivé par une volonté de réorientation des jeunes diplômés en médecine générale, en tout cas pour leur « première carrière ». Ce souhait de réorientation est d'autant plus important que les internes de médecine générale n'ont pas

⁸¹ Il n'y a cependant pas de consensus au sein de l'ANCCMG sur le mode de rémunération, à l'acte ou sous forme de salaire.

⁸² La convention de 2005 entre les syndicats de médecins et la CNAM, qui a été négociée avant la création de la FUMG, permet aux médecins ayant été « assistants » pendant deux années d'accéder au secteur 2

⁸³ L'une des raisons du faible accès au stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée (SAS-PAS) est le manque de maîtres de stages (cf. annexe 18 sur les besoins d'encadrement en médecine générale)

toujours fait un choix positif en faveur de cette spécialité lors des ECN. Cette situation pose deux problèmes.

Les conditions de réalisation du post-internat dans les spécialités visées d'une part : la maquette du DES de médecine générale ne donne pas la possibilité, dans la durée des trois ans, de remplir les conditions de formation exigées par les DESC d'urgence ou de gériatrie (autres stages hospitaliers et formation complémentaire, nécessité d'effectuer des semestres après l'internat). Ces internes se trouvent ainsi conduits à faire un post internat hospitalier, qui n'est ni prévu, ni organisé dans le cadre de la spécialité de médecine générale.

L'absence de régulation de cette « seconde orientation » après l'internat d'autre part. Celle-ci ne se fait pas en fonction d'une évaluation du temps médical utile au dispositif de soins de premier recours ni d'ailleurs d'une évaluation des besoins en médecine d'urgence ou en gériatrie mais est avant tout guidée par les souhaits personnels des jeunes médecins.

2.5. *Le dispositif manque de lisibilité*

Les interlocuteurs de la mission dans les régions, tant du côté des responsables administratifs que des internes ou jeunes médecins, ont souligné la faible lisibilité d'un dispositif de post-internat devenu particulièrement complexe. Or les choix professionnels des internes en fin de troisième cycle sont en grande partie orientés par les informations reçues au cours de leur formation et tendent à privilégier la recherche d'un poste de chef de clinique en raison de la notoriété supérieure attachée à ce statut. Diverses démarches sont développées au plan local, qui s'efforcent d'améliorer l'information et de communiquer sur les formes alternatives de post-internat.

2.5.1. Les multiples formes de post-internat sont mal connues

La multiplicité des statuts et des positions envisageables engendre une certaine confusion, aussi bien parmi les internes que les médecins. La mission a constaté lors de ses déplacements que les médecins en post internat ne connaissent pas nécessairement leur propre position statutaire, sauf pour les chefs de clinique assistants et les assistants hospitaliers universitaires, dont le poste a une visibilité et une notoriété importante. Les chefs de service eux-mêmes ne font pas toujours la différence entre les différents statuts d'assistants des jeunes médecins de leur service qu'ils considèrent globalement comme des praticiens en post-internat.

La superposition, dans les zones de faible démographie médicale, de dispositifs d'initiative locale et nationale crée dans certaines régions un paysage particulièrement touffu. On recense ainsi dans le Nord-Pas de Calais pas moins de trois dispositifs spécifiques destinés à développer les places d'accueil en post-internat, qui s'ajoutent aux statuts classiques de clinicat et d'assistantat. La région a été en effet parmi les premières à se préoccuper de ce problème en mettant en place deux cadres expérimentaux (assistants spécialistes d'une part, chefs de clinique en région d'autre part) qui reposent sur une activité à temps partagé entre le centre hospitalier universitaire régional et les centres hospitaliers périphériques participant d'un concept de « CHU multipolaire ». Le nouveau dispositif national des assistants spécialistes de CHU à temps partagé est venu s'ajouter en janvier 2009 à ces dispositifs régionaux maintenus. (cf. présentation en annexe des dispositifs de post-internat en Nord-pas de Calais).

2.5.2. Les lacunes de l'information se répercutent sur les choix des internes en renforçant la préférence pour le clinicat

L'insuffisance de l'information influe sur les choix des internes, qui ne connaissent pas toutes les possibilités offertes en post internat dans leur région ni leurs caractéristiques respectives (conditions de rémunération ou primes, conditions statutaires, conditions d'hébergement ou de transports pour les postes situés en dehors de la métropole régionale, perspectives pour la poursuite de la carrière ultérieure...).

Avec une formation centrée sur le CHU, les internes ont, dès lors qu'ils ne connaissent pas bien les alternatives possibles, tendance à vouloir y rester pour toute une série de raisons qui allient le goût pour la technicité, la recherche d'une référence prestigieuse, le besoin de sécurité à la volonté de se laisser le plus d'ouvertures possibles.

Les nouveaux dispositifs de temps partagé sont généralement mal connus et les internes en ont parfois une image faussée voire caricaturale, liée à l'expérience rapportée par tel ou tel. C'est ainsi qu'en Poitou-Charentes les membres de la mission se sont vus présenter comme un repoussoir l'image d'un chirurgien urologue qui "dormait sur une chaise" après une transplantation rénale, faute d'hébergement prévu dans le cadre de son activité d'assistant spécialiste à temps partagé entre deux établissements.

Les jeunes praticiens sont souvent dans l'incertitude sur la portée exacte de ces dispositifs dont ils ont au mieux entendu parler, notamment en termes de titre décerné, d'ouverture au secteur 2, ou encore d'accès à la carrière de PH. Ces incertitudes conduisent naturellement les internes à privilégier les statuts qu'ils connaissent le mieux et qu'ils considèrent comme les plus « sûrs », au premier rang desquels celui de chef de clinique ou AHU, même s'ils n'envisagent pas de s'orienter vers une carrière hospitalo-universitaire.

2.5.3. Des initiatives locales s'efforcent d'améliorer l'information des internes et étudiants en médecine

Les sites internet élaborés par les syndicats professionnels fournissent bien souvent l'information la plus détaillée, mais souffrent du manque d'alimentation institutionnelle.

Conscients de la complexité du système et de sa faible lisibilité pour les principaux intéressés, les responsables et acteurs locaux développent des actions d'information et de communication pour mieux faire connaître les dispositifs, en améliorer et fluidifier le fonctionnement.

A Lille, elles prennent la forme d'une journée d'information organisée à la faculté de médecine dédiée au post-internat et destinée à trois types de publics : internes en dernière année de troisième cycle, coordonnateurs de filières et responsables d'établissement hospitalier. Cette journée est conçue pour apporter aux internes et aux coordonnateurs l'information nécessaire afin d'éclairer leur choix et de faciliter la construction des parcours. Des formations en atelier y sont par ailleurs proposées pour aider les responsables administratifs d'établissement à l'élaboration des dossiers d'assistants partagés.

En Lorraine le post-internat est abordé dans le cadre de démarches d'information transversales en direction des étudiants et des praticiens.

Une expérience régionale pour améliorer l'information des étudiants en médecine et faire connaître les débouchés possibles en post-internat :
l'exemple de la Lorraine

- « Le petit Raoul »

Un livret d'accueil de l'interne, conçu sous la forme de « guide du routard », est distribué à tous les arrivants, qui concerne aussi bien les possibilités d'hébergement, les services type crèches, les loisirs, la culture. Ce livret est établi par le syndicat des internes en médecine générale de Lorraine (RAOUL-IMG).

- Un site internet en cours de construction

La DRASS finance la construction d'un site internet qui doit être hébergé par la faculté. Un comité de pilotage a été constitué, qui comprend tous les représentants institutionnels (DRASS, ARS, Conseil régional, Fédération des établissements hospitaliers, faculté de médecine) et les associations d'internes. L'architecture de ce site prévoit des informations sur :

- les conditions pratiques d'accueil (hébergement, loisirs et culture, distance entre le CHU de Nancy et les autres centres hospitaliers...)
- les différents statuts de post-internat (renvoi vers d'autres sites)
- les modes d'exercices de la médecine, notamment pour le secteur ambulatoire
- les postes et emplois disponibles dans l'ensemble de la région. L'ensemble des établissements de soins pourraient nourrir cette « bourse aux emplois » (CHU, CH, PSPH, secteur privé, maisons de santé...).

Le délai prévu pour la mise en place de ce site est juin 2010.

2.6. *L'organisation aléatoire du post-internat n'est fondée ni sur les besoins liés à la poursuite des cursus de formation ni sur ceux liés à l'offre de soins*

2.6.1. L'organisation du post-internat demeure aléatoire malgré des efforts de régulation à la marge

Contrairement à l'internat, le post-internat, ne fait pas l'objet d'une régulation nationale.

Susceptible d'être effectué sous des statuts divers il ne constitue pas un dispositif unifié (coexistence de statuts hospitalo-universitaire et hospitaliers) ni même totalement identifié, puisqu'il est notamment impossible de déterminer la part des praticiens hospitaliers contractuels, attachés ou des remplaçants qui occupent ces positions pour réaliser un post-internat. C'est une première limite, qui ne permet pas à une régulation globale d'exister.

Par ailleurs, même pour les statuts identifiés de post-internat, il n'existe pas de mécanisme national de régulation, ni par le ministère de l'enseignement supérieur pour les chefs de cliniques-assistants (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU), ni par le ministère de la santé pour les assistants.

2.6.1.1. Le nombre et la répartition des postes hospitalo-universitaires relève essentiellement d'une logique d'héritage et de rapports de force

Si le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche centralise les nominations pour les effectifs titulaires (MCU-PH et PU-PH), il n'en va pas de même pour les effectifs non-titulaires, dans lesquels s'inscrivent les statuts de CCA et AHU. Le nombre global de postes et leur répartition par régions sont définis au niveau national et les procédures de recrutement et de répartition entre spécialités sont gérées au niveau régional.

Au niveau national, la politique conduite jusqu'à présent s'est traduite par le maintien du statu quo dans le nombre global des postes et dans leur répartition.

Le nombre total de CCA-AHU est resté sensiblement constant sur les vingt dernières années : il était de 3460 en 1998 et de 3600 en 2009. Au sein du total un redéploiement s'est opéré au profit des postes de chefs de clinique (CCA) : ceux-ci ont augmenté de 200 entre 1998 et 2009 alors qu'on comptait 60 postes en moins pour les AHU sur la même période (les chiffres détaillés par année, régions et spécialités figurent dans l'annexe 24).

La même stabilité s'observe dans la répartition régionale avec le maintien d'écarts importants entre régions. Concentrant près d'un tiers des postes de chef de clinique, la part de l'Ile- de- France reste prépondérante (983 postes de CCA, soit 32 % du total et 156 postes d'AHU soit 26 % du total). Rhône- Alpes est la deuxième région mais s'inscrit loin derrière. A l'autre bout du classement, certaines régions comme Poitou-Charentes totalisent moins de 2 % de l'ensemble des chefs de clinique.

Au niveau régional, la répartition des postes de CCA-AHU entre spécialités est opérée dans les commissions de révision des effectifs. Sous l'égide du doyen de la faculté de médecine, elles réunissent les chefs de service du CHU et les coordonnateurs régionaux et interrégionaux de spécialités et se prononcent sur la répartition des postes de chefs de clinique qui se libèrent au sein du CHU. Les réunions de ces commissions ne font l'objet d'aucun procès-verbal et ont un fonctionnement souvent jugé opaque, notamment par les universités. Certains interlocuteurs de la mission ont insisté sur la souplesse dans la gestion entre spécialités introduite par l'existence de ces commissions, où peuvent se faire des échanges de quelques mois des postes de chefs de clinique entre services⁸⁴. D'autres soulignent que ces commissions sont le théâtre d'enjeux de pouvoir importants, le nombre de chefs de clinique étant un élément de prestige du service et de celui qui le dirige. De ce fait, les spécialités émergentes comme l'oncologie, récentes et donc à l'origine peu dotées en postes de chefs de clinique, pâtissent d'un fonctionnement qui tend à reconduire l'existant.

2.6.1.2. Le nombre et la répartition des postes d'assistants résulte de la rencontre aléatoire entre la demande des établissements hospitaliers, et les aspirations des jeunes médecins

Le ministère de la santé, à travers le Centre national de gestion (CNG), organise les concours pour les praticiens hospitaliers mais n'assure pas la gestion des personnes sous statuts temporaires, notamment ceux d'assistant ou de praticien contractuel.

C'est au niveau des établissements de santé, dans le cadre de leur budget de fonctionnement financé par l'assurance maladie sur les principes de la tarification à l'activité, que sont recrutés les assistants. De ce fait, la répartition nationale des postes d'assistants dépend de la confrontation entre les besoins des établissements de santé, qui cherchent à recruter un assistant pour pourvoir à leur activité de soins et éventuellement préparer la succession d'un praticien hospitalier proche de la retraite, et les candidatures présentées par les jeunes médecins après l'obtention de leur DES.

Dans les faits, un nombre important d'assistants spécialistes et de praticiens contractuels sont recrutés à travers des vacances de postes statutaires (postes de praticiens hospitaliers titulaires déclarés vacants par le Centre national de gestion, mais pourvus par des professionnels non titulaires). Mais le choix de leur lieu d'exercice par les jeunes médecins est décisif pour que ces postes soient pourvus. Les jeunes médecins souhaitent majoritairement exercer dans les centres hospitaliers de taille importante, à proximité des métropoles : les centres hospitaliers éloignés éprouvent des difficultés à recruter et ne bénéficient guère du post-internat.

⁸⁴ Ces échanges sont parfois qualifiés de « troc ».

2.6.1.3. Les tentatives récentes de régulation du post internat n'interviennent encore qu'à la marge

Les problèmes de démographie médicale ont suscité, de la part du ministère de la santé ou des régions, des initiatives destinées à attirer et maintenir des jeunes médecins dans des zones dont la densité en médecins est faible.

Deux dispositifs nationaux ont récemment été mis en place à cette fin par le ministère de la santé.

La circulaire du 26 janvier 2009 prise en application du décret du 9 janvier 2009 a ouvert 200 postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre CHU et CH pour inciter les jeunes médecins à exercer dans des établissements hospitaliers situés hors de la métropole régionale. Ces 200 postes ont été répartis entre 13 régions qui souffrent d'une faible densité médicale.

Par ailleurs, l'article 46 de la loi HPST prévoit la mise en place d'un contrat d'engagement de service public à la rentrée 2010. En contrepartie d'une allocation mensuelle, les étudiants, à partir de la deuxième année d'études, ou les internes, après l'obtention de leur diplôme (DES), s'engagent à exercer la médecine dans des zones définies au niveau national, correspondant aux lieux d'exercice où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée. Cette contrainte géographique s'applique pour une durée égale à celle pendant laquelle ils ont perçu l'allocation. Les jeunes médecins peuvent choisir leur mode d'exercice (hospitalier ou libéral) et changer de lieu, à condition de rester dans les zones déterminées au niveau national.

Il est prévu que 200 contrats soient signés avec des étudiants et 200 avec des internes à la rentrée 2010. L'attractivité de ce dispositif reste inconnue (il n'était pas possible au moment de la rédaction du rapport d'apprécier l'équilibre entre les contraintes imposées aux internes et les montants de l'allocation encore indéterminés) mais il se présente comme un outil de régulation des lieux d'exercice des jeunes médecins en fonction de préoccupations de santé publique.

Par ailleurs certaines régions ont également mis en place des modes de régulation régionale du post-internat (cf. partie 1.3.3 sur la réponse aux besoins de soins). Ceux-ci visent à faire face à la fois aux manques de débouchés en CHU pour les internes et aux difficultés des CH pour recruter des jeunes médecins. Les établissements hospitaliers et l'ARS évaluent les besoins en professionnels médicaux de la région et déterminent les spécialités en difficulté, qui sont prioritaires pour les recrutements d'assistants à temps partagé régionaux.

Au total, en cumulant les postes nationaux et régionaux, 315 postes d'assistants spécialistes à temps partagé ont aujourd'hui été créés et pourvus (cf. annexe 15). En comparaison des 3327⁸⁵ postes d'assistants, et des 3600⁸⁶ postes de CCA-AHU, cette régulation régionale reste marginale : elle ne concerne qu'à peine 5 % des statuts identifiés de post-internat, moins encore si l'on ajoute les statuts « non identifiés ».

⁸⁵ Source : SAE

⁸⁶ Source : MESR

2.6.2. L'absence de continuité organisée au niveau du post-internat contrarie les efforts de rééquilibrage de la démographie médicale à travers l'internat

2.6.2.1. L'adéquation entre les sorties d'internat et les débouchés en post-internat n'est pas assurée

La quasi-totalité des internes hors médecine générale souhaitent effectuer un post-internat, lequel est considéré comme une période de perfectionnement et d'autonomisation nécessaire par les enseignants dans la plupart des spécialités. Ce besoin largement reconnu se heurte à une inadéquation entre les flux de sortie de l'internat et les postes d'accueil disponibles en post-internat. La régulation effectuée au niveau de l'internat n'a en effet pas d'équivalent au niveau du post-internat.

La répartition géographique et par spécialités des postes destinés aux internes finissant leur formation conduit donc à des problèmes parfois significatifs d'adéquation : le lieu d'obtention d'un DES n'est pas nécessairement celui où il y a des possibilités de post-internat dans la spécialité choisie. Il l'est encore moins si l'on se focalise, pour la réalisation de ce post-internat, sur les seuls postes de chef de clinique, pour lesquels il n'y a plus aujourd'hui un poste vacant par interne.

La mission a procédé pour l'année 2007 à une estimation du nombre total des postes d'accueil disponibles en milieu hospitalier pour effectuer un post-internat sous un statut hospitalo-universitaire (CCA-AHU) ou d'assistant. Il en résulte deux constatations importantes (cf. tableaux 12 et 13 ci-dessous).

D'un point de vue global, les capacités d'accueil en post-internat à cette date couvrent plus que largement la demande potentielle. En effet le nombre total des postes disponibles, tous statuts confondus, au niveau national pour accomplir un post-internat était près de deux fois plus élevé que le nombre de DES obtenus : 1,85 poste en moyenne par diplômé.

En revanche la répartition des postes par région et par spécialité aboutit à de fortes inégalités. Les débouchés varient dans des proportions considérables selon les régions (de 0,44 en Basse-Normandie à 2,87 en Ile-de-France). L'offre de post-internat diffère également mais dans une moindre mesure selon les spécialités (de 0,97 pour la cardiologie à 1,41 pour la gastro-entérologie et 1,70 pour les spécialités chirurgicales).

Tableau 12 : nombre de postes d'assistants et de CCA-AHU disponibles par interne ayant obtenu son DES pour quelques régions et pour la France entière

2007	Postes d'assistants disponibles*	Postes de CCA-AHU disponibles**	Total postes disponibles	DES 2007	Ratio postes / DES
Ile- de- France	440,5	511	951,5	331	2,87
Poitou- Charentes	27,5	28	55,5	36	1,54
Nord- Pas- de- Calais	135	75	210	124	1,69
Lorraine	67	58	125	78	1,60
Basse- Normandie	28,5	27	55,5	127	0,44
France entière	1771,5	1617	3388,5	1830	1,85

Tableau 13 : nombre de postes d'assistants et de CCA-AHU par interne ayant obtenu son DES pour quelques spécialités

France entière 2007	Postes d'AS disponibles*	Postes de CCA-AHU disponibles**	Total postes disponibles	DES 2007	Ratio postes / DES
Cardiologie et maladies vasculaires	64	64	128	132	0,97
Gastro-entérologie et hépatologie	32,5	49	81,5	58	1,41
Radiodiagnostic et imagerie médicale	49,5	85	134,5	122	1,10
Spécialités chirurgicales	185	306	491	289	1,70
Gynécologie-obstétrique et médicale	110,5	71	181,5	173	1,05
Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale	97	92	189	177	1,07
Total	1771,5	1617	3388,5	1830	1,85

Source : SAE pour les assistants spécialistes, MESR DGRH 2A-4 pour les chefs de clinique et assistants hospitaliers universitaires ; calculs mission

* hypothèse d'une durée d'assistantat de deux ans : nombre total divisé par 2

** estimation de la durée du clinicat de 27 mois : nombre total divisé par 2,25

(cf. annexe 25)

2.6.2.2. La focalisation sur les postes de chefs de clinique tend à augmenter les inadéquations

La plupart des interlocuteurs de la mission ont une lecture de ces tableaux sous l'angle du seul clinicat, privilégié par les jeunes médecins, mais aussi par les chefs de service des CHU. L'entrée dans le post-internat s'apparente pour la plupart d'entre eux à la recherche d'un poste de chef de clinique. Tout concourt en effet à cette focalisation sur le clinicat : l'ancienneté la notoriété et le prestige du titre, une rémunération plus élevée, des perspectives de carrière plus ouvertes. Par ailleurs la situation des années antérieures, où des générations moins nombreuses d'internes se répartissaient un nombre inchangé de postes de chefs de clinique, a installé la perspective d'un accès quasi assuré au clinicat indépendamment de tout projet formalisé de carrière hospitalo-universitaire.

En 2007 le ratio entre le nombre des postes de chef de clinique disponibles et celui des sorties de l'internat restait proche de 1 pour 1 au niveau national (0,88). Mais cette moyenne recouvre des situations régionales très contrastées. Les chances d'obtenir un poste de CCA ou d'AHU pour les internes qui finissent leur formation varient très fortement d'une région à l'autre (cf. tableaux 12 et 13). L'annexe 25 fournit une illustration détaillée de ces inégalités en rapportant les DES obtenus en 2007 et les postes de CCA-AHU disponibles pour des spécialités ayant des effectifs importants d'internes⁸⁷ dans sept régions (Basse Normandie, Ile- de -France, Haute Normandie, Lorraine, Picardie et Poitou-Charentes). A titre d'exemple, un interne terminant sa formation en Basse Normandie aura en moyenne un peu plus d'une chance sur cinq d'obtenir un poste de CCA-AHU, mais moins d'une chance sur 10 dans certaines spécialités (0,07 poste par interne en radiodiagnostic et imagerie médicale). En Ile de France en revanche, hormis en cardiologie et en gynécologie obstétrique ou médicale (0,78 et 0,70 poste par interne), le nombre de postes de chef de clinique est supérieur au nombre d'internes terminant leur formation dans la région.

La conjugaison des écarts entre région et des écarts infrarégionaux entre spécialités, aboutit ainsi à ce que dans certaines régions, les internes se retrouvent fortement incités, voire contraints dans le cas des spécialités où un DESC est qualifiant, à partir ailleurs pour effectuer leur clinicat.

⁸⁷ Les spécialités sont : cardiologie et maladies vasculaires, gastro-entérologie e hépatologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, spécialités chirurgicales (total), gynécologie-obstétrique et médicale, anesthésie-réanimation.

Faute de régulation collective, la poursuite du parcours au niveau du post-internat est donc largement laissée à l'initiative individuelle des futurs jeunes médecins, aidés éventuellement par leurs pairs, leurs organisations et leurs enseignants. L'absence de poste de chef de clinique dans leur spécialité et dans leur région d'internat et la conscience d'une situation excédentaire dans d'autres régions, notamment à l'AP-HP de Paris, pousse les internes à prospecter dans une région susceptible de leur en proposer un. Cette attractivité du clinicat diminue fortement celle des formules alternatives précédemment évoquées, mises en place dans les régions déficitaires sous forme par exemple de postes d'assistants à temps partagé. Les internes n'envisagent généralement ces solutions qu'à titre de deuxième choix et la mission a recueilli le témoignage de centres hospitaliers qui déplorait la défection au dernier moment d'un candidat sur un poste d'assistant parce qu'il avait entretemps trouvé ailleurs un poste de chef de clinique.

Les études conduites par plusieurs régions déficitaires en termes d'offre de soins, qui ont porté sur l'analyse des raisons du départ des internes de leur région d'internat, confirment ce constat :

- les internes ont tendance à rester dans leur région d'internat lorsque celle-ci est leur région d'origine ;
- ils le font également lorsqu'ils peuvent accéder à un poste stable qui leur est proposé à la fin de l'internat, notamment un poste de chef de clinique assistant ou d'assistant hospitalier universitaire.

L'étude de cohortes réalisée par l'école de la santé publique de Nancy⁸⁸ montre ainsi que 64 % des anciens CCA-AHU s'installent en Lorraine contre seulement 37 % des diplômés de DES n'ayant pas obtenu ce type de poste. Le constat est le même en Franche-Comté⁸⁹ : parmi les médecins qui se sont installés en Franche-Comté après leur internat alors qu'ils avaient effectué leur second cycle dans une autre région, 80 % l'ont fait parce qu'on leur proposait un débouché professionnel, un poste de CCA-AHU dans 66 % des cas.

3. LES EVOLUTIONS EN COURS VONT ENTRAINER DES DIFFICULTES CROISSANTES

Le système de post-internat va dans un proche avenir être affecté par des évolutions importantes qui aggraveront les dysfonctionnements actuels. Trois facteurs vont nécessiter des efforts d'adaptation particuliers :

- un changement d'échelle dans les effectifs de médecins formés, qui pose à la fois la question de l'encadrement et des débouchés en termes de post-internat
- l'accélération des départs en retraite qui comporte des risques de déséquilibres accrus dans la répartition de l'offre de soins ;
- la mise en place de la filière universitaire de médecine générale qui suppose de dégager des ressources et d'adapter les modes d'organisation.

⁸⁸ Ecole nationale de santé publique, Démographie des spécialistes formés par l'internat. Motivations à rester ou à quitter la région Lorraine. Analyse de la cohorte lorraine 1990-2000, rapport au comité régional de l'ONDPS, 2006.

Cette étude porte sur une période historique qui précède les ECN. Les données portent donc sur des internes « ancien régime » hors médecine générale, ayant passé le concours de l'internat. Sur les 849 médecins qui forment la cohorte étudiée par l'école de santé publique de Nancy, 363 ont occupé un poste de CCA-AHU au CHU de Nancy, c'est donc seulement 40 % des internes reçus au concours de l'internat à Nancy qui accèdent à ce type de poste.

⁸⁹ Lagier V, Gerdil F. *La démographie des professions de santé : quelles perspectives pour la Franche Comté ?* – dossier de presse. Besançon : DRASS, Conseil Régional, ARH, URCAM Franche-Comté, 2005

3.1. L'augmentation du numerus clausus se répercute sur le post-internat

3.1.1. Les effectifs d'étudiants et d'internes vont continuer à s'accroître

Mis en place en 1971 pour réguler le nombre de médecins à la fois en fonction des besoins de soins et des possibilités d'encadrement, le numerus clausus des étudiants en médecine est passé de 8 588 en 1971-1972 à 3 500 en 1992-1993. Son augmentation est en revanche constante depuis le creux de l'année 1992-1993 et il est de 7 400 étudiants en 2009-2010. Cette situation n'est pas inédite puisque le système avait déjà absorbé davantage d'étudiants qu'aujourd'hui en deuxième cycle de 1971-1972 à 1978-1979. Un changement notable est intervenu en 2004, avec l'obligation d'effectuer un internat dans toutes les disciplines, y compris la médecine générale.

Ces évolutions posent le problème des capacités de formation des étudiants et des internes, puisque, de façon mécanique, le nombre de reçus aux examens classant nationaux (ECN) va s'accroître dans des proportions plus grandes encore que l'augmentation du numerus clausus.

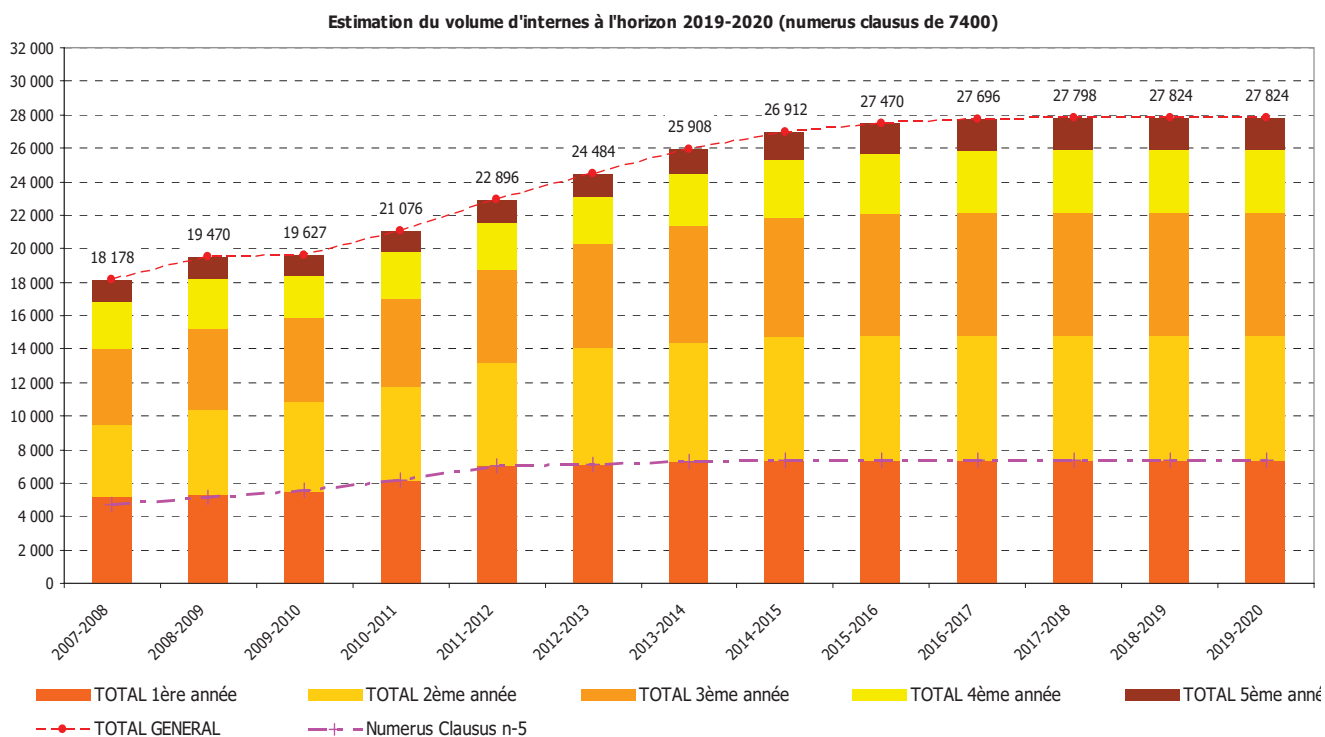
Le nombre total d'étudiants en médecine à former, du PCEM2 au DCEM4, a ainsi fortement augmenté pour passer de 17 798 en 1997-1998 à 34 850 en 2009-2010, comme le montre le tableau ci-dessous qui présente une estimation de ces effectifs, en supposant que tous les étudiants reçus à l'issue du PCEM1 suivent le cursus des études pendant les cinq années suivantes.

Tableau 14 : Evolution des effectifs d'étudiants en médecine des premiers et seconds cycles

Année universitaire	Nombre d'étudiants de PCEM2 à DCEM4 (Estimation)
1997-1998	17 798
1998-1999	17 881
1999-2000	18 011
2000-2001	18 285
2001-2002	19 409
2002-2003	20 933
2003-2004	21 450
2004-2005	23 300
2005-2006	25 650
2006-2007	28 400
2007-2008	30 800
2008-2009	33 000
2009-2010	34 850

Source : MESR et calculs mission

L'accroissement touche également les internes dont le nombre va continuer à augmenter de façon importante jusqu'en 2015-2016.



3.1.2. Les effets de l'augmentation du numerus clausus sur l'encadrement universitaire sont difficiles à quantifier

L'accroissement du nombre d'étudiants pose la question de l'encadrement universitaire et de la disponibilité de terrains de stage suffisamment formateurs, l'ensemble conditionnant le maintien de la qualité de la formation médicale. Ce problème dépasse largement le champ imparti à la présente mission mais le recoupe toutefois puisqu'une partie de la ressource enseignante est constituée par les chefs de clinique assistants et assistants hospitalo-universitaires, qui ont le statut d'enseignants non titulaires.

L'encadrement universitaire en médecine est constitué par les PU-PH, MCU-PH, PHU, CCA et AHU. Sur cette base, le taux d'encadrement des étudiants en médecine, comparé à d'autres disciplines, se situe actuellement à la moyenne de l'ensemble de l'enseignement supérieur.

Pour l'ensemble des universités, 91 305 enseignants, toutes disciplines confondues, encadrent 1 409 868 étudiants en 2008-2009, soit 15,44 étudiants par enseignant et 16,43 en ne comptant que pour un tiers les moniteurs, n'enseignant qu'à tiers temps, le nombre d'enseignants retenu étant alors de 85 778⁹⁰. En médecine, 9 647 enseignants forment 153 789 étudiants, soit un ratio de 15,94 étudiants par enseignant. Le tableau ci-dessous établit une comparaison pour quelques disciplines en précisant les taux d'encadrement d'ensemble et les taux d'encadrement par des non-titulaires (CCA-AHU, PHU, ATER, moniteurs).

⁹⁰ Cf. Notes d'information 10 .01 et 9.24- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Tableau 15 : taux d'encadrement universitaire dans les principales disciplines et en médecine

Filières et disciplines	Nombre d'étudiants	Nombre d'enseignants non-titulaires	Nombre d'enseignants	Etudiants/non-titulaire	Etudiants/enseignant
Lettres, langues, sciences humaines	402 185	2 823	27 212	142	15
Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion	362 173	2 086	12 764	174	28
Sciences de la nature et de la vie	69 705	742	5 495	94	13
Médecine	153 789	3 830	9 647	40	16
Toutes filières et disciplines	1 409 868	14 660	85 778	96	16

Source : MESR

Pour maintenir ce taux d'encadrement sur l'ensemble de la période considérée, le nombre total d'enseignants en médecine, tous statuts confondus, devrait théoriquement s'accroître à proportion du nombre d'étudiants et donc du *numerus clausus*.

Un raisonnement exclusivement quantitatif n'épuise cependant pas la réflexion sur le maintien du niveau de formation des études médicales :

- la qualité de l'enseignement dispensé dans les facultés ne dépend pas seulement du taux d'encadrement universitaire ;
- en médecine, l'identification du nombre et du statut des enseignants reste opaque. C'est pourquoi la mission a souhaité mettre également l'accent sur une approche qualitative de ce sujet.

L'étude comparative des facultés de médecine effectuée par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) en 2009, évalue notamment la performance en formation de l'ensemble des facultés⁹¹. Le critère retenu est le résultat obtenu par les étudiants à l'examen classant national, trois ans de suite, de 2006 à 2008, pour chaque faculté.

Treize facultés, parmi les 33 étudiées, réussissent à classer plus de 10 % de leurs effectifs dans les 500 premiers aux ECN, l'ensemble s'étageant de 3,7 % à 17,3 %. Comme le précise cette étude, de grandes disparités existent entre les facultés de médecine en ce qui concerne l'encadrement en personnel hospitalo-universitaire : du simple au double, voire davantage, si l'on considère le ratio du nombre de personnels hospitalo-universitaires titulaires rapporté au *numerus clausus* ou le même ratio appliqué aux personnels hospitalo-universitaires non titulaires.

L'analyse des résultats montre que, comme on peut s'y attendre, un taux d'encadrement élevé en personnel hospitalo-universitaire, va souvent de pair avec une formation performante. Cependant, elle montre aussi que quatre facultés, Nantes, Angers, Tours et Lille, font partie des établissements ayant les meilleurs taux de réussite alors qu'elles se trouvent dans la seconde moitié du classement s'agissant du taux d'encadrement par des personnels hospitalo-universitaires, titulaires ou non.

Les auteurs insistent eux-mêmes sur les limites éventuelles d'une telle évaluation, en évoquant d'autres déterminants des résultats que peuvent être la part respective de la qualité de l'enseignement

⁹¹ Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats – Didier Rabineau, Jean-François Dhainaut – AERES – Novembre 2009

et de l'offre privée de préparation, la motivation des étudiants, ou les conditions sociales des étudiants, par exemple.

Cette analyse suggère néanmoins qu'une réponse uniquement quantitative à l'accroissement des flux d'étudiants n'est peut-être pas la seule solution envisageable, et qu'une analyse détaillée des conditions de mise en œuvre de l'enseignement dans les facultés réussissant le mieux, en particulier dans celles ne bénéficiant pas d'un taux d'encadrement élevé, permettrait d'enrichir les pratiques de l'ensemble des établissements.

Pour ce qui concerne spécifiquement les chefs de clinique, les chiffres de l'annexe 25 montrent que le nombre de chefs de clinique a peu varié entre 1998 et 2009, passant de 2798 à 3021, soit une augmentation de 8 %, alors que le nombre d'étudiants de PCEM2 et de deuxième cycle doublait pendant la même période. On trouvera ci-dessous, à partir des données fournies par l'évaluation de l'AERES déjà citée, un tableau récapitulatif de la répartition des CCA et AHU respectivement par rapport au nombre de PUPH et à celui du numerus clausus de chaque faculté, ce dernier chiffre étant pris comme indicateur des effectifs.

Tableau 16 : effectifs 2007-2008 enseignants hospitalo-universitaires et numerus clausus en 2008

Facultés	Nb de PUPH (A)	Numerus clausus (B)	Nb de CCA - AHU (C)	Ratio C / B	Ratio C / A
Paris 6	270	333	263	0,79	0,97
Paris 5	302	377	329	0,87	1,08
Paris 11 KB	105	137	113	0,82	1,07
Paris 7	236	346	284	0,82	1,20
Versailles	84	121	77	0,64	0,92
Marseille	223	335	186	0,56	0,83
Toulouse	157	256	140	0,55	0,89
Strasbourg	139	239	131	0,55	0,94
Paris 12	90	152	93	0,61	1,03
Montpellier	147	222	163	0,73	1,11
Grenoble	103	169	87	0,51	0,84
Paris 13	71	127	65	0,51	0,92
Lyon	233	418	248	0,59	1,06
Nice	74	135	67	0,50	0,91
Clermont	88	161	76	0,47	0,86
Rennes	98	187	107	0,57	1,09
Saint Etienne	64	124	57	0,46	0,89
Bordeaux	175	352	184	0,52	1,05
Limoges	69	126	60	0,48	0,87
Nantes	93	200	95	0,48	1,02
Angers	71	158	66	0,42	0,93
Nancy	133	281	135	0,48	1,02
Besançon	69	159	65	0,41	0,94
Brest	65	152	60	0,39	0,92
Tours	94	214	81	0,38	0,86
Caen	72	177	64	0,36	0,89
Lille	159	426	175	0,41	1,04
Rouen	86	207	82	0,40	0,95
Reims	71	183	66	0,36	0,93
Amiens	72	188	64	0,34	0,89
Dijon	78	195	77	0,39	0,99
Poitiers	67	183	63	0,34	0,94
Antilles	16	77	15	0,19	0,94
France entière	3 874	7 117	3 838	0,54	0,99

Source : *Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats* – Didier Rabineau, Jean-François Dhainaut – AERES – Novembre 2009, AERES et retraitement par la mission –

En considérant successivement, sur la base des données présentées par l'AERES dans l'étude déjà citée, le nombre de PU-PH, celui des non-titulaires hospitalo-universitaires (CCA- AHU), le numerus clausus appliqué à chaque faculté en 2008, ainsi que le ratio des non-titulaires HU par rapport au numerus clausus (C/B), il est possible de calculer un second ratio, celui du nombre des non-titulaires rapporté au nombre des PU-PH (C/A).

La comparaison de ces deux séries de chiffres montre que rapport entre le nombre des CCA-AHU et celui des PU-PH varie peu d'une faculté à l'autre et reste autour de valeurs proches de 1. En revanche le taux d'encadrement des étudiants par les chefs de clinique-assistants des hôpitaux, mesuré à travers le numerus clausus, connaît de fortes différences entre facultés, de 0,34 à 0,87 en métropole. Les taux d'encadrement des universités, de même que celui des facultés de médecine, ne dépendent pas de leur seule volonté et sont largement le fruit de l'histoire de ces établissements.

De tout ce qui précède il ressort qu'il serait particulièrement hasardeux d'effectuer une projection mécanique à partir de l'évolution du numerus clausus des besoins d'encadrement universitaires pour les spécialités. La mission a montré que la part de l'activité que les médecins consacrent à l'enseignement est difficile à évaluer, que les charges d'enseignement elles-mêmes dépendaient du service et non pas du statut des médecins. Ainsi les taux d'encadrement universitaires des internes, comme des étudiants hospitaliers, doivent-ils être appréciés non seulement par rapport au nombre de postes universitaires mais aussi en ajoutant aux universitaires les praticiens hospitaliers à temps plein en CHU qui participent à la formation des internes, en faculté parfois et sur leur lieu de stage presque toujours.

3.1.3. Les estimations à horizon 2013 font apparaître une raréfaction des débouchés après l'internat

L'analyse des effets de l'augmentation du numerus clausus, toutes choses égales par ailleurs, sur les débouchés d'une promotion annuelle d'internes obtenant le DES est plus facilement quantifiable que les besoins de formation. Elle consiste à évaluer les chances de devenir chef de clinique, assistant-hospitalo-universitaire ou assistant des hôpitaux pour un interne dans une région et dans une spécialité donnée. Les estimations faites par la mission pour la période 2009-2013 montrent que les tensions déjà décrites pour 2007 vont nécessairement s'accroître, toutes choses égales par ailleurs⁹². L'accès au post-internat devient mécaniquement plus difficile avec la progression des effectifs en sortie d'internat. Conformément à la définition large du post-internat retenue par la mission, cette estimation porte à la fois sur les postes de CCA-AHU et sur les postes d'assistants. (cf. tableau 17).

Le premier constat est global. Les chances de devenir chef de clinique qui étaient de 73 % en 2009 ne seront plus que de 61 % en 2013. On peut d'ailleurs observer, même si les sources statistiques sont très différentes, que la tendance à la baisse avait déjà été amorcée, puisque le taux d'accès au clinicat était de 88 % en 2007.

Cette tendance à la baisse se répartit inégalement entre les régions et augmente sur la période 2009-2013 les écarts de débouchés.

Si l'on calcule les écarts d'accès aux postes de CCA-AHU en 2009, on observe qu'en Ile de France, l'accès aux postes de chefs de clinique est supérieur de 78 % à la moyenne nationale, alors que dans les trois régions ayant le ratio le plus faible (Pays de la Loire, Basse Normandie et Franche Comté), il est inférieur de 56 % à 59 % à la moyenne nationale.

⁹² On fait l'hypothèse d'une stabilité du nombre total de postes de CCA-AHU et de leur répartition régionale sur la période 2009-2013, ainsi que l'hypothèse d'une stabilité des effectifs d'assistants. Il faut souligner que les estimations ne reposent pas sur les mêmes sources que pour l'année 2007, où a été retenu l'indicateur du nombre de DES obtenu.

En 2013, les mêmes calculs aboutissent au résultat suivant : un ratio d'accès aux postes de chefs de clinique supérieur à la moyenne nationale de 85 % pour l'Ile-de-France, alors qu'il est deux fois moins élevé que la moyenne nationale dans les régions les plus défavorisées (Basse Normandie, Champagne Ardenne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Haute Normandie).

Cette évolution sur la période 2009-2013 s'explique par les nouvelles modalités de régulation de l'internat. En effet, si la revalorisation du numerus clausus diminue globalement les chances d'accéder à un poste de chef de clinique à l'issue du cursus, cette diminution ne se répercute pas partout de la même manière en raison de la politique pratiquée ces dernières années au niveau de l'examen national classant, qui affecte une proportion plus importante d'internes dans les régions déjà peu pourvues en postes de chefs de clinique.

Cette évolution est préoccupante. Dans des régions les plus mal pourvues, c'est à peine un tiers des internes hors médecine générale qui pourront accéder localement à un poste de chef de clinique, toutes spécialités confondues. Compte tenu des inégalités de répartition infrarégionale entre spécialités, les évolutions sur la période peuvent conduire à terme à des difficultés importantes d'accès aux soins dans ces spécialités.

Tableau 17 : Estimation à horizon 2013 des chances d'accéder à un poste de CCA-AHU ou à un emploi d'assistants des hôpitaux

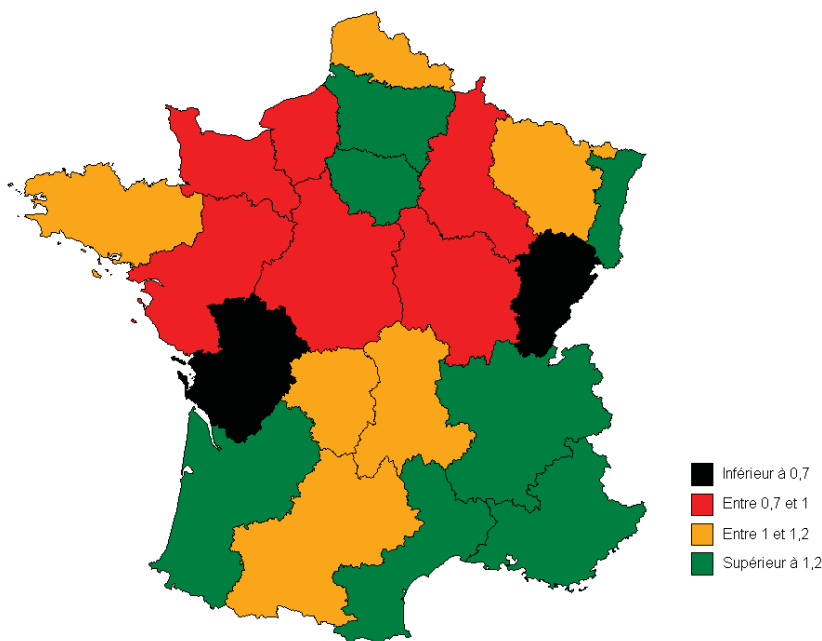
	Sorties internes en 2009 (hors IMG)	Sorties internes en 2013 (hors IMG)	Ratio CCA-AHU par interne en 2009	Ratio CCA-AHU par interne en 2013	Ratio PI hospitalier par interne en 2009	Ratio PI hospitalier par interne en 2013
Alsace	80	82	0,70	0,68	1,66	1,62
Aquitaine	90	102	0,88	0,78	1,59	1,40
Auvergne	55	67	0,57	0,46	1,16	0,96
Basse- Normandie	63	93	0,42	0,29	0,78	0,53
Bourgogne	60	93	0,56	0,36	0,99	0,64
Bretagne	106	127	0,67	0,56	1,11	0,93
Centre	73	90	0,48	0,39	0,99	0,80
Champagne-Ardenne	61	90	0,47	0,32	0,77	0,52
Franche-Comté	64	82	0,43	0,34	0,67	0,53
Haute-Normandie	82	100	0,44	0,36	0,88	0,72
Ile-de-France	388	448	1,30	1,13	2,28	1,98
Languedoc- Roussillon	74	87	0,91	0,78	1,26	1,07
Limousin	40	36	0,67	0,74	1,17	1,30
Lorraine	91	117	0,64	0,50	1,17	0,91
Midi-Pyrénées	98	112	0,59	0,52	1,03	0,90
Nord-Pas-de-Calais	170	208	0,44	0,36	1,13	0,92
Pays de la Loire	132	162	0,41	0,33	0,81	0,66
Picardie	74	85	0,52	0,45	1,20	1,04
Poitou-Charentes	71	75	0,36	0,34	0,64	0,61
Provence- Alpes- Côte-d'Azur	145	166	0,73	0,64	1,64	1,43
Rhône- Alpes	189	233	0,86	0,70	1,56	1,26
TOTAL	2206	2655	0,73	0,61	1,36	1,13

Source : calculs mission à partir des choix aux ECN de 2004-20005 et 2008-2009, cf. note méthodologique en annexe 26

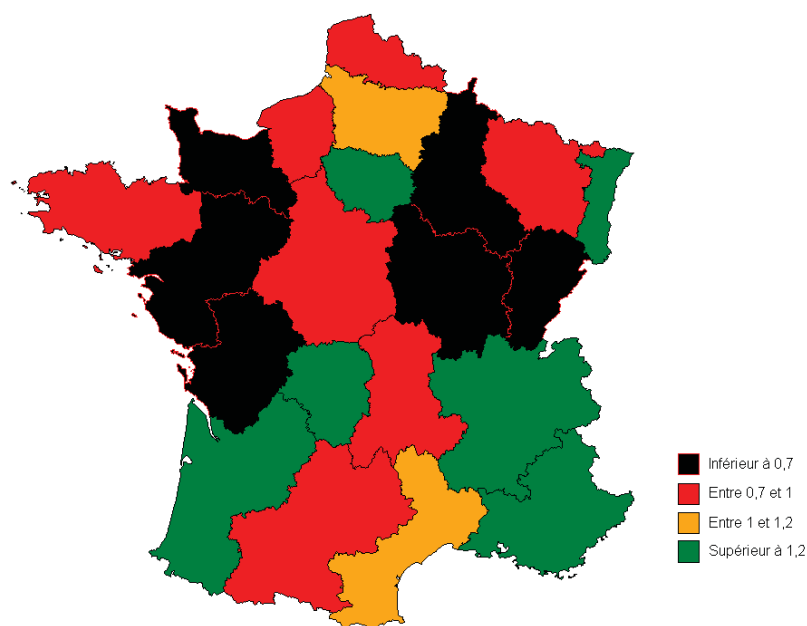
Si l'on considère l'ensemble du post internat hospitalo-universitaire et hospitalier, le nombre de postes de CCA-AHU et d'emplois d'assistants hospitaliers serait théoriquement suffisant au niveau national, avec un ratio de 1,13 poste hospitalier par interne en 2013.

Mais l'importance des déséquilibres régionaux qui seront encore accentués laisse prévoir des goulets d'étranglement dans un nombre croissant de régions dont certaines peuvent être considérées comme de véritables « points noirs » au regard de l'accès aux places d post-internat.

RATIO PI hospitalier par interne en 2009



RATIO PI hospitalier par interne en 2013



3.2. *Le post-internat dans son organisation actuelle n'est pas en mesure de compenser les déséquilibres prévisibles de la répartition géographique de l'offre de soins*

3.2.1. La tendance à la réduction des inégalités régionales de densité médicale risque d'être remise en cause

S'agissant des densités médicales, une tendance générale à la réduction des inégalités entre régions a été observée depuis 20 ans, avec une baisse des écarts entre la densité moyenne et la densité nationale⁹³. Cette réduction des inégalités régionales de densité a concerné toutes les spécialités mais a été plus marquée pour la médecine générale.

Pour les années à venir, des projections nationales et régionales sur la démographie médicale ont été établies par la DREES⁹⁴ à horizon 2030. Elles combinent plusieurs facteurs :

- le niveau des flux d'entrée dans la vie active des médecins en fonction de l'évolution du *numerus clausus* ;
- la structure par âge de la population médicale
- les flux migratoires entre régions, pour les jeunes médecins qui démarrent leur vie active mais aussi pour ceux qui changent de région en cours de carrière ;
- l'évolution de la population en fonction des projections de l'INSEE afin de mesurer l'évolution des densités médicales nationales et régionales.

Ces projections concluent que les inégalités régionales en matière de densité médicale seraient peu atténuées en 2030 par rapport à 2006. Toutefois, au cours des dix prochaines années, la tendance à la réduction des inégalités se prolongerait jusqu'en 2019, pour augmenter ensuite à nouveau jusqu'en 2030.

Elles sont fondées sur l'hypothèse du maintien de comportements identiques à ceux observés. Or, concernant le lieu d'installation des jeunes médecins, le contexte a fortement évolué depuis la réalisation de ces projections, fondées sur des données de 2007.

D'une part les promotions d'internes issus des premiers ECN de 2004 n'ont eu leur diplôme qu'à partir de la fin de l'année 2008 pour les internes en médecine générale, et des années 2009 et 2010 pour les internes des autres spécialités. L'effet des ECN sur l'origine géographique des internes, tend, du fait du classement national, à augmenter dans une région les effectifs d'internes qui ne sont pas originaires de cette région. Or, le constat selon lequel la stabilisation des internes dans une région dépend d'abord de leur origine géographique n'est guère contestable. L'introduction des ECN est donc une première cause d'évolution, qui ne se manifeste qu'à partir de 2008 compte tenu de la durée de l'internat.

D'autre part, les évolutions à venir sur la période 2009-2013 vont conduire à une raréfaction des débouchés en post-internat, qui résulte de l'effet aujourd'hui perceptible de l'augmentation du *numerus clausus* sur les jeunes promotions de diplômés. La mission a montré que les déséquilibres régionaux observés dans l'offre de post internat ne feront que se renforcer dans les prochaines années. Or, là encore, la possibilité d'un débouché en post-internat, notamment sur un poste de CCA-AHU est un facteur décisif d'installation des jeunes médecins dans une région. Ce constat est aujourd'hui

⁹³ Rapport de l'ONDPS Tome 3, 2008-2009 Le renouvellement des effectifs médicaux, p. 135 et suivantes. Contribution 3

Ce constat se fonde sur les évolutions constatées entre 1983 et 2006.

⁹⁴Allal-Toubert K., Vanderschelden M., La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Etudes et résultats n° 676, février 2009

Et des mêmes auteurs, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projection nationales et régionales détaillées, Dossiers solidarités et santé, DREES, n° 12, 2009

largement documenté. L'évolution prévisible du post-internat, s'il est maintenu dans son organisation actuelle, a donc des chances de modifier les comportements des jeunes médecins qui vont s'installer.

3.2.2. Le post-internat est impuissant à prévenir l'aggravation des déséquilibres infrarégionaux

Les observations de la mission font ressortir l'importance des difficultés qui peuvent être constatées à l'intérieur d'une région, y compris dans des régions bien dotées en médecins. De ce point de vue la situation de l'Ile-de-France est emblématique. Malgré la plus forte densité médicale nationale, cette région connaît des difficultés d'accès aux soins dans certaines zones géographiques, notamment les plus défavorisées socialement (Seine Saint-Denis notamment), et les plus éloignées de Paris (Sud de l'Essonne, Nord du Val d'Oise, Est de la Seine et Marne).

D'une façon parallèle, dans les régions de faible densité médicale, les centres hospitaliers éloignés de la métropole régionale sont beaucoup moins attractifs que ceux qui en sont proches. L'analyse de la distribution des postes d'assistants à temps partagé dans les 13 régions bénéficiaires, faite à travers l'enquête effectuée auprès des directeurs des affaires médicales de CHU, est très significative de ce phénomène. Sur les 300 assistants à temps partagés existants, 70 seulement, soit moins d'un quart, partagent leur temps entre un CHU et un CH éloigné de la métropole⁹⁵. Les difficultés matérielles et logistiques contribuent à expliquer cette réticence mais elles ne sont pas les seules.

Dans ces hôpitaux périphériques « en déshérence », pour reprendre des termes utilisés par certains interlocuteurs de la mission, la situation est d'autant plus préoccupante que ses effets sont cumulatifs. Plus le nombre de postes vacant est important, plus la charge de travail incombant aux médecins arrivant dans le service est élevée, décourageant ceux qui seraient susceptibles d'y effectuer leur assistantat. Dans certaines régions, il a même été fait état d'hôpitaux dans lesquels des jeunes praticiens hospitaliers titulaires nommés, découragés par les conditions de travail, auraient décidé de quitter l'hôpital quelques années après leur nomination. Pour le secteur libéral, notamment pour les jeunes médecins généralistes, les constats sont identiques : la charge liée à la permanence des soins est souvent considérée comme rédhibitoire pour s'installer dans les zones où les médecins manquent le plus.

A l'inverse, du fait de l'augmentation du nombre de départs à la retraite, les CHU et les CH importants ont des besoins de personnel médical. Les offres émanant de ces établissements hospitaliers sont plus attractives pour les jeunes médecins que celles faites par les hôpitaux éloignés de la métropole.

Le post-internat, tel qu'il est organisé, sera demain, encore plus qu'aujourd'hui, impuissant à compenser ces inégalités infrarégionales de densité médicale.

3.3. *En médecine générale, l'augmentation particulièrement rapide du nombre des internes renforce les tensions sur la filière universitaire récemment créée*

Les internes de médecine générale suivent un cursus hospitalier et seront donc, comme ceux des autres spécialités, affectés par les évolutions précédemment décrites.

⁹⁵ La mission a défini les « CH éloignés » comme ceux se situant à plus d'une heure de transport de la métropole régionale.

Toutefois, la médecine générale présente des spécificités qui doivent être prises en compte car elles entraînent des contraintes et des difficultés particulières :

- une augmentation plus rapide des effectifs d'internes puisque l'augmentation du *numerus clausus* se conjugue avec la création de la spécialité médecine générale en 2004
- un nombre actuellement très faible d'universitaires pour assurer l'enseignement formalisé de médecine générale, l'encadrement des internes et notamment la supervision des thèses
- un effort important à réaliser pour recruter, former et animer le réseau des maîtres de stage qui doivent assurer l'encadrement pratique en milieu ambulatoire d'internes de médecine générale (IMG) de plus en plus nombreux.

En 2012-2013, le nombre des internes en médecine générale devrait être compris entre 12 000 et 15 000 selon les décisions politiques qui seront prises lors des ECN 2011⁹⁶. Ces promotions nombreuses d'IMG entraînent une charge importante, tant en termes d'enseignement, que d'encadrement de thèses et d'organisation des stages.

La prolongation sur la base de ces prévisions d'effectifs des estimations présentées plus haut sur les besoins d'enseignement (cf § 2.4.1.3 ci-dessus) donnerait à l'horizon 2013 des fourchettes allant de 129 à 849 CCUMG dans l'hypothèse basse et de 159 à plus de 1000 CCUMG dans l'hypothèse haute.

De son côté l'application des objectifs de création de postes de CCUMG prévus par l'article 47 de la loi HPST devrait aboutir à des effectifs de 100 CCUMG en 2010-2011 ; 150 en 2011-2012, 200 en 2012-2013 et 250 en 2013-2014.

Pour l'encadrement des IMG par les maîtres de stage, la mission a également examiné plusieurs critères d'estimation du nombre de maîtres de stage nécessaires à horizon 2013 : le nombre d'internes accédant à un stage de seniorisation à la fin de leur formation (33 % actuellement, objectif de 80 %) et le nombre de maîtres de stage par internes (deux ou trois), le nombre des internes en 2013 (hypothèse basse ou haute). La fourchette pour 2013 se situe entre 5 400 maîtres de stage nécessaires et 13 800. Les effectifs étaient de 3500, ce qui implique, quelle que soit l'option retenue, une hausse considérable dans les prochaines années.

En tout état de cause il sera nécessaire que les enseignants de la filière universitaire de médecine générale s'impliquent dans le recrutement et l'encadrement de ces maîtres de stage de plus en plus nombreux. Dans cette perspective, les chefs de clinique ont un rôle d'autant plus important qu'ils peuvent probablement plus facilement mobiliser de jeunes médecins généralistes.

⁹⁶ Les DUMG parisiens estiment que plus du tiers de leurs IMG restent 4 ans dans la filière. Plusieurs facteurs l'expliquent : événements de vie, projet professionnel imprécis, attente de stage soit SASPAS, soit stage compatible avec la maquette de DESC. Les internes en médecine générale sont donc d'autant plus nombreux que la durée effective du DES est élevée.

4. PROPOSITIONS

4.1. *La pérennisation du système actuel conduit à une impasse*

4.1.1. **L'augmentation des effectifs va conduire à des tensions accrues dans la répartition des postes, notamment pour l'accès aux postes de chef de clinique**

L'analyse qui précède a montré que le nombre total des places d'accueil disponibles au niveau national pour effectuer un post-internat permettrait théoriquement d'absorber l'augmentation des effectifs à la sortie de l'internat.

Pour autant, les préoccupations qu'expriment de nombreux acteurs ne sont pas sans fondement : car les déséquilibres observés dans la répartition des postes entre régions, entre spécialités et entre statuts vont conduire à des tensions grandissantes avec l'accroissement de la demande de post-internat.

La situation déjà critique de certaines régions quant aux débouchés en termes de post internat va se détériorer plus que proportionnellement : en effet ce sont précisément ces régions, généralement déficitaires en termes d'offres de soins, qui sont privilégiées dans la politique d'affectation des internes au niveau national. L'augmentation du *numerus clausus* se traduit par un accroissement de la densité d'internes dans toutes les régions sur la période 2006-2009 mais cette augmentation est particulièrement forte en Haute et Basse Normandie, Poitou-Charentes, Auvergne, Champagne-Ardenne, Nord-Pas de Calais, Limousin, Alsace, Franche-Comté⁹⁷. Or, dans la plupart de ces régions, les chances de trouver une place de post-internat sont déjà inférieures à la moyenne nationale. Les tensions à la sortie de l'internat dans ces régions vont donc considérablement s'accroître et amplifier finalement les mouvements migratoires vers les régions mieux dotées.

Par ailleurs, compte tenu du manque de régulation entre spécialités rien ne garantit dans ce contexte l'achèvement des cursus de formation dans les disciplines qui impliquent la réalisation obligatoire d'une période de post-internat. Certains praticiens en formation risquent ainsi de connaître les plus grandes difficultés pour valider leur DESC. A titre d'exemple une projection effectuée pour la période 2010-2012 en Poitou-Charentes fait état d'un déficit préoccupant en orthopédie : 14 sorties d'internat sont prévues sur la période alors que seulement 3 postes de CCA/AS seront disponibles pour accomplir le post-internat indispensable à l'acquisition de la qualification de chirurgien orthopédiste. Le même type de problème se pose, dans des proportions moindres, en urologie et en chirurgie vasculaire (cf. annexe n° 26).

Mais c'est principalement l'accès aux postes de chefs de clinique qui focalise les tensions et les inquiétudes, en raison de l'identification qui persiste dans l'esprit de nombreux acteurs entre post-internat et clinicat : de l'étudiant en médecine au professeur des universités l'obtention d'un poste de « chef » à la sortie de l'internat demeure l'objectif à atteindre, toute autre modalité étant considérée comme un pis aller. Les écarts entre le nombre de postes de chefs de clinique et le nombre d'internes ayant obtenu leur DES vont se renforcer et les inégalités de débouchés déjà constatées entre régions et spécialités se creuser. Il devrait en résulter un pouvoir d'attraction encore plus grand des régions Ile-de-France et Provence-Alpes Côte d'Azur, en même temps qu'un sentiment croissant d'injustice face aux aléas d'une distribution de moins en moins supportés par les intéressés.

⁹⁷ Source : travaux de la CNIPI, sous commission 1.

4.1.2. Les possibilités de redéploiement sont dans les faits limitées à court terme

Dès lors, la solution ne passe pas par des créations de postes mais devrait en théorie s'envisager en termes de redéploiement. La mission considère toutefois qu'un redéploiement des effectifs du post-internat ne pourrait être que faible dans le contexte réglementaire actuel, et d'une efficacité limitée tant qu'existent des postes de chefs de clinique : l'attractivité de ce statut est si forte qu'elle contrecarre les régulations aujourd'hui mises en place dans le cadre de l'internat.

Une régulation nationale est impossible, du fait de l'organisation institutionnelle qui repose sur des décideurs distincts :

- les postes de chefs de clinique dépendent de l'enseignement supérieur et de la recherche
- les effectifs d'assistants et de contractuels, de la rencontre entre une offre des hôpitaux et une demande des jeunes médecins potentiellement candidats
- les effectifs de remplaçants dépendent également de la rencontre entre l'offre et la demande, et des motivations des jeunes médecins

Un redéploiement répondant à une logique d'ensemble se heurte donc à l'existence d'acteurs différents.

Par ailleurs la mise en œuvre de redéploiements dans le contexte actuel ne saurait être que progressive. Elle ne peut être déconnectée d'une réflexion en termes d'offre de soins, auxquels le post-internat apporte une contribution décisive. Ainsi la redistribution de postes de chefs de clinique à partir de l'AP-HP ne peut être envisagée sans tenir compte de ses conséquences sur la capacité des hôpitaux parisiens à répondre en termes de soins à une demande qui dépasse la région Ile-de-France. De même elle ne saurait s'affranchir des considérations inhérentes au développement de la recherche médicale pour lequel la nécessité d'atteindre une masse critique peut dans certains cas s'opposer à une logique de rééquilibrage des débouchés pour les sortants de l'internat. C'est ainsi que se justifie, au moins pour une part, la concentration actuelle des postes de chefs de clinique à Paris.

Enfin il n'est sans doute pas nécessaire d'insister sur les redoutables problèmes de faisabilité politique d'une telle approche en termes de redéploiement qui ne peut que heurter des positions acquises. Les postes de chef de clinique représentent des enjeux de pouvoir importants et les décideurs, concentrés en Ile-de-France, sont souvent les mêmes que ceux qui devraient se défaire de ces postes dans une optique de rééquilibrage.

Pour toutes ces raisons, sans abandonner l'objectif de redéploiement il importe d'être réaliste sur la possibilité de répondre rapidement par cette voie aux problématiques de post-internat. Or la progression du nombre d'internes issus du numerus clausus est au contraire rapide.

4.1.3. L'attraction pour le clinicat limite les capacités d'adaptation et d'évolution du système

La sacralisation du poste de « chef » dépasse largement l'enjeu de l'accès à une carrière hospitalo-universitaire, minoritaire dans le clinicat. Elle produit une attractivité du poste de chef de clinique dont les conséquences sont décrites dans ce rapport :

- les jeunes médecins partent des régions les moins dotées en postes de chefs de clinique, qui sont aussi les régions ayant les difficultés démographiques les plus grandes, pour aller en Ile de France et en PACA afin de bénéficier d'un tel poste ; le post-internat aujourd'hui enrayer les régulations démographiques mises en place au niveau de l'internat ;
- devenir chef de clinique étant l'objectif à atteindre, les étudiants sont prêts à accepter des périodes d'attente plus ou moins longues, sous statuts variés, afin d'obtenir finalement un tel poste. Indirectement, l'accès au clinicat nourrit donc un allongement du post-internat ;
- la concurrence des postes de chefs de clinique réduit l'attractivité des autres formes de post internat. La difficulté à attirer des candidats sur les dispositifs développés dans les régions les

moins dotées, quelles que soient les conditions financières proposées, témoigne de l'impossibilité de modifier cette hiérarchie de fait.

L'arrivée de promotions plus nombreuses que par le passé, qui engendrera une moindre facilité d'accès au clinicat dans les années à venir, pourrait permettre de pourvoir les postes actuellement vacants d'assistants à temps partagé. Mais ces solutions seront toujours considérées comme des pis-aller tant que demeurera la perspective du clinicat. Le repli contraint des jeunes praticiens sur de tels postes risque de provoquer des tensions grandissantes.

4.1.4. Pérenniser le fonctionnement actuel aurait un coût important pour un dispositif au total peu efficace

Compte tenu de ces contraintes et pour répondre à une demande qui se focalise sur les postes de chefs de clinique, la seule solution pour pérenniser le système et lui permettre d'absorber sans trop de douleur les effets de l'augmentation du numerus clausus consisterait à accroître le volume du clinicat en proportion de l'accroissement des effectifs à la sortie de l'internat. Les postes ainsi créés pourraient être affectés préférentiellement aux régions déficitaires en termes de débouchés, amorçant ainsi un rééquilibrage difficilement envisageable par redéploiement à moyens constants.

Il est possible d'estimer les dépenses supplémentaires engendrées par une telle solution dont le surcoût représenterait de 64 à 202 M€ selon les hypothèses, réparti entre les budgets de l'assurance maladie, d'une part, du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, d'autre part. Ainsi l'enveloppe du post-internat serait accrue de plus de 200 M€ si l'on voulait garantir un poste de chef de clinique de façon systématique à la sortie de l'internat en 2013.

Tableau 18 : Coût d'un objectif de maintien des conditions d'accès au clinicat en 2013

Hypothèses pour 2013	Ratio postes/internes	Sorties internes 2013 (hors médecine générale)	Nombre total des postes CCA-AHU correspondant au ratio	Postes à créer	Coût annuel supplémentaire annuel en 2013 (1)
Evolution tendancielle	0,61	2 655	3 620	-	-
Maintien du ratio au niveau 2009	0,73	2 655	4 360	740	64 M€
Ratio de 1 pour 1	1,00	2655	5 974	2 353	202 M€

(1) coût annuel = nombre de postes à créer * coût chargé (85 832 €)

Le nombre de postes à créer est calculé de la façon suivante : on applique le ratio cible au nombre des sortants d'internat. On obtient ainsi le nombre de postes de CCA-AHU qui doivent être disponibles pour accueillir le flux des sorties d'internat. Si l'on veut ainsi maintenir en 2013 le ratio constaté en 2009 de 0,73 poste par interne, il faudra disposer de $2655 \times 0,73$ soit 1938 postes pour les accueillir. Sachant que la durée moyenne de l'internat est de 2,25 ans il faut, pour avoir 1938 postes disponibles, que le nombre total de postes soit de $1938 \times 2,25$ soit 4360. En partant des 3620 postes actuels il faut donc 740 créations de postes

Inenvisageable au regard des contraintes qui pèsent actuellement sur le budget de l'Etat et de la sécurité sociale, ce surcoût est d'autant moins justifiable qu'il servirait à perpétuer un dispositif dont la plupart des acteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'iniquité et l'inefficacité pour répondre tant aux besoins de soins que de formation.

La mission ne peut recommander une telle solution qui équivaldrait selon elle à un gaspillage de fonds publics, d'énergie et de talents.

4.2. Une réforme d'envergure doit permettre la refondation d'un dispositif à bout de souffle

Le post-internat répond aujourd'hui à une double fonction de complément de la formation et d'acquisition d'une capacité d'exercice autonome. Il est devenu un palliatif des carences de la formation antérieure, l'internat ne suffisant plus à assurer l'acquisition des connaissances nécessaires dans la plupart des spécialités en dehors de la médecine générale. Une prise de conscience semble se dessiner quant aux inconvénients d'une telle évolution, généralement considérée comme une dérive par les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de la mission.

La mission estime nécessaire de distinguer plus clairement entre les objectifs de complément de formation dans la spécialité d'une part, de mise en responsabilité pour parvenir à une réelle capacité d'exercice autonome d'autre part, et d'organiser les phases d'apprentissage qui leur correspondent.

4.2.1. Densifier l'internat pour garantir l'acquisition des connaissances de base dans la spécialité choisie

Une formation plus intensive durant la période d'internat, appuyée sur la révision des maquettes de spécialité, doit permettre d'acquérir pendant cette période l'essentiel des connaissances jugées nécessaires en formation initiale. C'est l'objet des travaux engagés depuis décembre 2009 dans le cadre de la CNIPI, dont l'aboutissement devrait significativement modifier la perspective et la problématique du post-internat.

Cette problématique dépasse le champ de la présente mission mais sa résolution est une condition sine qua non et indissociable de toute réforme d'envergure du post-internat.

Pour la médecine générale l'objectif de densification est indissociable de celui d'une meilleure lisibilité des cursus et du « fléchage » des internes se destinant aux soins de premier recours. Actuellement près de 20 % des internes de médecine générale se dirigent ensuite vers un DESC, ce qui correspond à une « perte en ligne » importante du dispositif de formation à la médecine générale. La création d'un DES d'urgence, voire de gériatrie fait actuellement l'objet de réflexions. La mission y est favorable et considère que la création du DES de médecine d'urgence, qui semble dans son principe rencontrer un assez large consensus, devrait faire partie des mesures à court terme (cf. ci-dessous).

Recommandation n°1 : Réviser les maquettes pour rendre au diplôme son contenu et sa signification de validation d'une formation achevée.

4.2.2. Recentrer le PI sur l'acquisition d'une autonomie d'exercice

Le post-internat n'est pas organisé autour de l'objectif principal qui devrait être aujourd'hui le sien : permettre au jeune médecin d'accéder à un exercice autonome. S'il finit par remplir cette fonction tant bien que mal, c'est sur une période étirée dans le temps, sous la forme de statuts

multiples, peu stabilisés, inégalement rémunérés et la plupart du temps sans aucune validation des compétences acquises pendant cette période.

La mission propose de remplacer le dispositif actuel de post-internat par une période complémentaire pour tous, destinée à acquérir une autonomie d'exercice. Il s'agit de substituer à une pratique inorganisée, multiforme et d'une durée indéterminée mais globalement assez longue⁹⁸ une période de durée fixe, en principe limitée à un an⁹⁹ dont l'objectif explicite et évalué serait l'acquisition d'une autonomie d'exercice. Dès lors, il devient possible de réguler un dispositif ainsi défini. Cette période de seniorisation encadrée aurait lieu dans le prolongement de l'internat, avant l'obtention du diplôme d'études spécialisées (DES). Celui-ci retrouverait ainsi toute sa portée de titre professionnel attestant d'une capacité d'exercice autonome. Mais il ne s'agit pas d'une prolongation de l'internat. L'objectif étant d'acquérir une pleine autonomie d'exercice, le jeune médecin doit en effet se voir reconnaître une capacité de plein exercice (garde en première ligne, prescription, premier opérateur, cf. annexe 10).

Cette année complémentaire s'effectuerait donc sous un nouveau statut, différent de celui de l'internat, de façon à bien marquer la différence entre la période de formation et celle de responsabilité encadrée : interne senior ou, pour éviter toute ambiguïté sémantique, praticien junior.

Elle se déroulerait en milieu hospitalier et/ou libéral selon les spécialités.

Pour la médecine générale l'accent serait mis sur l'exercice ambulatoire de la médecine de premier recours, avec au moins un semestre supplémentaire accompli dans le dispositif de soins primaires. L'année de seniorisation en médecine générale devrait en effet permettre au jeune médecin de se familiariser avec divers environnements et formes d'exercice et de mûrir en conséquence son projet professionnel. Elle pourrait être l'occasion de proposer un accompagnement juridique et administratif pour le futur exercice. C'est à ce prix que l'on peut espérer influencer sur la durée de la période de remplacement.

Pour toutes les spécialités, la période de seniorisation pourrait également faciliter l'engagement futur dans des activités de recherche, par un choix de stages permettant de s'initier à ce type de démarche et de mûrir éventuellement un projet professionnel universitaire.

La seniorisation étant intégrée au cursus, les places d'accueil devraient être gérées, réparties et financées comme les places d'internat et non laissées à la discrétion des établissements, des chefs de service et à la débrouillardise et l'entregent des sortants de l'internat.

Une telle solution apparaît de nature à favoriser une meilleure allocation des ressources par rapport à la prolongation du dispositif actuel. Elle pourrait s'avérer plus ou moins coûteuse selon le niveau de rémunération de l'année complémentaire, effectuée sous un statut d'interne senior ou de praticien junior (cf. éléments ci-dessous).

Elle devrait comporter un système de validation des compétences professionnelles attestant de la capacité d'exercice en autonomie. A titre d'exemple, les représentants de la chirurgie thoracique et cardiaque proposent-ils pour leur spécialité un critère de 100 interventions opératoires effectuées seul(e).

La validation du cursus se ferait en deux temps :

- à la sortie de l'internat (en 3, 4 ou 5 ans selon les spécialités), un processus de validation devrait permettre d'acquérir le label d'interne senior ou de praticien junior, changement de

⁹⁸ On rappelle que les calculs effectués sur la durée moyenne du clinat l'évaluent à 27 mois

⁹⁹ Dans l'attente des résultats de la réforme sur les nouvelles maquettes la mission suggère une hypothèse de travail de un an, sachant que cette période devra probablement être plus étendue pour les spécialités chirurgicales.

statut indispensable pour accéder à un exercice autonome. Cette validation pourrait être constituée par le passage de la thèse de docteur en médecine.

- à l'issue de l'année de seniorisation, la soutenance du mémoire de DES et la remise d'un dossier de validation des compétences professionnelles répondant à des critères précis (nombre minimum d'actes en autonomie, déterminés suivant la spécialité) permettrait d'être qualifié dans la spécialité choisie. Cet objectif ne pouvant être atteint en un an dans la plupart des spécialités chirurgicales, la durée de la période complémentaire devrait être allongée pour ces dernières, sans pour autant remettre en cause le schéma général.

Recommandation n°2 : **Substituer au clinicat et à l'assistantat une année systématique d'internat senior**

4.2.3. Réorganiser l'accès à la filière hospitalo-universitaire afin de lui donner tout son sens, en se rapprochant du droit commun

L'analyse qui précède a montré que la distinction actuellement opérée dans les statuts entre un post-internat universitaire et un post-internat purement hospitalier ne correspondait pas à une distinction dans la réalité des fonctions exercées, lesquelles étaient le plus souvent dominées par la dimension soins et indistinctement exercées par les uns et les autres. Elle a également dénoncé les perturbations qui résultent de la hiérarchie de fait établie entre ces statuts, et du phénomène d'attraction qu'exerce le titre de chef de clinique sur les sortants de l'internat alors que nombre d'entre eux n'ont pas l'intention de se lancer dans une carrière hospitalo-universitaire et que 11 % seulement y parviendront en définitive.

Dès lors l'objectif consiste à distinguer clairement entre une fonction de perfectionnement professionnel, d'une part, et une fonction de préparation à la recherche et l'enseignement, d'autre part, conçue comme la première marche d'une carrière hospitalo-universitaire.

Il serait théoriquement possible de restaurer la dimension de recherche et d'enseignement du clinicat, en le distinguant nettement de l'assistantat, exclusivement centré sur les soins. Le cadre théorique actuel serait maintenu mais sa mise en œuvre serait significativement modifiée sur deux points essentiels :

- la remobilisation du potentiel d'enseignement et de recherche du clinicat. Trop souvent sacrifié dans la pratique aux activités de soins, celui-ci devrait faire l'objet d'objectifs précis et d'un suivi rigoureux par l'université concernée.
- la sélection des chefs de clinique. Le resserrement des débouchés ne permettant plus de maintenir un mode d'attribution actuellement aléatoire et privilégiant les équations personnelles, l'accès au clinicat serait réservé à des jeunes praticiens collégialement sélectionnés sur présentation d'un projet de recherche.

Mais il apparaît peu réaliste d'espérer modifier des modes de comportement profondément ancrés en conservant une architecture et des appellations apparemment inchangées. C'est pourquoi la mission estime plus adaptée aux enjeux et objectifs recherchés la solution d'un statut unique, correspondant à une fonction de soins et se substituant aux statuts actuels de chef de clinique, assistant hospitalier-universitaire et assistant des hôpitaux. Les échanges qu'elle a eus avec ses divers interlocuteurs font état d'une ouverture par rapport à l'hypothèse d'une disparition du statut de chef de clinique.

A l'issue de la période effectuée sous ce statut, les jeunes médecins souhaitant rester à l'hôpital auraient accès à un poste de praticien hospitalier contractuel et pourraient poursuivre ou entamer des activités additionnelles d'enseignement et de recherche.

Ceux motivés par la carrière universitaire qui souhaiteraient, en vue de leur accès aux corps de MCU-PH et de PU-PH, poursuivre des études doctorales, pourraient postuler l'obtention d'un contrat du type du contrat d'études doctorales¹⁰⁰ dans les conditions suivantes :

- recrutement en qualité de doctorant contractuel par l'université, par contrat d'une durée de trois ans (pouvant être prolongée par avenant pour une durée maximale d'un an) pour un service comportant, outre les activités de recherche liées à la préparation du doctorat, un service d'enseignement universitaire de 64 h de travaux dirigés, au maximum ;
- exercice à temps partiel des fonctions de praticien hospitalier contractuel.

Pour les jeunes médecins généralistes qui souhaitent accéder aux corps des MCU-MG puis PU-MG, cet accès au contrat d'étude doctorale serait ouvert de la même façon.

La rémunération mensuelle minimale des doctorants contractuels qui assurent un service d'enseignement est actuellement fixée à 1 998,61 € brut¹⁰¹. Le dispositif qui les régit devrait être aménagé pour autoriser l'exercice conjoint de fonctions de praticien contractuel à mi-temps, ou de collaborateur libéral dans le cas de la médecine générale, et comporter un contingent de contrats dédiés.

Recommandation n°3 : Développer une formule adaptée du contrat d'études doctorales pour les jeunes praticiens souhaitant s'orienter vers une carrière hospitalo-universitaire

D'une façon générale ce rapprochement du droit commun universitaire devrait débiter plus en amont pour aménager de meilleures conditions d'accès à la carrière hospitalo-universitaire. En effet la mission a pu constater les difficultés qu'éprouvent les internes et jeunes médecins intéressés par la recherche et l'enseignement compte tenu de la spécificité des études médicales qui les contraignent à mener en parallèle deux cursus distincts et à valider simultanément un DES et un diplôme de master. Cela induit une charge très lourde pour des jeunes totalisant déjà six ans d'étude lorsqu'ils entament l'internat, qui doivent simultanément suivre une formation médicale, avoir une activité de soins, assurer des gardes, et suivre un autre cycle d'enseignement pour valider le master. Cette contrainte supplémentaire n'apparaît pas justifiée à la mission qui considère que l'obtention du DES qui valide neuf ans minimum d'études médicales devrait conférer de plein droit le grade de master.

Il n'y aurait en réalité rien d'anormal à ce que le grade de master soit conféré dès la fin du deuxième cycle des études médicales puisqu'à ce stade les étudiants en médecine ont déjà bénéficié de six années de formation. Cette disposition est d'ailleurs elle-même à l'étude.

Recommandation n°4 : Conférer le grade de master en médecine à tout praticien ayant obtenu le DES

La mission constate que le niveau du master est actuellement suffisant d'un point de vue statutaire pour permettre de présenter sa candidature au principal concours de recrutement des MCU-PH, alors que le recrutement dans les corps de maîtres de conférences des universités et des maîtres de conférences des universités de médecine générale s'effectue au niveau du doctorat.

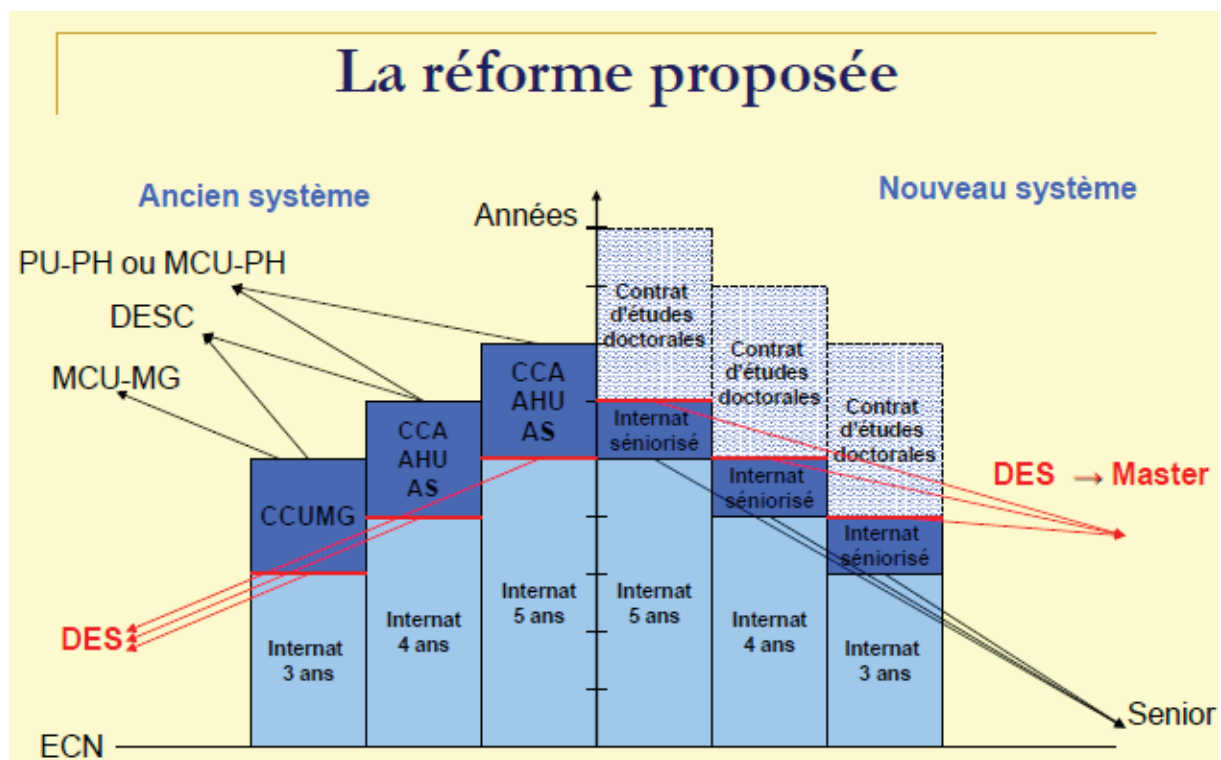
Cette disparité résulte de la décision prise en 1984 de maintenir l'accès aux titulaires du diplôme d'études et de recherches en biologie humaine (DERBH) qui est aujourd'hui remplacé par le master. Si elle peut s'expliquer par la difficulté, pour les internes, de suivre un « parcours recherche » conduisant aux études doctorales, la mission considère qu'elle devrait naturellement cesser dès lors que l'accès des anciens étudiants en médecine aux études doctorales serait simplifié par l'attribution du grade de master aux titulaires d'un DES.

¹⁰⁰ Décret n° 2009-464 du 23 avril 2009 relatif aux doctorants contractuels des établissements publics d'enseignement supérieur ou de recherche

¹⁰¹ Arrêté du 23 avril 2009 fixant le montant de la rémunération du doctorant contractuel

Recommandation n°5 : Une fois la recommandation n° 4 rendue effective, porter le recrutement des MCU-PH au niveau du doctorat

La combinaison des recommandations n° 2, 3, 4 et 5 aboutirait à une transformation d'envergure du paysage comme le fait apparaître le schéma suivant :



La mise en œuvre du cadre de réforme proposé implique des décisions à la fois techniques et politiques sur des variables importantes et notamment sur la rémunération du nouveau statut (interne senior ou médecin junior), sur le nombre de contrats d'études doctorales attribués, sur la durée de la période de seniorisation pour le cas où celle-ci serait prolongée au-delà de un an dans certaines spécialités. Le bilan financier se présente donc comme une équation complexe combinant divers paramètres et dépendra pour une large part des décisions prises concernant la fixation de ces paramètres.

La réforme agrège plusieurs dispositions dont certaines sont génératrices d'économies, alors que d'autres engendrent des coûts supplémentaires. La combinaison et le calibrage de ces dispositions peuvent influencer significativement sur l'équilibre global final.

L'évaluation des conséquences financières suppose également de faire des hypothèses sur le comportement des jeunes médecins, qui lui-même peut-être influencé par les décisions prises sur les variables financières : nombre de ceux souhaitant s'orienter vers la carrière hospitalo-universitaire, nombre de ceux souhaitant poursuivre une carrière hospitalière, évolution de la demande pour les différentes spécialités...

Enfin la question du chiffrage apparaît pour une part théorique au regard des modalités actuelles de financement des hôpitaux. En effet la tarification à l'activité invalide un mode de raisonnement fondé sur le coût d'un nombre de postes administrativement fixé. Les mesures

envisagées concernant de jeunes médecins en fin d'internat, ceux-ci ont une production de soins importante et sont donc susceptibles d'autofinancer par leur activité les coûts salariaux engendrés par leur recrutement.

4.2.4. Déconnecter les problématiques de post-internat et de tarification médicale

Compte-tenu du régime actuel d'accès au secteur 2, toute modification touchant le post-internat entraîne nécessairement des modifications dans les règles de tarification des actes médicaux.

Le lien établi depuis 2000 entre post-internat et autorisation de dépassement contribue à gonfler artificiellement la demande de post-internat, une partie des places étant occupée par des praticiens dont le secteur 2 constitue la motivation principale sinon unique et qui n'ont pas l'intention de rester à l'hôpital. Son effet perturbateur sur l'organisation du post-internat d'une part, son caractère difficilement justifiable d'autre part, puisque la prise en compte des périodes hospitalières après l'internat dépend du statut sous lequel elles sont effectuées, lequel est largement circonstanciel, conduisent à remettre en cause cette réglementation. La mission recommande donc de déconnecter l'accès au secteur 2 du post-internat. Elle souligne que l'application des propositions qui précèdent entraînerait automatiquement une telle déconnexion en supprimant les statuts d'assistant et de chef de clinique.

Recommandation n°6 : Déconnecter les règles de tarification des conditions statutaires liées au post-internat

Les conditions de mise en œuvre de cette proposition, l'étude précise de ses conséquences du point de vue de la tarification, la nécessaire redéfinition des droits à dépassement, en tenant compte des évolutions en cours et notamment de la mise en place du secteur optionnel, dépasse largement le champ de la présente mission. Les réformes proposées pour le post-internat ne sauraient entrer en vigueur dans leur intégralité sans qu'une formule alternative pour le volet tarification ait été mise sur pied. (cf. recommandation n° 21 ci-dessous).

4.3. *Des solutions d'urgence sont nécessaires dès la rentrée 2010/2011 pour assurer la transition*

La pression démographique liée à l'arrivée des promotions plus nombreuses d'internes issues du relèvement du numerus clausus ne permet pas d'attendre la mise en œuvre d'une réforme de fond s'inspirant des recommandations décrites ci-dessus.

Il est nécessaire d'organiser sans attendre des solutions d'urgence pour répondre aux inévitables tensions qui se manifestent déjà et vont s'amplifier dans un très proche avenir.

4.3.1. Mettre en place un pilotage régional du post-internat

La mission préconise la mise en place dès la rentrée 2010/2011 d'un dispositif de gestion de l'urgence pour améliorer la rencontre entre la demande et l'offre de places d'accueil en post-internat, dont on a vu que le nombre global permettrait en théorie de répondre aux besoins dans les années qui viennent mais recouvre en réalité de très importants déséquilibres.

Une formule d'affectation centralisée et obligatoire serait en théorie la mieux à même de réaliser, pendant cette période transitoire, l'adéquation entre l'offre et la demande. Elle permettrait en outre de faire respecter un système de priorité légitime consistant d'une part à accorder préférentiellement les postes de chef de clinique aux praticiens ayant un projet universitaire formalisé,

d'autre part à assurer les débouchés dans les spécialités dans lesquelles le post-internat est obligatoire pour satisfaire aux exigences de la maquette de formation. Outre ses difficultés de mise en œuvre pratique elle supposerait un aménagement important du cadre juridique existant. Elle se heurte surtout à un problème d'acceptabilité politique qui la rend difficilement envisageable et peu plausible dans le contexte actuel.

Plutôt que des mesures contraignantes la mission suggère de mettre en place un système de pilotage au niveau régional permettant d'améliorer le fonctionnement du « marché » du post-internat, d'assurer une visibilité et une lisibilité des offres et de les mettre en relation avec la demande.

Une cellule régionale composée des institutions sanitaires (ARS, centres hospitaliers), universitaires (présidence de l'université, doyen de la faculté de médecine, PU-PH), régionales (Conseil régional) et associant les représentants des internes, chefs de clinique et praticiens, assurerait ce pilotage. Elle serait notamment responsable de la répartition des postes entre spécialités, d'évaluer et de faire remonter au niveau national les besoins de création de postes d'assistants à temps partagé, de faire fonctionner une bourse des emplois.

Recommandation n°7 : Mettre en place dans chaque région une cellule de pilotage du post-internat réunissant les institutions sanitaires, universitaires et les professionnels

La mission propose de mettre en place un fonds régional d'adéquation géré par cette cellule et alimenté à partir des budgets des établissements hospitaliers, des ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et des collectivités territoriales volontaires. Un tel fonds apparaît nécessaire pour appuyer la mise en œuvre matérielle des mesures d'urgence préconisées. Il permettrait notamment de financer des aides logistiques et/ou des compensations financières afin de développer le temps partagé entre CHU et CH.

Recommandation n°8 : Doter les cellules de pilotage d'un fonds d'adéquation permettant notamment de compenser les contraintes logistiques inhérentes au postes à temps partagé.

Une « bourse des emplois », ou un portail commun de gestion des postes, construits sur une base régionale et accessible au plan national permettraient d'avoir une vision de l'ensemble des places disponibles et d'assurer une information fiable sur les différents statuts et leurs caractéristiques, qui ne sont pas toujours bien connues (par exemple, validation pour l'accès au secteur 2).

Une expérience de ce type a été conduite dans la région Lorraine et montre que l'implication des professionnels, notamment des établissements hospitaliers, mais aussi des internes est indispensable pour nourrir en offre d'emplois une telle bourse.

Recommandation n°9 : Mettre en place des bourses régionales pour organiser la rencontre entre l'offre et la demande de post-internat

4.3.2. Remédier aux situations de déséquilibres les plus marqués

4.3.2.1. Le développement du temps partagé

Le développement des formules de temps partagé apparaît comme l'un des principaux leviers mobilisables à court terme pour desserrer l'étai. La formule permet en effet simultanément de fournir des débouchés à des jeunes praticiens sortant de l'internat et de répondre à des déséquilibres infrarégionaux dans l'offre hospitalière pour prévenir les risques de ruptures dans l'accès aux soins.

Deux facteurs conditionnent un développement plus large qu'aujourd'hui de ce temps partagé :

- la souplesse du dispositif, qui est une condition nécessaire de l'adaptation du temps partagé aux particularités de la géographie, de la structuration du réseau hospitalier dans la région, des spécialités médicales concernées, et des aspirations des jeunes médecins. Comme il ressort de l'expérience des régions où ces dispositifs ont été mis en œuvre, la définition des postes en temps partagé se fait au cas par cas et relève du « sur mesure » ;
- des aides matérielles permettant de compenser les contraintes particulières de déplacement et d'hébergement des praticiens réalisant leur post-internat sur un poste d'assistant à temps partagé apparaissent nécessaires pour renforcer l'attractivité de ces postes.

Par ailleurs, le développement du temps partagé ne devrait pas se limiter au niveau de l'assistantat mais être envisagé pour le personnel médical à tous les niveaux. Une pratique plus étendue du temps partagé comporterait plusieurs avantages. Si les internes connaissent le praticien hospitalier qui exerce dans le centre hospitalier périphérique parce qu'ils le côtoient au CHU, ils seront plus enclins à y faire leur stage, et ensuite à y effectuer leur post-internat. Le temps partagé permet également de sécuriser la pratique médicale par la présence, même à temps partiel, de praticiens hospitaliers venant du CHU. Il pourrait aussi, bien qu'une telle solution soit compliquée à organiser, permettre d'expérimenter des formes de temps partagé à plusieurs niveaux dans la région, les praticiens des CH libérés d'une partie de leur activité de soins par la présence de praticiens du CHU pouvant mettre en place des consultations avancées dans des centres hospitaliers plus éloignés de la métropole régionale.

Il est enfin possible d'envisager un temps partagé qui s'effectue en alternance dans une structure libérale et un hôpital, sécurisant pour les jeunes médecins, qui maintienne dans un premier temps un lien formalisé avec l'hôpital.

Il n'en reste pas moins que le temps partagé restera un deuxième choix pour les jeunes médecins diplômés tant que subsisteront le statut de chef de clinique et une répartition géographique des postes aussi déséquilibrée.

De même, la mission considère que cette solution de temps partagé n'est guère réaliste pour les CH les plus éloignés de la métropole régionale. Le post-internat restera largement impuissant à résoudre ces problèmes pour lesquels d'autres solutions sont nécessaires.

Recommandation n°10 : Développer les formules de temps partagé à tous les niveaux

4.3.2.2. Engager le nécessaire redéploiement des postes de chef de clinique

Malgré les évidentes difficultés et limites auxquelles se heurte le redéploiement des postes de chefs de clinique, la mission considère que ce sujet ne peut être évité dans le cadre d'une gestion d'urgence des difficultés du post-internat. Les cellules régionales mises en place pourraient être chargées d'identifier les besoins les plus urgents en post-internat, notamment pour les spécialités où la qualification nécessite de réaliser un post-internat et pour la médecine générale, où les insuffisances du redéploiement contrarient la montée en charge de la filière universitaire au niveau des chefs de clinique. Les cellules régionales transmettraient un état de ces besoins immédiats, conjointement au ministère de l'enseignement supérieur et au ministère de la santé, afin d'envisager les possibilités de redéploiement au niveau national.

Recommandation n°11 : Engager un mouvement de redéploiement des postes de chef de clinique pour répondre aux besoins prioritaires de certaines régions.

4.3.3. Apporter des réponses spécifiques à court terme pour la médecine générale

Des mesures doivent être prises à court terme pour développer le clinicat en médecine générale. En effet la filière universitaire de médecine générale peine à démarrer alors qu'elle constitue un élément important de valorisation des soins primaires. En dehors même des préoccupations d'enseignement la constitution d'une masse critique de jeunes universitaires de médecine générale est susceptible de renforcer l'attractivité de cette spécialité grâce à l'image qu'elle donne du métier de médecin généraliste auprès des jeunes. Il y a là un enjeu majeur par rapport à la qualité du dispositif de soins de premier recours. La montée en charge de la filière universitaire de médecine générale suppose donc une action simultanée sur l'offre de postes – le nombre de postes créés reste inférieur aux objectifs fixés par le législateur – et sur la demande – la faible attractivité des postes de CCU-MG limite le nombre des candidatures.

4.3.3.1. Accélérer l'effort de création des postes de CCU-MG

La mission considère qu'il n'est pas possible à ce stade d'apporter une réponse quantitative au débat sur l'estimation des besoins : au-delà des arguments d'autorité, aucun critère objectif et indiscutable ne permet de déterminer un nombre optimal de chefs de clinique en médecine générale (cf. annexe 18). Compte tenu de la nouveauté de la fonction en elle-même il est par ailleurs nécessaire de disposer d'un recul plus important pour voir comment elle se déploiera dans la pratique. La mission estime en revanche que les objectifs fixés par le législateur dans le cadre de la loi HPST constituent en tout état de cause un minimum absolu. Or elle constate d'ores et déjà un retard préoccupant dans la mise en œuvre de ces objectifs et s'inquiète de voir que les conditions ne semblent pas réunies pour donner une portée effective aux dispositions légales.

L'argument tiré de l'éventuelle insuffisance des candidatures ne lui paraît pas en soi justifier un malthusianisme de l'offre dont le caractère à la fois limité et peu lisible n'est guère de nature à encourager une demande encore hésitante.

La mission estime indispensable que le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche élabore un plan annuel d'action pour satisfaire en 2010/2111 à l'obligation légale de 50 nouveaux postes de CCU-MG créés. A partir de 2011/2012 il sera nécessaire d'aller au-delà de 50 pour rattraper progressivement le retard pris la première année. Ce plan, opérationnel et visible, devrait combiner trois types de modalités :

- création de postes par redéploiement à partir d'autres disciplines médicales dans le cadre de la révision des effectifs hospitalo-universitaires,
- création de postes par redéploiement à partir des filières universitaires non médicales,
- création nette de postes pour compléter l'effort de redéploiement si celui-ci s'avérait insuffisant pour atteindre le nombre de 50.

S'agissant du ministère en charge de la santé, la compensation par la création de postes d'assistants spécialistes devrait être maintenue sur la période afin d'apporter un message sans ambiguïté tant sur le maintien des débouchés pour les internes d'autres spécialités que sur la préservation de la capacité de soins. Il doit toutefois s'agir d'une mesure transitoire, les postes concernés devant être selon la logique de la T2A financés par l'activité de soins qu'ils génèrent.

Recommandation n°12 : mettre en place un plan opérationnel d'augmentation du nombre de CCU-MG qui respecte les objectifs de la loi HPST

4.3.3.2. Rendre plus attractif le statut de CCU-MG

Le statut de CCU-MG, tel qu'il est aujourd'hui organisé, comporte de multiples contraintes, contradictoires avec la montée en charge d'une filière universitaire aussi récente.

Prévoir à titre transitoire un mécanisme dérogatoire d'intégration des CCU-MG au corps des MCU-MG

Les conditions d'accès au corps des MCU-MG ne sont pas remplies par les chefs de clinique actuellement en fonction. La mission considère que le caractère récent de la filière de médecine générale justifie que soit mise en place, au moins pendant la période transitoire, une procédure dérogatoire d'intégration des CCU-MG au corps des MCU-MG. Celle-ci pourrait se fonder sur l'obtention du grade de master et sur l'existence d'un projet de recherche, sans exiger le doctorat comme c'est le cas actuellement.

La mission défend en revanche le retour dans un deuxième temps à des critères de sélection alignés sur ceux demandés pour les autres disciplines universitaires. Ceci rejoindrait d'ailleurs les propositions à plus long terme faites dans ce rapport, qui visent à rapprocher le cursus universitaire de la médecine de celui des disciplines non médicales.

Recommandation n°13 : Aligner, pendant la période transitoire, les conditions d'accès au corps des MCU en médecine générale sur celles en vigueur pour les autres spécialités médicales.

Organiser la valence soins des CCUMG

Le cadre de l'activité clinique des CCUMG, qui s'effectue majoritairement en milieu libéral, ne fait pas l'objet d'une réglementation particulière. Dans la partie de son activité consacrée aux soins, le chef de clinique doit organiser lui-même la répartition de son temps et de ses consultations avec le ou les cabinets qui l'accueillent. Sa rémunération, comme pour les autres libéraux, varie en fonction du nombre d'actes réalisés. Cette situation qui engendre une certaine précarité est souvent mal vécue car elle conduit à multiplier les contraintes matérielles et financières pesant sur le CCUMG, qui doit, en même temps, faire face à une activité d'enseignement et de recherche.

Le statut de collaborateur libéral¹⁰², qui laisse au CCU-MG un certain degré d'autonomie par rapport à la structure accueillant le chef de clinique, paraît le plus adapté. Mais les jeunes généralistes qui constituent les potentiels chefs de clinique sont demandeurs de modes d'exercice pluri-professionnels qui les mettent dans des conditions comparables pour la pratique des soins à celles faites aux chefs de clinique hospitaliers. Le développement de structures d'accueil collectives comme les maisons ou centres de santé peut dans cette perspective servir d'assise au développement du clinicat en médecine générale.

S'agissant de la rémunération, la mission préconise l'élaboration d'un contrat destiné à stabiliser les revenus des CCUMG sur la valence soins. Ce contrat, qui impliquerait au minimum l'assurance-maladie et la structure hébergeant le chef de clinique, pourrait reposer sur un mode de rémunération mixte, comprenant une part fixe, forfaitisée, et une part variable, cette dernière étant sous forme de paiement à l'acte. La part forfaitaire devrait être prépondérante, compensée en contrepartie par un engagement sur un niveau minimum d'activité clinique.

Des contrats plus élaborés pourraient être conclus, définissant des séquences professionnelles différentes, intégrant des périodes d'activité clinique plus intense ou des périodes consacrées à l'enseignement ou à la recherche. Cela ne pourra certainement pas se faire si le CCUMG n'est pas dans une grosse équipe de soins de premier recours. D'autres types de contrat pourraient également

¹⁰² Ce statut est d'ailleurs déjà utilisé par une majorité des CCUMG en poste.

prévoir une alternance d'exercice clinique libéral entre plusieurs cabinets. Une autre voie encore serait de lier un tel contrat à un projet de maison universitaire de santé, que l'ARS soutiendrait.

Aussi la mission préconise-t-elle un encadrement suffisamment souple pour s'adapter aux différents cas de figure possibles.

Recommandation n°14 : Accélérer la sortie de textes réglementaires établissant un cadre pour l'exercice de la valence soins des chefs de clinique en médecine générale

Recommandation n°15 : Sécuriser la rémunération des chefs de clinique en médecine générale à travers un contrat impliquant l'assurance maladie et comprenant une part de rémunération au forfait.

Mettre en place une plus grande transparence dans les procédures d'ouverture et d'attribution des postes de CCUMG

La mission a préconisé une augmentation du nombre des chefs de clinique en médecine générale. Celle-ci ne sera par définition possible que si on dispose de suffisamment de candidatures pour nourrir des nominations qui respectent des exigences de qualité. Ce nombre de candidatures dépend de l'attractivité du statut et c'est pourquoi la mission a proposé des évolutions visant à rendre le statut de CCU-MG plus attractif.

Il dépend aussi de la connaissance et des relations qui existent entre les facultés et les jeunes médecins en médecine générale qui souhaitent effectuer un clinicat (cf. annexe 28, contribution de l'ISNAR-IMG). De ce point de vue, l'opacité qui règne aujourd'hui à la fois sur les postes disponibles, et les possibilités d'y accéder, est un frein réel à l'émergence de candidatures.

Recommandation n°16 : Assurer, au niveau des UFR de médecine, une plus grande transparence sur les postes ouverts, avec des procédures de vacances de poste et dépôt de candidatures donnant lieu à publicité

4.3.3.3. Augmenter le nombre de maîtres de stage

Le respect des objectifs de la loi HPST sur la constitution de la filière universitaire constitue un minimum. Toutefois, le nombre de CCUMG restera faible au regard du nombre croissant d'internes en médecine générale. L'appui des maîtres de stage à l'encadrement des internes apparaît dès lors prioritaire, à la fois pour répondre aux besoins de formation mais aussi pour accompagner la montée en charge de la filière universitaire.

La pénurie de maîtres de stage est déjà patente : faute de maîtres de stage tous les externes ne sont pas en mesure d'effectuer leur stage de 2 mois en secteur libéral et le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) prévu pour les internes en fin de cursus n'est accessible qu'à une minorité d'entre eux.

En outre, les propositions de la mission d'une année de seniorisation à la fin de l'internat impliquent, dans le cas de la médecine générale, un semestre de stage supplémentaire dans le secteur libéral. De ce fait, les besoins pourraient être encore accrus, dans un contexte où le nombre de maîtres de stage est déjà insuffisant.

Les missions de tutorat d'ores et déjà effectuées par certains maîtres de stage auprès d'un interne de médecine générale tout au long de son cursus rentrent dans ce cadre de soutien au CCU-MG. De même, leur participation à des activités d'enseignements au sein de la faculté, participe de la même logique. Elle souffre cependant de ne pas être systématiquement reconnue, ni rémunérée dans le

cadre de droit commun des vacances payées par les universités, alors même que les médecins qui assurent ces enseignements le font au détriment de leur activité de soins rémunérée à l'acte.

Mais les conditions dans lesquelles les médecins généralistes accèdent à la maîtrise de stage et l'exercent sont souvent pénalisantes (cf. annexe 16 sur la FUMG) : pas d'indemnisation systématique pour la participation à la formation nécessaire à l'encadrement des internes, faible niveau de compensation de la prise en charge des internes en stage¹⁰³. Des mesures pourraient être prises pour renforcer l'attractivité des fonctions de maître de stages et favoriser le recrutement des médecins sur ces fonctions.

Recommandation n°17 : Reconnaître et rémunérer les fonctions d'enseignement assurées au sein des UFR de médecine par les maîtres de stage

Recommandation n°18 : Reconnaître les activités d'encadrement dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et indemniser les médecins qui suivent une formation à la maîtrise de stage

4.3.3.4. Créer un DES de médecine d'urgence

Un meilleur « fléchage » des internes se destinant aux soins de premier recours devrait être encouragé. De ce point de vue, la création d'un DES d'urgence est évoquée par de multiples interlocuteurs. L'une des conditions essentielles à la mise en place de cette nouvelle filière de médecine d'urgence est la nécessité de prévoir et formaliser des passerelles vers d'autres modes d'exercice. En effet la pratique de la médecine d'urgence peut difficilement s'envisager de façon définitive sur l'ensemble du cycle de vie professionnelle.

Dans la mesure où cette proposition fait l'objet d'une quasi-unanimité des professionnels, sous la réserve de l'organisation d'une « seconde carrière », la mission considère qu'elle peut s'intégrer aux mesures à court terme de régulation du post-internat. La création d'un nouveau DES ne dépend ni du calendrier, ni du contenu des décisions plus larges qui seront prises sur le post-internat. Toutefois, il est certain que la construction d'une maquette de formation, et les délais juridiques nécessaires à une telle réforme, conduisent à envisager un horizon annuel pour sa mise en œuvre effective, soit un objectif à atteindre pour la rentrée universitaire 2012-2013. En outre, la construction de passerelles entre spécialités dépasse la seule question des services d'urgence, même si elle peut être jugée prioritaire dans ce secteur.

Recommandation n°19 : Elaborer une maquette spécifique à la médecine d'urgence, afin que l'orientation vers cette forme d'exercice soit prise en compte dans la gestion des ECN

4.3.3.5. Encourager la structuration de la recherche en soins primaires

La création d'une filière universitaire de médecine générale peut apporter une contribution nouvelle et essentielle à la recherche en soins primaires dont le développement en France est jugé insuffisant. L'implication des CCUMG dans cette recherche doit être considérée comme une priorité ; elle doit être à ce titre encouragée et facilitée par la mise en place d'organisations adaptées.

Deux orientations pourraient être privilégiées dans un premier temps :

- le développement de lieux de recherche structurés dans les maisons de santé de taille importante, associant des professionnels de santé de diverses origines. Dans ce cadre, un soutien au niveau de l'ARS serait pertinent, notamment pour prévoir des locaux adaptés à l'accueil d'étudiants et mettre en place un système d'information facilitant la participation à des projets de recherche ;

¹⁰³ La revalorisation effectuée en 2008 reste faible, au regard de l'absence de revalorisation pendant les 10 années précédentes.

- le développement de recherches interdisciplinaires au sein des facultés, notamment avec des sociologues, économistes ou ergonomes. L'implication des MCUMG et PUMG apparaît dès lors déterminante, notamment pour encadrer des projets de recherche auxquels les CCU-MG seraient associés.

Recommandation n°20 : Développer des lieux de recherche en secteur ambulatoire et favoriser des recherches interdisciplinaires en y associant des CCUMG

4.3.4. Prévoir une mission sur les perspectives d'évolution du secteur 2

La complexité technique des questions relatives à la tarification des actes médicaux, jointe à la grande sensibilité politique du sujet, qui a un impact direct sur le niveau et la répartition des revenus des professionnels concernés, justifie le lancement d'une mission ad hoc pour examiner les solutions alternatives au système actuel d'ouverture des droits à dépassement dont la mission a souligné les fondements contestables et les effets pervers.

Recommandation n°21 : Lancer une mission pour évaluer les conséquences à tirer, en termes de tarification des actes médicaux, de la réforme proposée au niveau du post-internat

Claire AUBIN

Christine DANIEL

Dr Françoise SCHAETZEL

Alain BILLON

Patrice BLEMONT

Agnès ELIOT

Jacques VEYRET

Liste des annexes

Annexe n° 1 : lettre de mission

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées

Annexe n° 3 : liste des sigles

Annexe n° 4 : bibliographie

ETUDES DE MEDECINE

Annexe n° 5 : l'historique du post-internat de 1960 à nos jours

Annexe n° 6 : les études de médecine et les réformes intervenues depuis 2004

Annexe n° 7 : numerus clausus des étudiants en médecine de 1971 à 2010 : le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année

Annexe n° 8 : liste des diplômes d'études spécialisées et des diplômes d'études spécialisées complémentaires des groupes I et II

Annexe n° 9 : la réglementation européenne sur la durée des études de médecine
Directive européenne de 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Annexe n° 10 : les conditions d'exercice de la médecine par l'interne avant l'obtention de son DES

LES DIFFERENTES FORMES DE POST-INTERNAT

Annexe n° 11 : statuts dans lesquels peut s'effectuer un post-internat

Annexe n° 12 : note du CHRU de Lille relative aux dispositifs et aux différents statuts de post-internat dans la région Nord Pas de Calais

Annexe n° 13 : les textes récents adoptés concernant l'internat et le post-internat : extraits de la loi Hôpital patients santé territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et article L-632-6 du Code de l'Education relatif au contrat d'engagement de service public

Annexe n° 14: Le temps partagé dans les régions Nord Pas de Calais et en Lorraine

Annexe n° 15 : exploitation du questionnaire de la mission sur le temps partagé envoyé aux directeurs des affaires médicales des CHU

LA MEDECINE GENERALE

Annexe n° 16 : la filière universitaire et le clinicat de médecine générale

Annexe n° 17 : le post-internat de médecine générale

Annexe 18 : besoins en encadrement universitaire et médical pour la médecine générale

Annexe n° 19 : facteurs influençant le choix de la médecine générale chez les étudiants en médecine : étude qualitative par focus groups en Picardie, Synthèse de la thèse de médecine de M. Sellier, 30 octobre 2009

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Annexe n° 20 : exploitation par la mission des dossiers de personnel hospitalo-universitaires du ministère de l'enseignement supérieur et la recherche pour les nominations de titulaires en 2009

Annexe n° 21 : synthèse du rapport sur « les impacts des activités d'enseignements et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers », Fédération hospitalière de France-Armines, novembre 2006

Annexe n° 22 : les coûts de formation au lit du malade des étudiants en médecine pour les établissements hospitaliers : quelques références étrangères

EFFECTIFS

Annexe n° 23 : évolution des effectifs d'assistants par régions et spécialités dans le secteur public

Annexe n° 24 : évolution du nombre de postes de chef de clinique assistant et d'assistant hospitalier universitaire par régions et spécialités (1998, 2007, 2008 et 2009)

Annexe n° 25 : nombre de DES obtenus et nombre de postes de CCA/AHU disponibles pour certaines spécialités et régions en 2007

Annexe 26 : estimations des débouchés des internes qui obtiennent leur DES en 2009 et qui l'obtiendront en 2013

Annexe n° 27 : présentation du post-internat par les internes de Poitiers : débouchés en chefs de clinique et assistants spécialistes

PRISES de POSITION

Annexe n° 28 : contribution de l'INSNAR-IMG sur le post-internat de médecine générale

Annexe n°29 : propositions INSNAR-IMG adoptées en conseil d'administration, développement du clinicat de médecine générale



Inspection générale
des affaires sociales

RM2010-088P

Inspection générale de l'administration, de
l'éducation nationale et
de la recherche
N°2010-046

Le post-internat Constats et propositions

RAPPORT TOME 2 : ANNEXES

Établi par

Claire AUBIN Christine DANIEL Dr Françoise SCHAETZEL
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Alain BILLON Patrice BLEMONT Agnès ELIOT Jacques VEYRET
Membres de l'Inspection générale de l'administration de
l'éducation nationale et de la recherche

Avec la participation de Cécile BIZOT
Stagiaire à l'IGAS

- Juin 2010 -

Sommaire

ANNEXE N° 1 : LETTRE DE MISSION	5
ANNEXE N° 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	9
ANNEXE N° 3 : LISTE DES SIGLES	15
ANNEXE N° 4 : BIBLIOGRAPHIE	17
ANNEXE N° 5 : L'HISTORIQUE DU POST-INTERNAT, DE 1960 A NOS JOURS	21
ANNEXE N° 6 : LES ETUDES DE MEDECINE ET LES REFORMES INTERVENUES DEPUIS 2004	25
ANNEXE N° 7 : NUMERUS CLAUSUS DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE 1971 A 2010	31
ANNEXE N° 8 : LISTE DES DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES ET DES DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRES DES GROUPES I ET II	33
ANNEXE N° 9 : LA REGLEMENTATION EUROPEENNE SUR LA DUREE DES ETUDES DE MEDECINE - DIRECTIVE EUROPEENNE DE 2005/36/CE DU 7 SEPTEMBRE 2005 RELATIVE A LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES	37
ANNEXE N° 10 : LES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MEDECINE PAR L'INTERNE AVANT L'OBTENTION DE SON DES.....	39
ANNEXE N° 11 : STATUTS DANS LESQUELS PEUT S'EFFECTUER UN POST-INTERNAT.....	43
ANNEXE N° 12 : NOTE DU CHRU DE LILLE RELATIVE AUX DISPOSITIFS ET AUX DIFFERENTS STATUTS DE POST-INTERNAT DANS LA REGION NORD PAS DE CALAIS.....	51
ANNEXE N°13 : LES TEXTES RECENTS ADOPTES CONCERNANT L'INTERNAT ET LE POST-INTERNAT EXTRAITS DE LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES	59
ANNEXE N° 14 : TEMPS PARTAGE DANS LES REGIONS NORD-PAS DE CALAIS ET LORRAINE	63
ANNEXE N° 15 : EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DE LA MISSION SUR LE TEMPS PARTAGE ENVOYE AUX DIRECTEURS DES AFFAIRES MEDICALES DES CHU.....	67
ANNEXE N° 16 : LA FILIERE UNIVERSITAIRE ET LE CLINICAT DE MEDECINE GENERALE	75
ANNEXE N° 17 : LE POST-INTERNAT DE MEDECINE GENERALE	83

ANNEXE N° 18 : BESOINS EN ENCADREMENT UNIVERSITAIRE ET MEDICAL POUR LA MEDECINE GENERALE	89
ANNEXE N° 19 : FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE : ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPS EN PICARDIE. SYNTHESE DE LA THESE DE MEDECINE DE M. SELLIER, 30 OCTOBRE 2009.....	99
ANNEXE N° 20 : EXPLOITATION PAR LA MISSION DES DOSSIERS DE PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DU MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA RECHERCHE POUR LES NOMINATIONS DE TITULAIRES EN 2009	105
ANNEXE N° 21 : SYNTHESE DU RAPPORT SUR « LES IMPACTS DES ACTIVITES D'ENSEIGNEMENTS ET DE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES HOSPITALIERS », FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE-ARMINES, NOVEMBRE 2006	109
ANNEXE N° 22 : LES COUTS DE FORMATION AU LIT DU MALADE DES ETUDIANTS EN MEDECINE POUR LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS : QUELQUES REFERENCES ETRANGERES	113
ANNEXE N° 23 : EVOLUTION DES EFFECTIFS D'ASSISTANTS SPECIALISTES PAR REGIONS ET SPECIALITES DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS.....	115
ANNEXE N° 24 : EVOLUTION DU NOMBRE DE POSTES DE CCA ET D'AHU PAR REGION ET PAR SPECIALITE DE 1998 A 2009.....	119
ANNEXE N° 25 : NOMBRE DE DES OBTENUS ET NOMBRE DE POSTES DE CCA/AHU DISPONIBLES POUR CERTAINES SPECIALITES ET REGIONS EN 2007.....	123
ANNEXE N° 26 : ESTIMATIONS DES DEBOUCHES DES INTERNES QUI OBTIENNENT LEUR DES EN 2009 ET QUI L'OBTIENDRONT EN 2013.....	129
ANNEXE N° 27 : LE POST-INTERNAT : LES BESOINS ET ATTENTES DES INTERNES DE POITOU-CHARENTES	131
ANNEXE N° 28 : CONTRIBUTION DE L'ISNAR-IMG SUR LE POST-INTERNAT DE MEDECINE GENERALE	139
ANNEXE N° 29 : PROPOSITIONS INSNAR-IMG ADOPTEES EN CONSEIL D'ADMINISTRATION, DEVELOPPEMENT DU CLINICAT DE MEDECINE GENERALE	145

Annexe n° 1 : Lettre de mission



Ministère de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche

Ministère de la Santé et des Sports

Paris, le 18 SEP. 2009

à

Monsieur le chef de l'inspection générale
des affaires sociales

Monsieur le chef de l'inspection générale
de l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche

En dix ans, le numerus clausus des études de médecine est passé de 3700 à 7400 places. Plus de 18 000 internes de médecine sont actuellement en formation et on estime leur nombre à 30 000 à l'horizon 2019.

Leur formation durant le 3^{ème} cycle de spécialité se déroule en 3 à 5 ans, selon la spécialité choisie, et les maquettes de formations de certains diplômes d'études spécialisés exigent un an de fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières à l'issue de l'internat.

En dehors de ces exigences réglementaires, de plus en plus de spécialités ou de coordonnateurs de diplômes nous font part de la nécessité de suivre un post-internat pour les jeunes professionnels, afin de compléter la formation clinique. La filière de médecine générale en cours de développement entend, elle aussi, assurer des débouchés en post-internat aux jeunes diplômés.

Les Etats généraux de l'organisation de la santé, réunis entre novembre 2007 et avril 2008, ont largement démontré la nécessité d'adapter dès à présent le dispositif de formation initiale pour garantir sur l'ensemble du territoire, aujourd'hui comme à l'avenir, l'accessibilité et la continuité des soins nécessaires à la préservation de la santé de tous. Par ailleurs, le rôle fondamental d'un post-internat adapté a été souligné afin de renforcer la qualité de la formation et favoriser la « fidélisation » de jeunes professionnels dans leur région de formation. Les acteurs, enseignants comme étudiants, visent tout particulièrement les postes de chefs de cliniques-assistants des hôpitaux pour la réalisation de ce post-internat. Or, il s'agit d'emplois hospitalo-universitaires localisés, pour la valence d'enseignement et de recherche, dans les UFR de médecine.

Aujourd'hui, à titre d'illustration, le nombre de postes de chefs de cliniques-assistants des hôpitaux titulaires s'élève à environ 3 000, mais ces postes sont répartis entre les régions de manière discordante avec les récentes affectations d'internes. Selon sa région de formation, un interne dispose de 40 à 150 % de chances d'accéder à l'un de ces postes. Il existe ainsi un décalage majeur entre la répartition de ces postes et celle des postes d'internes, cette seconde répartition visant à rééquilibrer les flux de diplômés en fonction des besoins de soins des territoires et des perspectives démographiques. Le risque de fuite des jeunes diplômés, vers l'Île de France notamment (qui dispose de 30% des postes créés au niveau national) est avéré.

Cette question de la redistribution géographique des emplois de CCA/AHU offerts aux internes ne peut toutefois être abordée sans celle de la localisation des autres emplois hospitalo-universitaires (PUPH/MCUPH/PHU) qui ont également vocation à encadrer les internes.

Dans un contexte où l'article 15 de la loi HPST doit permettre de renforcer demain le pilotage fin des flux de diplômés par région et spécialité, le post-internat sera donc l'élément clé d'accompagnement de cette réforme pour éviter les effets d'aubaine pour une installation vers des régions considérées comme sur-denses, alors que certaines régions sous-denses ont fourni des efforts importants pour former des cohortes croissantes d'internes selon leurs besoins démographiques.

Dans le cadre réglementaire en vigueur, il y a lieu de souligner que le post-internat peut être réalisé sur le statut de chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux et d'assistant hospitalier universitaire (régé par le décret n°84-135 du 24/02/1984) ou le statut d'assistant des hôpitaux (articles R. 6152-501 à R. 6152-541 du code de la santé publique).

Depuis la réforme du statut des assistants du 8 janvier 2009, les CHU peuvent désormais recruter des assistants dans toutes les disciplines et spécialités (décret n° 2009-24 du 8 janvier 2009). Le développement du post-internat a été encouragé par la création et le financement au titre de l'année 2009 de 200 postes d'assistants partagés pour 15 CHU, situés dans les régions où à la fois les besoins de jeunes professionnels et les besoins en post-internat sont les plus importants et dont la liste est fixée par la circulaire DHOS/RH/2009/26 du 26 janvier 2009. Cette action sera d'ailleurs poursuivie en 2010. Ces postes d'assistants partagés doivent permettre à de jeunes médecins grâce à leurs fonctions d'assistants spécialistes d'approfondir leur formation spécialisée et de contribuer à l'encadrement d'un exercice entre le CHU de recrutement et les centres hospitaliers du territoire ou de l'inter région. Cette période doit également leur permettre de construire les bases de leur future activité professionnelle dans la région, qu'ils fassent le choix d'un exercice salarié ou libéral.

Aussi, nous vous demandons, au regard des attentes très fortes exprimées, de faire des propositions sur les modalités de développement du post-internat au regard des augmentations récentes du numerus clausus et des priorités de la démographie médicale qui ont guidé les rééquilibrages d'internes formés entre les régions.

A cette fin, vous engagerez avec toutes les organisations concernées une concertation approfondie, afin d'identifier les points de consensus et de divergence.

La mission doit examiner les voies qui peuvent être proposées (au-delà du dispositif des assistants partagés déjà mis en œuvre), pour développer les possibilités de post-internat selon les besoins de la démographie médicale régionale, ainsi que les moyens d'accompagnement nécessaires pour ce faire.

La mission doit aussi prendre en compte la problématique particulière de la médecine générale et les possibilités de mise en œuvre d'un post-internat pour cette spécialité.


La mission doit enfin évaluer les impacts financiers qui pourraient résulter de ses propositions.

Vous pourrez bénéficier dans votre mission du concours de nos services et notamment de l'appui de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la direction générale des ressources humaines pour mener à bien ces travaux.

Vous voudrez bien nous faire part de vos conclusions avant la fin de l'année 2009.



La Ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche



La Ministre de la santé et des sports

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées

Ministère de la santé et des sports

Cabinet

- Pr. DESMONTS, conseiller spécial pour les affaires médicales
- M. SALES, directeur adjoint
- Dr. ELLEBOODE, conseiller technique

Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

- Mme De MASSON d'AUTUME, chef de service
- M. GRAVELAINE, adjoint à la sous-directrice RHSS
- Mme SOUFFLET-CARPENTIER, chef du bureau de la démographie et de la formation initiale, RH1
- M. MILLAN, adjoint du chef de bureau RH1
- Dr. ELLEBOODE, chargé de mission bureau RH1
- Mme SPREUX, chargée de mission "3ème cycle des études de médecine", bureau RH1
- Mme OSWALT, chargée de mission "démographie des professionnels de santé", bureau RH1
- Mme LAMBERT-FENERY, chef du bureau des ressources humaines hospitalières, bureau RH4
- Mme UZUREAU-HUSSON, chargée de mission du bureau RH4
- M. RAIMBAULT, chef du bureau du financement de l'hospitalisation publique, F2
- M. COUTIER, bureau du financement de l'hospitalisation publique, F2
- Mme MARROU, bureau du financement de l'hospitalisation publique, F2

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Mme BROCAS, directrice
- M. GUILLAUMAT, chef du bureau des professions de santé
- Mme BARLET, bureau des professions de santé

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

- Pr. BERLAND, président
- Mme BURDILLAT, secrétaire générale
- Dr. BAUBEAU, chargée de mission

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Cabinet

- Pr. FAGNIEZ, conseiller spécial

Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP)

- M. HETZEL, directeur général
- M. COULON, chef du service de la stratégie de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
- M. JOLLY, adjoint au chef du service de la stratégie
- Pr. COURAUD, conseiller scientifique pour les formations de santé
- Mme DELOCHE, chef de la mission des formations de santé

Direction générale des ressources humaines (DGRH)

- Mme MESCLON, sous-directrice du recrutement et de la gestion des carrières
- M. LONGUERE, chef du bureau des personnels de santé (DGRH A2-4)

Groupe informel de coordination entre la mission interministérielle IGAS/IGAENR et la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI)

- M. BALOUET, président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
- Pr. DETEIX, président de la conférence des doyens
- Pr. DRUAIS, président du collège national des généralistes enseignants (CNGE)
- Dr. FELLINGER, président de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement des CH
- Dr. MIR, vice-président de l'Inter Syndicat national des chefs de clinique assistants (ISNCCA)
- Dr. MURCIER, président de l'Intersyndical national des internes des hôpitaux (ISNIH)
- M. ROMATET, président de la conférence des directeurs généraux de CHU
- Dr. JANODY, présidente de la conférence des médecins inspecteurs régionaux
- Dr. VERFAILLIE, président de l'association nationale des chefs de clinique de médecine générale

Médecine générale : personnalités consultées

- M. BALOUET, Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
- Dr. DARMON, Association nationale des CCUMG (ANCCMG)
- Pr. DRUAIS, Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
- Pr. GILBERG, groupe des professeurs titulaires de médecine générale (PUMG)
- Mme HELENIOK, Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
- Dr. JUNG, Maître de conférences des universités en médecine générale (MCU-MG), département de médecine générale, UFR de Strasbourg
- Pr. LERUSTE, Syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG)
- Mme LIEUTARD, ingénieur de recherche, faculté de médecine, université de Brest
- Pr. NOUGAIREDE, groupe des professeurs titulaires de médecine générale (PUMG)
- Dr. VIALTEL, Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

- Dr. DEAU, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Pr. NICODEME, président de la section formation compétences médicales
- Pr. PARC, conseiller national
- M. TORNAY, chef de service de la section formation compétences médicales
- Mme ROZADA, adjointe à la section formation compétences médicales

Institut national du cancer (INCA)

- Pr. MARANINCHI, PUPH en oncologie et président de l'INCA
- Dr. BARA, directrice des soins et de la vie des malades à l'INCA

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- M. AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins
- Mme DENECHERE, directrice de cabinet du directeur

Conférence des présidents d'université

- M. SALZMANN, président de l'université Paris XIII
- Pr. BLEDIER, ancien doyen

Région Nord Pas de Calais

Conseil régional du Nord Pas de Calais

- M. AUTES, vice-président du Conseil régional chargé de la santé et président de la Conférence régionale de santé
- Mme FACON, chargée de mission au Conseil régional

DRASS et ARH

- M. WESTERMANN, directeur général de la DRASS
- Mme YVONNEAU, directrice adjointe de la DRASS
- M. LAHOUTE, médecin inspecteur régional
- Mme BEN BRAHIM, médecin inspecteur de la santé publique
- Mme BANCQUART, inspectrice des affaires sanitaires et sociales
- M. DELAETER, secrétaire général de l'ARH
- Mme COUTURE, chargée de mission à l'ARH
- Mme DENIS, chargée de mission à l'ARH

Faculté de médecine

- M. SERGHERAERT, président de l'université Lille II
- Pr. FRANCKE, doyen jusqu'au 5 janvier 2010
- Pr. PRUVOT, vice-doyen jusqu'au 5 janvier 2010, membre de la CNIPI
- Dr. PRUVO, chef de service en radiologie
- Pr. GOSSET, doyen de la faculté à partir du 6 janvier 2010
- Pr. LACROIX, vice-doyen de la faculté à partir du 6 janvier 2010
- Pr. GLANTENET, coordonnateur de médecine générale
- Pr. HATRON, coordonnateur de médecine générale,
- Pr. MARTINOT, coordonnatrice de la spécialité chirurgie plastique
- Pr. ROULAND, coordonnateur de la spécialité ophtalmologie

CHRU de Lille

- M. DELMOTTE, directeur général
- Pr. DESTEE, président de la commission médicale d'établissement
- M. DOUTE, directeur des affaires médicales
- Pr LEBUFFE, coordonnateur du pôle d'anesthésie en chirurgie viscérale et les membres de son équipe
- Dr. BARONCINI, AHU en anatomie
- Dr. MARCHETTI, CCA en orthopédie
- Dr. TOLEDANO, CCA « régional » en radiologie
- M. WAHAB, interne en chirurgie plastique
- Mme BUTRUILLE, interne en urologie
- M. LE ROUGIC, interne en pneumologie
- M. VERVOORT, interne en orthopédie
- M. WAVREILLE, interne en ophtalmologie

Hôpital Claude Huriez Lille (dépendant du CHRU)

- Pr LEBUFFE,
- Dr ANDRIEU, praticien hospitalier en anesthésie-réanimation
- Dr Eric JESSENNE, chef de clinique « régional » en anesthésie-réanimation au CH de Valenciennes et au CHRU de Lille, service neurochirurgie
- M. STOKKING, interne en anesthésie-réanimation, 5ème année
- Mme SABAU, interne en anesthésie- réanimation, 3ème semestre

Centre Hospitalier de Seclin

- M. LEBURGUE, directeur
- M. MASURELLE, directeur des ressources humaines et des affaires médicales
- M. VERPLAUVEU, président de la commission médicale d'établissement
- Dr HELFRIEN, chef de service chirurgie générale et digestive, PH à temps plein, responsable du pôle chirurgie
- Mme WEMEAU, chef du service de pédiatrie, PH à temps plein
- Dr GUILLET MESNIL, assistante spécialiste à temps partagé en pédiatrie, spécialisation pneumo-allergologie
- Dr LUBRET, assistante spécialiste à temps partagé en pédiatrie, spécialisation néo-natalité
- M. POTIRON, assistant spécialiste à temps partagé, chirurgie urologique
- Dr. SAUVAGE, chef du service d'urologie, PH à temps partiel

Internes de spécialité

- M. LYS, représentant de l'association des internes en spécialité des hôpitaux de Lille

Région Poitou-Charentes**Conseil régional du Poitou-Charentes**

- Mme MENARD, représentante du Conseil régional en charge de la santé

DRASS-ARH

- M. TARDY, directeur de la DRASS
- M. BLANC, directeur - préfigurateur de l'ARS
- M. LECHUGA, MIR Poitou-Charentes
- Mme PERRIN, directrice de l'ARH
- Mme DESHOULIERES, inspectrice DRASS Poitou-Charentes en charge des professions médicales et de l'internat

Ordre des médecins et Union régionale des médecins libéraux (URML)

- Dr DUGUET, président du conseil régional de l'ordre des médecins
- Dr ARNAULT, président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Vienne, membre du conseil régional de l'Ordre des médecins
- Dr BOUGES, représentant de l'URML
- Dr BERRARD, représentant de l'URML

URCAM

- Mme GALLINAT, directrice de l'URCAM
- M. FLAMENT, directeur adjoint de l'URCAM

Faculté de médecine

- Pr MORICHAU-BEAUCHANT, doyen de la faculté de médecine de Poitiers, chef du service gastro-entérologie
- Pr GIL, ancien doyen de la faculté de médecine, consultant pour la neurologie
- Pr HERPIN, coordonnateur interrégional pour la région Ouest de la filière cardiologie
- Pr HANKARD, coordonnateur régional filière pédiatrie

CHU de Poitiers

- Mme ASTRUC, directrice des affaires médicales
- Mme DEVAUX, attaché à la direction des affaires médicales
- Pr ALLAL, président de la CME, chef du service de cardiologie
- Pr DEBAENE, chef du service anesthésie-réanimation

- Pr ROBLOT, chef du service de médecine interne, responsable de la formation des internes de médecine générale
- Pr DORÉ, chef du service chirurgie urologique, responsable du DES et de la filière chirurgie

CH de Niort

- M. BEY, directeur des affaires médicales
- Dr VOLLARD, président de la commission médicale d'établissement
- Dr BARON, chef du service de néphrologie
- Dr LATOURELLE, PH de psychiatrie, ancienne assistante
- Dr MOUMAS, assistant spécialiste à temps partagé en néphrologie

CH de La Rochelle

- Mme TURPIN, directrice des affaires médicales

CH d'Angoulême

- Dr ESTRADE, chirurgien urologue
- Dr GAVID, professeur de médecine générale
- Dr BORNERT, CCA

Internes

- M. LEMERCIER et M. VANDIGENEN, représentants les internes de médecine générale (CRP-IMG)
- Mme BON, trésorière du CRP-IMG, membre de l'ISNAR-IMG
- M. BOISSON et M. FRAY président et vice-président des internes de spécialités autres que la médecine générale
- M. MALLET, représentant les internes de psychiatrie
- M. DEPONT, interne en psychiatrie
- Mme LABATUT et M. VENDOEUVRE, interne en néphrologie
- M. RIDA-CHAFFI, Mme PERCHERON et Mme SARRAZIN, interne en médecine générale

Région Lorraine

Conseil régional de Lorraine

- M. RENAUDIN, directeur santé

Université et faculté de médecine

- M. FINANCE, président de l'université Nancy I
- Pr. BARBAUD, vice-doyen chargée de la pédagogie
- Pr. BRONOWICKI, assesseur chargé du 3^{ème} cycle
- Pr. ANGIOI-DUPREZ, assesseur chargée de la pédagogie

Filière universitaire de médecine générale

- Pr. AUBREGE, PU-MG, coordonnateur filière médecine générale
- Dr. BERBE, chef de clinique en médecine générale, président de REAGJIR

DRASS et ARH

- Mme GAULARD, directrice de la DRASS par intérim
- Mme PIQUET, médecin inspecteur régional
- M. GRALL, directeur préfigurateur de l'ARS Lorraine

Conseil régional de l'Ordre des médecins

- Dr. ROYAUX, président
- Dr. BOHL, conseillère nationale

URCAM

- M. MARX, directeur

CHU de Nancy

- M. VIGOUROUX, directeur général
- M. BOULANGER, directeur adjoint et DIRAM
- Pr. SCHMUTZ, président de la commission médicale d'établissement
- Pr. BRESLER, coordonnateur filière chirurgie digestive, générale et endocrinienne
- Pr. VERSPIGNANI, coordonnateur filière neurologie
- Pr. DEBOUVERIE, neurologue
- Pr. BOUTROY, coordonnateur filière gynéco-obstétrique

CLCC Centre Alexis Vautrin

- Pr. GUILLEMIN, directeur général
- Pr. CONROY, oncologie médicale
- Pr. PEIFFERT, radiologie

CH de Verdun

- Dr. BAUGNON, responsable des urgences

CH d'Epinal

- M. HUMBERT, directeur adjoint
- Mme DEMANGEON, DIRAM
- Pr. HUTTIN, président de la commission médicale d'établissement
- Dr. LALOT, PH en anesthésie-réanimation au CHU de Nancy en temps partagé à Epinal

Internes et chefs de clinique

- Dr. ZUILY, syndicat des chefs de clinique du CHU de Nancy, CCA en cardiologie
- M. THIBAUT, président de l'APINHS (internes de spécialités)
- Mme VIALTEL, présidente de RAOUL-IMG
- Mme HARMEGNIES, RAOUL-IMG

Région Ile de France**DRASS et ARH**

- Mme CRETIN, directrice adjointe de la DRASSIF
- Mme RAYNAUD, responsable service profession de santé DRASSIF
- Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional
- M. LAFFONT, directeur adjoint de l'ARHIF

AP-HP

- Pr FAGON, directeur de la politique médicale (DPM)
- M. GOTTMANN, directeur du département des ressources humaines médicales au sein de la DPM
- Pr. VEKEMANS, chef du service d'histologie, embryologie et cytogénétique, hôpital Necker et une partie de son équipe d'internes et chefs de clinique
- Pr. BELGHITI, chef du service de chirurgie hépato-pancréato-biliaire, hôpital Beaujon et une partie de son équipe d'internes et assistants hospitalo-universitaires

Annexe n° 3 : Liste des sigles

AHU : Assistant hospitalier universitaire

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ASH : Assistant spécialiste des hôpitaux

CCUMG : Chef de clinique des universités de médecine générale

CCA : Chef de clinique des universités - Assistant des hôpitaux

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

CME : Commission médicale d'établissement

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNU : Conseil national des universités

CPU : Conférence des présidents d'université

CSCT : Certificat de synthèse clinique et thérapeutique

CTRS : Centre thématique de recherche et de soins

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGRH : Direction générale des ressources humaines (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la santé et des sports)

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé et des sports)

DUMG : Département universitaire de médecine générale

ECN : Epreuves classantes nationales

IMG : Interne en médecine générale

LMD : Licence-master-doctorat

LRU : Loi relative aux libertés et responsabilités des universités

MCU-PH : Maître de conférences des universités – Praticien hospitalier

MERRI : Mission d'enseignement, de référence, de recherche et d'innovation

MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

MG : Médecine générale

MIG : Mission d'intérêt général

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

PC : Praticiens contractuels

PH : Praticien hospitalier

PHU : Praticien hospitalier universitaire

PSPH : Etablissement participant au service public hospitalier

PU-PH : Professeur des universités - Praticien hospitalier

RCE : Responsabilités et compétences élargies des universités

T2A : Tarification à l'activité

Annexe n° 4 : Bibliographie

Rapports :

- Rapport de l'ONDPS Tome 1 2006-2007 *La médecine générale*
Rapport de l'ONDPS Tome 2 2006-2007 *Les internes en médecine démographie et répartition*
Rapport de l'ONDPS Tome 3 2008-2009 *Le renouvellement des effectifs médicaux*
- Rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par le Pr Marescaux, mai 2009
- Rapport IGAS-IGAENR relatif à la création de la filière universitaire de médecine générale, février 2007
- Rapport IGAS relatif au financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009
- Rapport IGAS relatif à la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009
- Rapport annuel 2008 du centre national de gestion
- Rapport sur le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, janvier 2010
- Pouvourville G. (De), *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, Rapport au ministre de la santé et au ministre délégué à la recherche, 2006
- *Les impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers* Rapport FHF / Armines 2006
- *Territoires et accès aux soins*, rapport du groupe de travail du CREDES, janvier 2003
- Ducassou D., Jaeck D., Leclercq B., *Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université*, Rapport au ministre de la santé, 2003
- Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie, G. Nicolas, M. Duret, 1998
- Notes d'information 10 .01 et 9.24, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Ouvrages, études et articles français :

- Allal-Toubert K., Vanderschelden M., La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Etudes et résultats n° 676, février 2009
- Allal-Toubert K., Vanderschelden M., La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projection nationales et régionales détaillées, *Dossiers solidarités et santé*, DREES, n° 12, 2009
- Anne (C) et alii, Qualité de la formation et devenir professionnel des étudiants du diplôme d'études spéciales de pédiatrie : enquête auprès des promotions 1990 à 2000 de l'interrégion ouest, *Archives de pédiatrie*, Octobre 2007
- Bloy G et Schweyer FX, *Singuliers généralistes*, Presse de l'EHESP, 2010

- Carcopino X., Bats A.S., Quel post-internat pour les internes de gynécologie-obstétrique ? Association des gynécologues et obstétriciens en formation, 2005
- Dormont B, Samson A-L., Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations, *Economie et statistique*, INSEE
- Dewas S. et alii, Démographie des internes en oncologie-radiothérapie en 2008 : état et perspectives pour les trois prochaines années année de publication, *Cancer-radiothérapie*, juin 2009
- Fauvet L, les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales, *Etudes et résultats*, DREES, n°720, février 2010
- Hennion M., Le financement de la protection sociale : une analyse par risque social, *Etudes et résultats* DRESS, n° 648, août 2008
- Lefebvre A. et alii, Lieu d'installation des médecins spécialistes : enquête auprès de trois générations de jeunes diplômés de l'Université de Franche-Comté, *Santé Publique* 2008/2, n°20, p. 141-151
- Leroux M, Modes d'exercice particuliers et diversification de l'exercice en médecine générale, Thèse de médecine, 14 décembre 2009
- Mandel R. et alii, Organisation et charge de travail des chefs de clinique-assistants des unités de réanimation pédiatrique française. Comparaison avec l'expérience des « fellowships » nord-américains, *Archives de pédiatrie*, décembre 2004
- Pidhorz, L.E., Le chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux : son rôle et son impact pédagogique
- Rabineau D., Dhainaut J.F., Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats, AERES, novembre 2009
- Sellier M, Facteurs influençant le choix de la médecine générale chez les étudiants en médecine : Etude qualitative par focus groups en Picardie. Thèse de médecine, 30 octobre 2009
- Place des assistants chefs de clinique dans les unités de réanimation pédiatriques et néonatales : une organisation paradoxale, *Archives de pédiatrie (éditorial)*, novembre 2004

Articles étrangers :

Concernant les « teaching hospitals »

- Evaluation des coûts et modalités de financement de la recherche et de l'enseignement dans les hôpitaux universitaires, *Conférence des Hôpitaux Académiques*, Bruxelles, 13 mars 2003
- Gamble M.L., Boero, J.F., Christiansen, R.G., Booher, C.G., Primary care teaching physicians's losses of productivity and revenue at three ambulatory care centers, *Academic Medecin*, Juin 1991

- Garg M.L, Elkhatib M, Klenisey W.M, Mulligan J.L, Reimbursing for residency training : how many times ?, *Medical Care*, 20 juillet 1982
- Kane R.L et alii., Estimating the patient care costs of teaching in a teaching hospital, *The American Journal of medicine*, 2005
- Mechanic R, Coleman K, Dobson A, Teaching hospitals costs : implications for academic missions in a competitive market, *JAMA* 1998
- Spollen M, Munro A et alii, Research on Additionnal Costs of Teaching in NHS Scotland, *Standing Committee on Resource Allocation*, Octobre 2003

Concernant le “gold number”

- Kalucy R. Medical research in the next decade: a commentary. *Med J Aust* 1984;14:285-289
- Hueston W. Factors associated with research efforts of academic family physicians. *J Fam Pract* 1993;37:44-48
- Hueston W, Mainous A. Family medicine research in the community setting: what can we learn from successful researchers. *J Fam Pract* 1996;43:171-176
- Pringle M. Research in general practice. A minority interest: why? *Br Med. J Clin Res Ed.* 1984;289(6438):163-164
- Silagy C, Carson N. Factors affecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 1989;6:173-176
- Shapiro J. Goals and methods of research: the challenge for family medicine. *Fam Pract* 1992;9:92-97.
- Stott N, Fraser R, Morrell D. Research in general practice. Sources of advice. *Br Med J Clin Res Ed.* 1984;289(6453):1198-1200

Annexe n° 5 : L'historique du post-internat, de 1960 à nos jours

Si le titre et la fonction d'interne des hôpitaux sont bien connus, et remontent à 1802, date de création de l'internat par Napoléon 1er, il n'en va pas de même pour le clinicat.

Le titre de chef de clinique est en effet directement lié à la création de diverses chaires de clinique au sein des facultés de médecine. Le chef de clinique occupe donc une fonction universitaire d'enseignement, il doit contribuer, « sous la férule du titulaire de la chaire », à l'éducation des jeunes étudiants médecins, stagiaires externes et internes et il est rémunéré par la faculté. Dans les faits, le chef de clinique, en sa qualité d'assistant des hôpitaux, participe essentiellement à la fonction de soins ; en particulier, les chefs de clinique en chirurgie opèrent soit seuls, soit avec le chef de service.

Le post-internat, tel qu'il est organisé dans les années 1960 (avec beaucoup de précision en ce qui concerne l'exercice des fonctions hospitalières et universitaires que les chefs de clinique partagent avec des moniteurs), connaît en 1984 un coup d'arrêt marqué par l'annonce de la fin des recrutements et par des mesures transitoires d'intégration dans des corps de titulaires.

Le clinicat est rétabli en 1987 dans le dispositif qui demeure en vigueur à ce jour, auquel se sont ajoutés en 2008 les chefs de clinique des universités de médecine générale.

I - L'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, fixe en son article 51 le principe de l'exercice conjoint des fonctions universitaire et hospitalière. Sont publiés au début des années 1960 deux décrets qui vont régir pour près d'un quart de siècle les statuts des médecins hospitaliers.

1. Le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires est pris pour l'application de l'ordonnance du 30 décembre 1958 précitée.

Le rapport de présentation de ce décret rappelle le principe fondateur selon lequel une fonction hospitalière accompagne dans chaque emploi la fonction d'enseignement et de recherche et précise que « cette dualité de fonctions ne s'applique pas seulement au personnel permanent et titulaire. Sont également prévus des cadres de chefs de clinique qui sont en même temps assistants des hôpitaux et de moniteurs qui sont en même temps assistants adjoints. »

Les fonctions des moniteurs et des chefs de clinique sont ainsi définies :

- Art. 37. - Les moniteurs des facultés ou écoles nationales - assistants adjoints des hôpitaux sont mis à la disposition des professeurs ou des maîtres de conférences agrégés-chefs de service

¹ Devenu l'article L. 952-21 du code de l'éducation :

« Les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique, cité à l'article L. 713-5 du présent code, exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun.

Ils sont nommés par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ou sur le rapport de ces ministres.

Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut.

Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. »

hospitalier sous l'autorité desquels ils participent à l'ensemble des tâches définies par l'arrêté prévu à l'article 9² du présent décret.

- Art. 40. - Les chefs de travaux, les chefs de clinique et les assistants des facultés ou écoles nationales-assistants des hôpitaux participent sous l'autorité des professeurs et des maîtres de conférences agrégés-chefs de services hospitaliers, qu'ils secondent, à l'ensemble des tâches définies par l'arrêté prévu à l'article 9 du présent décret et notamment aux travaux pratiques et aux exercices.

Les moniteurs – assistants adjoints des hôpitaux et les chefs de clinique -assistants des hôpitaux sont recrutés parmi les anciens internes, ils sont nommés, les premiers pour une durée d'un an³, par le doyen et le directeur de l'hôpital, les seconds pour une durée de quatre ans⁴ par les ministres de l'éducation nationale et de la santé publique

Les dispositions nouvelles mettent fin au dispositif antérieur : « Les concours de chefs de clinique des facultés et écoles nationales sont supprimés à compter du 30 septembre 1962. Les chefs de clinique en exercice à cette date pourront bénéficier des prorogations annuelles prévues par leur statut sans que la durée totale de leurs fonctions puisse excéder trois ans. » (art. 64.)

2. Le décret n°61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux, prévoit en son article 1er, outre des personnels permanents qui sont médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes ..., des personnels temporaires : assistants en médecine, chirurgie, spécialités, biologie, nommés par concours organisés par l'inspecteur divisionnaire de la santé (art 35).

3. Le décret n° 78-257 du 8 mars 1978 portant statut des praticiens à plein temps des établissements d'hospitalisation publics autres que les hôpitaux locaux prévoira ensuite une procédure selon laquelle, les postes restant disponibles après les opérations de recrutement... sont pourvus par des assistants dans les conditions suivantes: « Les assistants de médecine, chirurgie, spécialités, biologie et odontologie sont nommés par le préfet après concours régionaux organisés par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et comportant l'examen des titres, des travaux et des services rendus ainsi que des épreuves cliniques ou pratiques. » (art 12).

II - Au cours de l'année 1984, les deux décrets du 24 février vont mettre fin au recrutement des chefs de clinique et des assistants, dans la ligne générale⁵ définie par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et les lois relatives aux trois fonctions publiques, dites « lois Le Pors », qui restreignent les possibilités de recrutement des contractuels et prévoient l'intégration des agents non titulaires en fonctions.

1. Le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires met les chefs de clinique en extinction et facilite par des dispositions transitoires l'accès des personnels en fonctions au corps des professeurs :

- Art. 76 Les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux en fonctions à la date d'effet du présent décret demeurent régis par les dispositions du décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires

² Arrêté interministériel du 21 décembre 1960 fixant les obligations de service du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires (J.O. du 22 décembre 1960)

³ Ils peuvent être maintenus en fonctions aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions pour se présenter au concours de recrutement des maîtres de conférences agrégés

⁴ Leurs fonctions sont renouvelables pour trois ans

⁵ Sans qu'il y ait d'obligation juridique à cet égard puisque, en vertu du 4° de l'article 3 de la loi n° 84-16, les emplois des personnels relevant des dispositions de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 ne sont pas soumis à la règle générale d'occupation des emplois permanents par des fonctionnaires et puisque les emplois de praticiens hospitaliers relèvent du code de la santé publique.

Pendant une durée de six ans à compter de la date d'effet du présent décret, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ayant exercé pendant deux ans au moins en cette qualité et âgés de moins de 45 ans au 1er janvier de l'année du concours peuvent se présenter aux concours organisés en application de l'article 61 pour le recrutement de professeurs des universités-praticiens hospitaliers, sans remplir les conditions fixées audit article.

- Art 78 Les derniers recrutements de chefs de clinique auront lieu au plus tard le 1er octobre 1991.

2. Le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers⁶ ne prévoit plus de personnels temporaires et organise l'intégration des assistants en place. Ainsi, les assistants recrutés conformément aux dispositions du décret n° 78-257 du 8 mars 1978 ou du décret n° 61-946 du 24 août 1961⁷ peuvent être intégrés dans le corps des praticiens hospitaliers après avis de commissions qui apprécient les titres et travaux et la manière de servir des intéressés (art 82).

Les dispositions transitoires prévoient, pendant une période de dix ans, que des emplois de praticiens hospitaliers soient affectés au recrutement sur titre et travaux de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux comptant au moins deux ans de services effectifs (art. 85).

Au cours de cette période, les réflexions sur le thème du post-internat font apparaître des conceptions divergentes :

- pour le ministère de la santé : un post internat court (d'un ou deux ans au maximum), effectué essentiellement dans les hôpitaux généraux, en fonction de leurs besoins en personnels médicaux spécialisés, pendant une période permettant d'effectuer dans le milieu hospitalier la préparation nécessaire aux épreuves du concours hospitalier.
- pour le ministère de l'éducation nationale : un post internat long (jusqu'à trois ou quatre ans pour la chirurgie) effectué uniquement en CHU ou dans les grands hôpitaux généraux ; il offrirait non seulement une formation mais une qualification complémentaire et serait une préparation à la fois à une carrière hospitalo-universitaire ou à une carrière de spécialiste hors du milieu hospitalier.

III – Au cours de l'année 1987, le retour du post-internat s'effectue tant dans le domaine hospitalo-universitaire que dans le domaine hospitalier avec la mise en place des dispositifs actuellement en vigueur.

1. Le décret n° 87-622 du 3 août 1987 crée au sein du décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires un chapitre consacré aux dispositions particulières aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires.

2. Le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux désormais codifié⁸ aux articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique est le fondement du dispositif actuel, modifié à diverses reprises, en dernier lieu par le décret n° 2009-24 du 8 janvier 2009 relatif notamment au statut des assistants des hôpitaux, qui modifie le 2° de l'article R. 6152-501 du code de la santé publique de manière à leur ouvrir la possibilité d'être affectés, dans les centres hospitaliers universitaires, dans l'ensemble des services.

⁶ Désormais codifié, depuis l'intervention du décret n°2005-840 du 20 juillet 2005, aux articles R 6152-1 et suivants du code de la santé publique

⁷ Les deux décrets sont abrogés par le décret n° 84-131

⁸ Depuis l'intervention du décret n°2005-840 du 20 juillet 2005

IV. A la suite de l'intervention de la loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale⁹, le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale dispose que les membres du personnel enseignant de médecine générale comprennent, outre des personnels titulaires répartis entre le corps des professeurs des universités de médecine générale et le corps des maîtres de conférences des universités de médecine générale, des personnels non titulaires constitués des chefs de clinique des universités de médecine générale.

⁹ Création de l'article L. 952-23 du code de l'éducation : « Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale.

Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire. »

Annexe n° 6 : Les études de médecine et les réformes intervenues depuis 2004

Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les unités de formation et de recherche de médecine (UFR). Elles doivent permettre aux étudiants d'appréhender l'exercice clinique, puis d'y participer.

Les études de médecine se déroulent en trois cycles

1/ Premier cycle des études médicales (PCEM)

Le premier cycle des études médicales se déroule en deux ans. Un concours en fin de première année des études de santé permet de sélectionner les étudiants admis à poursuivre des études médicales.

Première année (PCEM1)

Jusqu'à la rentrée 2010, la première année, dénommée PCEM 1 essentiellement théorique, se terminait par un concours permettant l'accès à la suite des études en médecine et odontologie. La loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 porte création d'une première année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage femme¹⁰. Elle s'applique à compter de l'année universitaire 2010-2011. Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé, dit numerus clausus, est fixé par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés

Deuxième année (PCEM2)

La deuxième année (PCEM 2 ou P2) comporte un enseignement essentiellement théorique qui correspond le plus souvent à la suite du programme de première année : physiologie, anatomie, histologie...

2/ Deuxième cycle des études médicales (DCEM)

En quatre ans, l'étudiant reçoit une formation théorique et pratique sur les différentes pathologies segmentées en modules : modules transversaux (plus ou moins interdisciplinaires) ou modules d'organe. Ces modules préparent aux épreuves classantes nationales dites ECN (cf. infra).

Troisième année de médecine : DCEM 1

La troisième année de médecine (DCEM 1 ou D1) est une année de transition où l'étudiant apprend les sciences biocliniques (pharmacologie, bactériologie, virologie, parasitologie, etc.) qui font l'interface entre sciences fondamentales du premier cycle et enseignements de la pathologie. Il

¹⁰ Voir en fin d'annexe l'article L. 631-1 du code de l'éducation dans sa rédaction résultant de la loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

apprend également à mener l'interrogatoire et l'examen clinique d'un patient lors de ses stages cliniques dits « check-list » associés à l'enseignement de la sémiologie.

L'externat (années DCEM 2 à DCEM 4)

Les trois années suivantes constituent l'externat, même si le terme n'est pas utilisé par le code de la santé publique. A partir de la deuxième année du deuxième cycle des études médicales et pendant toute la durée de ce cycle, les étudiants en médecine participent à l'activité hospitalière et portent le titre d'étudiant hospitalier (Article R 6153-46). Ils accomplissent trente-six mois de stages hospitaliers, et doivent participer à trente-six gardes.

L'étudiant "externe", sous la responsabilité d'un interne ou d'un senior (chef de clinique ou praticien), apprend à reconnaître les différents signes d'une maladie. Il n'a pas à ce stade de responsabilité thérapeutique, ni le droit de prescrire.

L'externat consiste le plus souvent en 4 stages annuels de 3 mois dans des services de spécialités, choisis par grilles en début de chaque année ou trimestre, soit par classement au mérite, soit par classement alphabétique. Les stages consistent en 5 matinées par semaines dans les services. Certains stages sont obligatoires (pédiatrie, gynécologie obstétrique...), et peuvent alors intégrer l'enseignement théorique. Inversement, certaines spécialités n'ont pas d'externes. En 1997, un premier arrêté ministériel (arrêté du 4 mars 1997) prévoyait que chaque étudiant devrait effectuer pendant la deuxième partie du DCEM un stage d'initiation à la médecine générale. Ce stage n'ayant pas été mis en place par les facultés de médecine, un deuxième arrêté, paru le 23 novembre 2006, était censé être un pas supplémentaire vers la concrétisation du stage. Le 18 juin 2009, un nouvel arrêté abroge le précédent. Il réaffirme la durée du stage de 3 mois à mi-temps ou 6 semaines à temps complet, mais aussi son financement sur le budget du ministère de la santé.

Pendant l'externat, l'enseignement magistral, de plus en plus remplacé par des travaux dirigés, se fait en alternance avec des stages hospitaliers : cet enseignement est un véritable compagnonnage, où l'externe aborde par "cas cliniques" des situations vécues dans les services.

Les épreuves classantes nationales

Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales a instauré, en remplacement de l'ancien concours de l'internat, des épreuves classantes nationales anonymes¹¹ qui permettent à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales d'obtenir une affectation en qualité d'interne.

La médecine générale étant désormais considérée comme une spécialité à part entière, tous les futurs médecins sont tenus de passer ces épreuves. L'ancien résidanat devient l'internat de médecine générale. Suivant son classement et le nombre de postes ouverts par les ministres compétents et sous réserve d'avoir validé son second cycle, les étudiants choisissent à l'issue des épreuves une subdivision parmi les 28 existantes (un lieu de formation) et une discipline.¹²

Le nombre de postes ouverts aux ECN dans les différentes disciplines correspond au nombre de candidats. Toutefois, après que ceux-ci ont passé leur concours et obtenu les résultats, les étudiants peuvent choisir de ne pas valider leur dernier semestre et redoublent donc la quatrième année du deuxième cycle afin de pouvoir repasser les ECN. Les écarts entre postes offerts et postes pourvus,

¹¹ Elles comportent des épreuves rédactionnelles, dont l'une au moins consiste en l'analyse d'un ou plusieurs dossiers cliniques et une autre en une lecture critique d'un ou plusieurs articles scientifiques.

¹² Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales (Article L. 632-2 du code de l'éducation)

concentrés en médecine générale, s'expliquent par ce mécanisme. En 2005, 40 % des postes offerts en médecine générale n'étaient pas pourvus mais l'écart est en train de se réduire : en 2006 en effet, 14% des postes ouverts sont non pourvus. Toutefois, les postes pourvus de médecine générale représentent 50 % de l'ensemble.

Les 11 disciplines à l'issue des ECN en 2008 (en ordre décroissant d'effectifs)

	Postes ouverts	Postes pourvus	Ecart
Médecine générale	3200	2 591	609
Spécialités médicales	885	885	0
Spécialités chirurgicales	550	550	0
Psychiatrie	280	280	0
Anesthésie-réanimation	260	260	0
Pédiatrie	200	200	0
Gynécologie-obstétrique	155	155	0
Santé publique	60	57	3
Biologie médicale	40	40	0
Médecine du travail	54	46	8
Gynécologie médicale	20	20	0
TOTAL	5 707	5 084	620

Source : *Etudes et résultats n° 676, janvier 2009, Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008*

Coexistent ainsi dans les disciplines, certaines qui correspondent à des spécialités médicales (anesthésie-réanimation, pédiatrie ou gynécologie) dont l'effectif a été défini nationalement (filiarisation partielle), et des disciplines au sein desquelles il existe plusieurs spécialités (disciplines médicales et chirurgicales). Dans les subdivisions dites « non à flux », les étudiants avaient la possibilité de choisir au sein des disciplines entre ces spécialités en fonction de leur rang de classement. Cette situation a conduit à ce que certaines spécialités soient totalement délaissées. Dans les subdivisions dites « à flux », des quotas étaient en revanche fixés par les coordonnateurs pour chaque spécialité. A titre d'exemple, Lille était une subdivision « non à flux », qui est devenue ville à flux à partir de 2007.

Cette situation a été modifiée en juillet 2009 par l'article 43 de la loi HPST (filiarisation totale), qui modifie l'article L. 632-2 du code de l'éducation (voir annexe 12) en prévoyant qu'un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine **pour une période de cinq ans** le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

L'information des étudiants est organisée par un arrêté qui détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

Un arrêté quinquennal et un arrêté annuel, construits par spécialités et non par disciplines et reposant sur une évaluation régionale des besoins à travers les comités techniques régionaux créés par l'Observatoire national des professionnels de santé, seront adoptés pour la rentrée 2010-2011.

3/ Le troisième cycle des études médicales (TCEM ou internat)

Le troisième cycle des études médicales (TCEM), plus connu sous le nom d'internat, est un cursus de durée variable (3, 4 ou 5 ans) construit à partir des maquettes de formations des diplômes d'études spécialisées (DES), qui correspondent aux différentes spécialités. Celles-ci prévoient des stages validants dans des spécialités définies, essentiellement en milieux hospitaliers, sous la responsabilité d'un « senior ». Un ou plusieurs stages sont dits « libres », c'est-à-dire qu'ils s'exercent dans la spécialité que l'interne choisit.

Les internes exercent des fonctions rémunérées hospitalières ou extrahospitalières, soit dans les CHU, soit dans des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés, liés à ces centres par convention, soit dans des organismes agréés extrahospitaliers ou des laboratoires agréés de recherche, soit sous forme de stage auprès de praticiens, de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation agréés (Article L 632-5 du code de l'éducation¹³).

Dans le cadre de la filière de médecine générale, un semestre est obligatoire en ambulatoire auprès d'un médecin généraliste, le « maître de stage » et un stage est orienté vers le projet professionnel et se place donc en fin de cursus. Lorsqu'il est effectué en médecine générale ambulatoire, il prend la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) et il est alors conçu comme une séniorisation.

L'interne de médecine générale est déjà un professionnel autonome, puisqu'il peut prescrire et effectuer des remplacements dans des cabinets libéraux (sous réserve qu'il ait d'une part validé un certain nombre de semestres, et d'autre part obtenu une « licence de remplacement » auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins, cf. annexe 6).

Les maquettes de formation prévoyant 3 ans pour la médecine générale, et 4 ou 5 ans pour les autres spécialités, la formation complète, sans aucun redoublement, est comprise entre 9 et 11 ans. En pratique, les redoublements sont fréquents pour le concours de fin de première année et les études de médecine ont donc une durée généralement comprise entre 10 et 12 ans.

La spécialité est sanctionnée par le diplôme d'études spécialisées, après soutenance d'un mémoire, qui est parfois confondu avec la thèse d'exercice (thèse-mémoire, lorsque celle-ci est soutenue dans la dernière année d'internat) dont la soutenance confère le diplôme d'Etat de docteur en médecine (article L 632-4 du code de l'éducation)..

L'ancien interne peut alors s'inscrire à l'Ordre et devenir médecin.

¹³ Dans la rédaction qui lui a été donnée par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 3)

LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants

Article 1er

I. — L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art.L. 631-1.-I. — La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :

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

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

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

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

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

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

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

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

...

Article 2

La présente loi entre en vigueur à compter de l'année universitaire 2010-2011.

La réorientation des étudiants à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci est mise en place au plus tard à compter de la rentrée universitaire 2012-2013.

Annexe n° 7 : Numerus clausus des étudiants en médecine de 1971 à 2010 :

Nombre d'étudiants admis en 2ème année

Le numerus clausus est mis en place pour plusieurs raisons en 1971, essentiellement pour réguler le nombre de médecins en fonction des besoins de soins et pour limiter le nombre d'étudiants dans des filières qui comprennent beaucoup de stages pratiques en CHU, avec une capacité d'accueil limitée. La modalité d'application du numerus clausus est le concours de fin de 1^{ère} année.

- 1971-1972 : 8588
- 1972-1973 : 8571
- 1973-1974 : 8564
- 1974-1975 : 8607
- 1975-1976 : 8669
- 1976-1977 : 8671
- 1977-1978 : 8281
- 1978-1979 : 7913
- 1979-1980 : 7121
- 1980-1981 : 6409
- 1981-1982 : 6409
- 1982-1983 : 5900
- 1983-1984 : 5000
- 1984-1985 : 4754
- 1985-1986 : 4754
- 1986-1987 : 4460
- 1987-1988 : 4100
- 1988-1989 : 4100
- 1989-1990 : 4000
- 1990-1991 : 4000
- 1991-1992 : 3750
- 1992-1993 : 3500
- 1993-1994 : 3570
- 1994-1995 : 3576
- 1995-1996 : 3576
- 1996-1997 : 3576
- 1997-1998 : 3583
- 1998-1999 : 3700
- 1999-2000 : 3850
- 2000-2001 : 4100
- 2001-2002 : 4700
- 2002-2003 : 5100
- 2003-2004 : 5550
- 2004-2005 : 6200
- 2005-2006 : 6850
- 2006-2007 : 7100
- 2007-2008 : 7300
- 2008-2009 : 7400
- 2009-2010 : 7400

Annexe n° 8 : Liste des diplômes d'études spécialisées et des diplômes d'études spécialisées complémentaires des groupes I et II

Arrêté du 22 septembre 2004 modifié par arrêtés des 24 mai 2005 et 6 février 2008 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

DES de 3 ans :	Médecine générale
DES de 4 ans :	Cardiologie et maladies vasculaires Dermatologie et vénéréologie Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques Gastro-entérologie et hépato-gastrologie Génétique médicale Médecine nucléaire Médecine physique et de réadaptation Néphrologie Neurologie Pneumologie Rhumatologie Stomatologie Biologie médicale Gynécologie médicale Médecine du travail Pédiatrie Psychiatrie Santé publique et médecine sociale
DES de 5 ans :	Anatomie et cytologie pathologique Hématologie Médecine interne Oncologie Radiodiagnostic et imagerie médicale Chirurgie générale Neurochirurgie Ophtalmologie ORL et chirurgie cervico faciale Anesthésie-réanimation Gynécologie-obstétrique

Arrêté du 22 septembre 2004 modifié par arrêté du 26 janvier 2007 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine

« Le diplôme d'études spécialisées complémentaires ne peut être délivré qu'aux titulaires d'un des diplômes d'études spécialisées mentionnés dans l'annexe propre au diplôme d'études spécialisées complémentaires considéré » (article 11). Cet article s'applique pour les DESC du groupe I et pour les DESC du groupe II.

Pour les diplômes d'études complémentaires spécialisées dites du groupe I, les études ont une durée de deux ans. Deux stages doivent être effectués au cours de l'internat¹⁴ (ce sont donc deux stages obligatoires à prévoir si l'on se destine à un DESC de groupe I) et les deux autres stages « comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés » (article 4).

Cela signifie que l'obtention d'un DESC du groupe I implique au moins une année de « post-internat ».

DESC du groupe I

Durée deux ans

Addictologie
Allergologie et immunologie clinique
Andrologie
Cancérologie
Dermatopathologie
Foetopathologie
Hémobiologie-transfusion
Médecine de la douleur et médecine palliative
Médecine de la reproduction
Médecine légale et expertises médicales
Médecine du sport
Médecine d'urgence
Médecine vasculaire
Néonatalogie
Neuropathologie
Nutrition
Orthopédie dento-maxillo faciale
Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique
Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Ces DESC du groupe I même s'ils offrent une compétence plus large, n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme.

Cela signifie qu'ils ne sont pas obligatoires pour exercer dans la spécialité obtenue lors du DES.

DESC du groupe II

3 ans

Pour les diplômes d'études complémentaires spécialisées dites du groupe II, les études ont une durée de trois ans. Quatre stages doivent être effectués au cours de l'internat et les deux autres stages « comportent des fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières dans des services agréés » (article 4).

L'obtention d'un DESC du groupe II implique un post-internat d'au moins 2 ans.

Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie de la face et du cou
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie urologique

¹⁴ sauf dérogation dûment justifiée, accordée par l'enseignant coordonnateur

Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Gériatrie
Réanimation médicale

Ces DESC du groupe II sont imposés pour obtenir la reconnaissance dans la spécialité. L'obtention de ces DESC ouvre en effet droit à la qualification de spécialiste dans la spécialité correspondant à l'intitulé du diplôme (qualification délivrée par le Conseil de l'Ordre) : ils sont dits «qualifiants».

Les DESC qualifiants sont donc les DESC chirurgicaux (arrêté du 5 mars 1992) le DESC de réanimation médicale depuis 2002 et le DESC de gériatrie depuis 2004.

A noter que l'enseignant coordonnateur peut, selon l'article 9 de l'arrêté, par dérogation aux dispositions de l'article 4 mentionnées ci-dessus, après avis de la commission compétente pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires concerné, autoriser les candidats à accomplir la totalité ou trois stages de leur formation durant l'internat, lorsque les obligations de formation pratique du diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé le permettent, ou après l'obtention du diplôme d'études spécialisées.

Le coordonnateur peut ainsi autoriser, lorsque les obligations de formation pratique le permettent, le déroulement intégral des études de DESC pendant l'internat. A l'inverse, l'ensemble des études en vue de l'obtention d'un DESC peut se dérouler uniquement après l'internat.

Annexe n° 9 : La réglementation européenne sur la durée des études de médecine - Directive européenne de 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Selon le principe de libre circulation des travailleurs, la législation européenne prévoit la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecine obtenus dans les différents Etats membres dans la mesure où les conditions minimales de formation sont les mêmes.

« La libre circulation et la reconnaissance mutuelle des titres de formation de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, de pharmacien et d'architecte devraient se fonder sur le principe fondamental de la reconnaissance automatique des titres de formation sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation. En outre, l'accès dans les États membres aux professions de médecin, d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme et de pharmacien devrait être subordonné à la possession d'un titre de formation déterminé, ce qui donne la garantie que l'intéressé a suivi une formation qui remplit les conditions minimales établies »¹⁵.

Les études de médecine selon la réglementation européennes sont divisées en deux parties :

- Une qualification « médicale de base » d'une durée minimale de 6 ans
- Une formation de spécialiste qui s'y ajoute et qui doit être d'un nombre d'années minimum fixé par la directive

« Article 24

Formation médicale de base

1. L'admission à la formation médicale de base suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux établissements universitaires.
2. La formation médicale de base comprend au total au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement théorique et pratique dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université. [...]

Article 25

Formation de médecin spécialiste

1. L'admission à la formation de médecin spécialiste suppose l'accomplissement et la validation de six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 24 au cours desquelles ont été acquises des connaissances appropriées en médecine générale.
2. La formation médicale spécialisée comprend un enseignement théorique et pratique, effectué dans une université, un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, un établissement de soins de santé agréé à cet effet par les autorités ou organismes compétents. Les États membres

¹⁵ Extrait du préambule à la directive 2005/36/CE

veillent à ce que les durées minimales des formations médicales spécialisées visées à l'annexe V, point 5.1.3, ne soient pas inférieures aux durées visées audit point. [...] »¹⁶

Il n'y a donc pas de durée maximum des études médicales mais une durée minimum. En France, le diplôme de validation de la formation médicale de base est le diplôme d'Etat de docteur en médecine, sans lequel il n'est pas possible d'exercer la médecine. Il s'obtient non pas en six ans mais en neuf ans pour les médecins généralistes et en dix ou onze ans pour les autres spécialistes. Les spécialités doivent être enseignées avec un temps de formation minimal (le détail se trouve à l'annexe V de la directive au point 5.1.3) mais il n'existe aucun obstacle juridique à l'allongement des ces études.

Il reste qu'un allongement des études poserait des problèmes en termes de « concurrence ». Du fait de la libre installation des « prestataires de service » que sont les médecins selon la définition européenne, les hôpitaux pourraient recruter plus de médecins formés ailleurs qu'en France parce que formés plus rapidement.

¹⁶ Extrait des articles 24 et 25 de la directive 2005/36/CE

Annexe n° 10 : Les conditions d'exercice de la médecine par l'interne avant l'obtention de son DES

Conformément à l'article L.4111-1 du code de la santé publique, nul ne peut, sauf dérogation expresse accordée par arrêté ministériel, exercer la médecine en France s'il n'est :

« 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles [L. 4131-1](#)¹⁷, [L. 4141-3](#) ou [L. 4151-5](#) ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles [L. 4112-6](#) et [L. 4112-7](#).

Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1° des articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2°. »

Ces conditions sont cumulatives.

Les étudiants du troisième cycle, qui n'ont pas encore obtenu leur DES, peuvent, sous certaines conditions, exercer la médecine, dans les cas suivants.

I. Le remplacement

Aux termes de l'article L. 4131-2 du Code de la santé publique : « Les étudiants en médecine Français ou ressortissants de l'un des États membres des communautés européennes ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen et inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un docteur en médecine, soit, en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée, comme adjoint d'un docteur en médecine.... »

1 - Conditions nécessaires pour exercer (article R 4131-2 code de la santé publique)

* formation : avoir validé la totalité du 2^{ème} cycle d'études de médecine et avoir validé, au titre du 3^{ème} cycle de médecine, un nombre déterminé de semestres en fonction de la spécialité suivie (cf. annexe 41-1 du code de la santé publique)

¹⁷ Notamment le diplôme français d'Etat de docteur en médecine

- * autorisation délivrée par le directeur de l'agence régionale de santé après avis favorable du conseil départemental de l'ordre des médecins / pour une durée maximale de 3 mois
- * signature contrat entre médecin remplacé et médecin remplaçant (article R4127-91 code de la santé publique) soumis au conseil départemental de l'ordre des médecins

2 - Modalités d'exercice : (articles R 4127-1 et R 4127-65 du code de santé publique)

- * le remplacement est personnel
- * le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement
- * le médecin remplacé est soumis au code de déontologie médicale.

3 - Conséquences en termes de responsabilité

* Responsabilité civile professionnelle

Le remplaçant est seul responsable de ses fautes et doit souscrire une assurance à ce titre. Cependant, il est fréquent que, dans la police d'assurance " responsabilité civile professionnelle " du médecin, figure une clause prévoyant le transfert de la garantie en faveur de son remplaçant pendant toute la durée du remplacement. Il est donc recommandé, tant au médecin remplacé qu'à son remplaçant, de vérifier que, d'une manière ou d'une autre, le remplaçant sera effectivement assuré pour la responsabilité civile professionnelle.

On peut noter toutefois certaines décisions à caractère jurisprudentiel qui établissent la responsabilité entière ou partagée, dans certaines conditions, du médecin remplacé.

- Remplacement d'un médecin par un praticien non qualifié dans la discipline du remplacé - "*intervention ayant entraîné des dommages pour le patient, et sans caractère d'urgence*". Qualification de faute lourde et responsabilité de l'hôpital. Tribunal administratif de Lyon, 28 mars 1990.

- Responsabilité partielle du médecin spécialiste (anesthésiste) en raison du choix du remplaçant : défaut d'expérience pour exercer la spécialité et la permanence des soins dans des conditions satisfaisantes : Cour de cassation civ., 25 mai 1987.

- Responsabilité in solidum du médecin remplacé qui n'a pas donné d'informations suffisantes à sa remplaçante - particularités du traitement (radiothérapie) et précautions d'emploi pour le fonctionnement de l'appareil. Cour d'appel de Paris, 1er juillet 1992.

* Responsabilité pénale

Responsabilité toujours personnelle (le contrat de remplacement n'exerce aucune influence). Le remplaçant peut donc être poursuivi s'il a commis une infraction d'ordre pénal : violation du secret professionnel, faux certificats, etc.

II. Les stages en milieu hospitalier

Aux termes de l'article R 6153-3 du code de la santé publique : « *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ».

1- Nature des actes que l'interne est autorisé à réaliser : Circulaire DGS/ 554/OD du 8 décembre 1988 modifiée par la circulaire DGS/OD/DH n° 92-322 du 2 octobre 1992 :

- * pouvoir de signer les ordonnances de prescription de médicaments et de traitements pour le patient hospitalisé, à l'exception des médicaments stupéfiants ;
- * élaboration du diagnostic, conformément aux règles définies par le code de déontologie médicale (cf. notamment article R4127-33 du code de la santé publique) ;
- * mais incapacité juridique à signer les certificats dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires (cf article R 4127-76 du code de la santé publique) ce qui concerne notamment les certificats de décès, d'admission, de 24 heures ou de quinzaine prévus pour les hospitalisations sous contrainte(à la demande d'un tiers ou d'office)

2 - Conditions de la délégation (cf. arrêts de principe de la jurisprudence administrative/ l'interne est un agent du service public hospitalier : Conseil d'Etat/ Section 18 décembre 1953 Sieur Fresnais et 25 juin 1954 Dame Forcina et plus récemment CE 12 juin 1970 Administration de l'assistance publique à Marseille, CE 5 mai 1995 Centre hospitalier d'Amiens)

- * la délégation autorisée si l'intervention ou le geste médical revêt un caractère courant, sans difficulté sérieuse, et si les capacités de l'interne ont été évaluées par le praticien de telle manière que *« l'autorisation ainsi donnée à ses collaborateurs n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre... »*
- * l'intervention de l'interne, en l'absence du chef de service ou d'un de ses collaborateurs qualifiés, n'est admise, à titre dérogatoire, que pour des cas d'urgence.

3 - Conséquences en termes de responsabilité :

La responsabilité administrative du centre hospitalier accueillant l'interne est susceptible d'être engagée pour deux motifs :

- * pour faute dans l'organisation et le fonctionnement du service : les conditions de délégation n'ont pas été respectées. Par exemple, le praticien n'a pas apprécié avec justesse les capacités de l'interne avant de lui confier une intervention
- * pour faute médicale : la nature de l'acte délégué et le niveau de compétence de l'interne pouvaient justifier la délégation mais l'interne a commis une faute à l'origine d'un dommage pour le patient (juridiquement, bien que les cas soient rares, les CH pourraient se retourner contre l'interne, qui aurait commis une faute personnelle, d'une exceptionnelle gravité, pour engager la responsabilité personnelle de celui-ci)

La reconnaissance par le juge de la responsabilité du CH ou de l'interne entraîne la condamnation de ceux-ci au paiement de dommages et intérêts

La responsabilité pénale de l'interne (comme celle des autres praticiens) peut aussi être recherchée pour faute personnelle de ce dernier

- * sur le fondement de l'article L 121-1 du code pénal : *« nul n'est responsable pénalement que de son propre fait »*

Les sanctions pénales possibles : emprisonnement, avec ou sans sursis, amende

III. Les stages en milieu extra-hospitalier

Aux termes de l'article 14 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales (pris en application de l'article L 4131-6 du code de la santé publique), l'interne de médecine générale doit :

«... dans le cadre de ses fonctions extra-hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits "maîtres de stage". Ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens. Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé. »

1- Conditions d'organisation de ces stages

* signature préalable d'une convention entre les responsables des organismes ou laboratoires agréés ou les maîtres de stage, le directeur de l'unité de formation et de recherche et le directeur général du centre hospitalier

La convention fixe notamment les modalités du stage ainsi que les conditions de réparation et d'assurance des dommages causés ou subis par l'interne durant le stage.

* le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis 3 ans au moins et être agréé

2- Conditions d'exercice de la médecine par l'interne de médecine générale

* la participation de l'interne aux consultations et visites du maître de stage et l'exécution par lui d'actes médicaux sont subordonnées au consentement du patient et à l'accord du maître de stage.

* le maître de stage s'il exerce une activité libérale, doit contracter une assurance responsabilité professionnelle en signalant à son assurance sa qualité de maître de stage (article 12 de l'arrêté **du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents**)

* L'interne ne peut exercer d'actes médicaux autres que ceux dont le maître de stage a la pratique habituelle. Il ne peut recevoir de rémunération ni du maître de stage ni des patients.

* L'article D4131-7 précise que le stage comporte une phase d'observation au cours de laquelle l'étudiant se familiarise avec son environnement, une phase semi-active durant laquelle il exécute des actes en présence du maître de stage et une phase active pendant laquelle il effectue seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin.

3- Conséquences en termes de responsabilité

* l'interne reçoit délégation et agit sous la responsabilité du maître de stage. La responsabilité du maître de stage peut donc être engagée à l'occasion d'un dommage causé à un patient par l'interne (par exemple, pour traitement inadapté prescrit par l'interne sans avoir pris l'avis du maître de stage, le maître de stage, en confiant la réalisation d'un geste technique à l'interne, n'a pas su apprécier correctement les capacités de l'interne...)

* la responsabilité personnelle de l'interne, civile ou pénale, peut aussi être engagée si l'acte médical, à l'origine du dommage, est le résultat d'une initiative personnelle de l'interne qui n'en a pas référé au maître de stage

Sur le plan pratique, il est toujours recommandé à l'interne de souscrire une assurance personnelle même si l'assureur du CH dont relève l'interne est susceptible, à titre dérogatoire, de prendre en charge les dommages et intérêts liés à la faute de l'interne

Annexe n° 11 : Statuts dans lesquels peut s'effectuer un post-internat

	<p>CCA-AHU (Décret 84-135 du 24 février 1984 sur le statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU)</p>	<p>CC Médecine générale (Décret 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale)</p>
R	Rémunération principale soins	1 ^{er} échelon avant 2 ans : 17462, 85 € brut annuels (1) 2 nd échelon après 2 ans : 20335, 77 € brut annuels
E	Rémunération gardes	1 nuit ou 2 demi-journées : 471,58 €ⁱ
M	Indemnités particulières	Indemnité de service public exclusif (montant brut mensuel) : 485, 06 € ⁱⁱ Indemnité d'activité sectorielle et de liaison (montant brut mensuel) : 413, 79 €
U	Rémunération enseignement	1 ^{er} échelon avant 2 ans : 16 631,77 € brut annuels ⁱⁱⁱ 2d échelon après 2 ans : 19 367,61 € brut annuels
N	Obligation de service en temps plein	Pas de fixation précise du nombre d'heures : participation aux soins pour assurer la continuité du service hospitalier / enseignement aux paramédicaux / cinq séances hebdomadaires de travaux pratiques ou dirigés de deux ou trois heures en fonction des spécialités ^v
E	Durée initiale du contrat	2 ans (renouvelable par période d'un an, deux fois maximum)
R	Recrutement	Les CCA sont recrutés par une décision conjointe des directeurs du CHU et de l'UFR de Médecine sur proposition du chef de service, après avis de la CME et du conseil de l'UFR.
A		En fonction de l'activité libérale, rémunération à l'acte
T		Tarif des gardes libérales
I		1 ^{er} échelon avant 2 ans : 16 631,77€ brut annuels ^{iv} 2d échelon après 2 ans : 19 367,61 € brut annuels
O		Les obligations de service d'enseignement seront fixées en référence à celles des enseignants-chercheurs par un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur
N		2 ans (renouvelable par période d'un an, deux fois maximum)

R E M U N E R A T I O N	Rémunération principale soins	<p>Assistant des hôpitaux (article R 6152-501 et s., CSP)</p> <p>Assistants spécialistes : de 31486,76 à 38734,55 € (montants bruts annuels)^{vi} et Assistants généralistes : de 27339,76 à 34277,70 € *</p>	<p>Praticien contractuel pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel (article R6152-402 et s., CSP)</p> <p>Base des praticiens hospitaliers en début de carrière (48734,92 € bruts annuels), au prorata de la durée de travail définie au contrat. Majoration possible jusqu'à 57247,938 €*</p>
	Rémunération gardes	1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 €^{vii}	1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 € €
	Indemnités particulières	Prime d'engagement à exercer à temps plein pour 2 ans : 5302,83 € brut ou pour 4 ans : 10605,67 € brut	
	Obligation de service en temps plein	<p>10 demi-journées hebdomadaires sans excéder 48 heures par semaine (travail exercé la nuit compte pour 2 demi-journées). La durée de travail calculée en moyenne sur 4 mois</p> <p>Lorsque l'activité médicale est en continu, calcul en heures, sans pouvoir excéder 48h (article R. 6152-504 du CSP)</p>	Stipulée dans le contrat
Temps de travail	Obligation de service en temps partiel	<p>Uniquement possible après deux ans de services effectifs à temps plein : 5 à 6 demi-journées hebdomadaires.</p> <p>Si l'activité médicale est en continu, l'obligation de service est calculée sur 48h au prorata de l'obligation hebdomadaire du praticien (article R. 6152-504 du CSP)</p>	Stipulée dans le contrat
Contrat	Durée initiale du contrat	1 ou 2 ans (renouvelable par périodes d'un an, 6 ans au plus)	Ne peut excéder 6 mois par période de 12 mois
Recrutement	Procédures de recrutement	Peuvent exercer en CH ou en CHU (depuis circulaire du 26/01/2009) ou dans les établissements publics mentionnés au I de l'article 313-12 du code de l'action sociale et des familles	Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME

R E M U N E R A T I O N		<p>Praticien contractuel pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel (article R6152-402 et suivants CSP)</p>	<p>Praticien contractuel pour occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement en application des dispositions statutaires en vigueur, un poste d'interne ou de résident non pourvu à l'issue de chaque procédure d'affectation. (article R6152-402 et suivants CSP)</p>
Rémunération principale soins		<p>Base des praticiens hospitaliers en début de carrière (48734,92 € bruts annuels), au prorata de la durée de travail définie au contrat. Majoration possible jusqu'à 57247,938 €*.</p>	<p>Base des assistants spécialistes en première et deuxième année (31486,76 € brut annuel) au prorata de la durée de travail défini au contrat. Ne peut être supérieure à la rémunération des assistants spécialistes en 3e et 4e années (34277,70 € brut annuel)</p>
Rémunération gardes		<p>1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 €^{viii}</p>	<p>1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 € €</p>
Temps de travail	Obligation de service	<p>Stipulée dans le contrat</p>	<p>Stipulée dans le contrat</p>
Contrat	Durée initiale du contrat	<p>6 mois maximum, renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an</p>	<p>6 mois maximum, renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an</p>
Recrutement	Procédures de recrutement	<p>Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME</p>	<p>Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME</p>

R E M U N E R A T I O N			<p>Praticien contractuel, pour occuper un poste de praticien à temps plein ou à temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement. (article R6152-402 et suivants CSP)</p>	<p>Praticien contractuel, pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées. (article R6152-402 et suivants CSP)</p>
	Rémunération principale soins	Base des praticiens hospitaliers en début de carrière (48734,92 € bruts annuels), au prorata de la durée de travail définie au contrat. Majoration possible jusqu'à 57247,938 €*.	Base des praticiens hospitaliers en début de carrière (48734,92 € bruts annuels), au prorata de la durée de travail définie au contrat. Majoration possible jusqu'à 57247,938 €*.	
	Rémunération gardes	1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 €^{ix}	1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 € €	
Temps de travail	Obligation de service	Stipulée dans le contrat	Stipulée dans le contrat	
Contrat	Durée initiale du contrat	6 mois maximum, renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans	6 mois maximum, renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans	
Recrutement	Procédures de recrutement	Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME	Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME	

¹ Chiffres issus de l'arrêté du Ministère de la Santé et des Sports du 26 octobre 2009 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps

			<p>Praticien contractuel, pour assurer certaines missions spécifiques, temporaires ou non, nécessitant une technicité et une responsabilité particulières et dont la liste est définie par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé. (article R6152-402 et suivants CSP)</p>	<p>Praticien attaché est chargé de seconder le responsable de la structure médicale, odontologique ou pharmaceutique dans laquelle ils sont affectés (article R.6152-601 et suivants CSP)</p>
R E M U N E R A T I O N	Rémunération principale soins	Base des praticiens hospitaliers en début de carrière (48734,92 € bruts annuels), au prorata de la durée de travail définie au contrat. Majoration possible jusqu'à 57247,938 €		Pour 10 demi-journées hebdomadaires de 29934,88 à 54359,60 € brut annuels
	Rémunération gardes	1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 € ^x		1 nuit ou 2 demi-journée : 263,31 €
T E M P S D E T R A V A I L	Indemnités particulières			Indemnité pour activité sur plusieurs établissements : 413,79 brut mensuel ¹ Indemnité à la fin du contrat pour compenser la précarité de sa situation + possibilité d'indemnité différentielle (entre les revenus antérieurs et ceux du 1 ^{er} échelon du statut de praticien attaché)
	Obligation de service en temps plein	Stipulée dans le contrat		10 demi-journées hebdomadaires sans que la durée de travail puisse excéder 48h par semaine, le travail effectué la nuit est compté pour 2 demi-journées
	Obligation de service en temps partiel	Stipulée dans le contrat		Définie sur la base des 48h maximum au prorata des demi-journées inscrites au contrat. Les praticiens dont le contrat prévoit au moins 5 demi-journées peuvent sur la base du volontariat accomplir des heures de travail en plus donnant lieu soit à récupération soit à indemnisation (dans la limite de 40% du temps de travail de départ)
	Durée initiale du contrat	3 ans maximum, renouvelable par reconduction expresse		1 an maximum, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 2 ans ou au-delà par un contrat de 3 ans renouvelable de droit par tacite reconduction
Recrutement	Procédures de recrutement	Les PHC sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service, de la CME et du directeur de la DRASS. Si durée égale ou inférieure à trois mois, seuls avis du chef de service et du président de la CME		Peuvent être recrutés des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens qui remplissent les conditions légales d'exercice de leur profession

partiel dans les établissements publics de santé

² Idem

³ Chiffres issus de l'arrêté du 11 décembre 2009 relatif à la rémunération universitaire de certains personnels des CHU et centres de soins

⁴ Chiffres issus de l'arrêté du 11 décembre 2009 relatif à la rémunération universitaire de certains personnels des CHU et centres de soins

⁵ Arrêté et circulaire du 21 décembre 1960 fixant les obligations de service des membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires

⁶ Chiffres issus de l'arrêté du Ministère de la Santé et des Sports du 26 octobre 2009 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

⁷ Idem

⁸ Idem

⁹ Idem

¹⁰ Idem

**Annexe n° 12 : Note du CHRU de Lille
relative aux dispositifs et aux différents
statuts de post-internat dans la région Nord
Pas de Calais**



Note relative aux dispositifs de post-internat dans la région Nord pas de Calais

La présente note a pour objet de présenter un état des lieux et un bilan des dispositifs de post-internat dans la région Nord Pas-de-Calais, en insistant tout particulièrement sur les dispositifs expérimentaux dans la région (Assistants à Temps Partagé et Chefs de clinique « régionaux ») en montrant leur articulation avec les dispositifs nationaux de post-internat (CCU-AH et Assistants Spécialistes de CHU depuis 2009).

Cette première partie de présentation et d'état des lieux autour de ces différents dispositifs permettra dans un second temps d'en présenter les résultats, notamment sur le plan de la démographie médicale régionale, et de faire part des nos éléments d'analyse quant à l'évolution de ces différents dispositifs au regard des enjeux de formation d'une part, et d'organisation de l'offre de soin au niveau régional d'autre part.

1. La région Nord Pas-de-Calais : coexistence de deux dispositifs expérimentaux complémentaires aux dispositifs nationaux.

1.1. Les dispositifs nationaux de post-internat : CCU-AH et Assistants spécialistes de CHU

Dans le cadre de la révision des effectifs hospitalo-universitaires, les quatre CHU du G4 suivent des indicateurs démontrant le **déficit** de l'interrégion, déficit qui concerne également le CHRU de LILLE, en matière d'effectifs hospitalo-universitaires.

A titre d'illustration :

- le total des effectifs hospitalo-universitaires de l'interrégion nord-ouest se trouve encore à la 7^{ème} et dernière position dans la quasi-totalité des critères alors que le territoire desservi se classe 3^{ème} pour le nombre d'habitants et 2^{ème} pour le numerus clausus des étudiants accueillis en PCEM2 ;
- la prise en charge des étudiants reste très inégale au regard des autres interrégions, le ratio nombre d'étudiants par enseignant allant de 2,14 en Ile de France à 4,30 pour les facultés du G4 ;
- les chances pour un interne en fin de cursus d'obtenir un poste de chef de clinique ou un emploi de post-internat sont les plus faibles en France.

Les difficultés auxquelles est confronté le CHRU de LILLE sont d'assurer prioritairement une couverture normale des besoins élémentaires de formation des étudiants en médecine dans toutes les disciplines et en odontologie, en tenant compte :

- d'une part, du relèvement du numerus clausus (qui est indispensable et constitue un investissement pour l'avenir de la démographie médicale régionale). Cette augmentation du numerus clausus s'analyse immédiatement comme une charge d'enseignement supplémentaire (+ 30 % en trois ans) ;
- d'autre part, de la poursuite du développement d'une pédagogie active qui mobilise également plus de temps d'enseignement.

Le relèvement du numerus clausus et les exigences d'une pédagogie renouvelées accroissent la charge d'enseignement du CHU alors que le niveau d'emploi hospitalo-universitaire reste stable.

Néanmoins, les scores du CH&U de LILLE démontrent la performance et la productivité du CH&U en matière d'enseignement et de recherche. En effet, si le taux d'encadrement est défavorable (personnel hospitalo-universitaire / étudiants), 24 % des étudiants lillois sont reçus dans les 1 500 premiers à l'Examen Classant National ; le CH&U de LILLE se classe par ailleurs quatrième établissement chercheur de France.

Dans ce cadre la mise des Assistants Spécialistes en CHU a permis de conforter les possibilités d'accès au post-internat, la Région Nord Pas-de-Calais ayant bénéficié de 37 postes sur un total de 200. Le CHRU de Lille avait antérieurement, pris les initiatives, en collaboration avec la Région, l'ARH et la faculté de médecine, qui ont conduit à la construction de deux dispositifs conduits au niveau régional à titre expérimental.

Cf. Annexe 1 et 2

1.2. Les dispositifs régionaux : Assistants à Temps Partagé (ATP) et CCU-AH en région

La région Nord-Pas-de-Calais appartient au petit groupe de régions françaises où des initiatives ont été prises en faveur de la démographie médicale bien avant la publication des rapports nationaux NICOLAS ou BERLAND. Dès 1996, la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier Universitaire, avec le concours du Service d'Epidémiologie et de Santé Publique, alertait la communauté hospitalo-universitaire et les autorités de tutelle sur les risques liés à un contexte défavorable de la démographie médicale.

Quelques données clé de la démographie médicale régionale			
Le SROS met en évidence une densité de médecins généralistes proche de la moyenne nationale mais le déficit est très important pour les spécialistes libéraux (- 34 %) et les spécialistes salariés non hospitaliers (- 35 %).			
Les spécialités les plus déficitaires, tous modes d'exercices confondus, sont :			
- la psychiatrie (- 44 % / 13 pour 100 000 habitants)			
- la médecine interne (- 42,8 % / 2,4 pour 100 000 habitants)			
- l'ophtalmologie (- 38 % / 5,7 pour 100 000 habitants)			
- l'Oto-Rhino-Laryngologie (- 37,2 % / 3,2 pour 100 000 habitants)			
- la santé publique et médecine du travail (- 35,2 % / 7 pour 100 000 habitants)			
- la rhumatologie (- 33,3 % / 3 pour 100 000 habitants)			
- la stomatologie (- 33,3 % / 1,6 pour 100 000 habitants)			
- la dermatologie (- 29,4 % / 4,9 pour 100 000 habitants)			
Le nombre des médecins spécialistes (hors médecine prénatale) reste de 5 285 dans la région et la densité atteint 132 spécialistes pour 100 000 habitants pour 177 en moyenne nationale. 23 % des médecins spécialistes ont plus de 55 ans en 2004 et les départs en retraite estimés sont de 120 par an.			
Dans plusieurs spécialités, l'exercice libéral est très faible dans la région (pédiatrie, psychiatrie) alors que des postes sont vacants dans d'autres spécialités dans les hôpitaux publics (imagerie, anesthésie réanimation, chirurgie, gériatrie).			

Le **Contrat d'Objectifs et de Moyens 1999-2003** signé entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord-Pas-de-Calais et le CHU de Lille avait donc prévu le renforcement des effectifs enseignants et hospitaliers et la poursuite de l'effort engagé pour la **formation des médecins** dans les disciplines médicales et spécialités où le nombre des praticiens ne permettait pas de répondre aux besoins de soins de la population du Nord-Pas-de-Calais. » Il était également convenu de développer des **actions de coopération autour du CHRU** afin d'assurer le maintien dans les bassins de vie de jeunes médecins spécialistes.

Malgré un renforcement des effectifs enseignants et hospitaliers sur la période 1999/2003, les données démographiques de la région restent très déficitaires, relativement à la moyenne nationale, pour l'accès aux spécialistes.

La démarche des assistants spécialistes à temps partagé et le rôle moteur du CHU de Lille

Le CHRU de Lille s'est engagé dans une politique active de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales afin de pallier à la fuite de médecins en post-internat.

Cette volonté se développe, comme pour l'ensemble du plan d'actions régionales, en cohérence avec le positionnement stratégique mettant en avant la mission de recours régional du CHRU et les logiques de coopération via les réseaux. Les modalités de mise en œuvre du dispositif des assistants spécialistes à temps partagés sont pragmatiques.

Ce dispositif lie le CHU de Lille et l'établissement volontaire pour accueillir les anciens internes. La convention définit notamment les temps d'activité hospitalière et les temps formateurs ; la formation pratique et les titres à acquérir avec l'aide des responsables hospitalo-universitaires du CHRU doivent naturellement déboucher sur la réussite au concours national de praticien hospitalier. L'assistant spécialiste s'engage pour sa part à passer le concours national de praticien hospitalier et à postuler au sein de l'établissement d'accueil.

A travers cette action, le CHU démultiplie sa capacité de formation, les centres hospitaliers fidélisent des compétences médicales. Les candidats bénéficient de l'encadrement hospitalo-universitaire du CHRU et peuvent prendre des responsabilités dans une pratique hospitalière au sein de grands Centres Hospitaliers. Au-delà de la construction inter-établissement, le dispositif a également un effet sociologique puissant permettant à un jeune médecin de s'épanouir au sein de l'équipe médicale d'accueil. Ce dispositif équilibre en post-internat une tendance à la « recentralisation » du parcours des internes sur le CHRU via les maquettes d'enseignement.

Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs des emplois hospitalo-universitaires, le CH&U de Lille a pu présenter un processus innovant en matière de développement des ressources médicales pour la région Nord/Pas-de-Calais.

L'expérimentation des postes de chefs de clinique à temps partagé constitue, à la fois, une parade aux handicaps structurels de la région (déséquilibre entre le nombre d'étudiants et d'internes et le nombre de postes de chefs de clinique) et une réponse aux enjeux de la démographie médicale dans une région ayant pour caractéristique un déficit historique marqué chez les spécialistes. Les différentes études démographiques réalisées en France démontrent que le **post-internat** constitue une période décisive pour l'installation des jeunes médecins dans une région.

C'est en fonction de ce diagnostic que depuis sept ans, le CH&U a développé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation le dispositif des assistants à temps partagé.

Cf. Annexe 3

Les Chefs de Clinique des Universités – Assistants des Hôpitaux de Lille à Temps Partagé dans la Région Nord Pas-de-Calais

Cette expérimentation réussie crédibilise celle d'un nouveau dispositif qui doit dépasser cette première expérience dans plusieurs dimensions :

- l'attrait pour les futurs candidats ;
- le soutien à un modèle d'enseignement régional particulièrement adapté à la phase de remontée du *numerus clausus* en renforçant l'encadrement des étudiants et des internes affectés en centres hospitaliers ;
- la volonté de **centres hospitaliers de référence** de bassin de vie et du CH&U de Lille d'intégrer certaines filières dans la dimension de soin, de l'enseignement et de la recherche dans une logique de CH&U multipolaire.

Les apports spécifiques de ces emplois de chefs de clinique pour la région Nord/Pas-de Calais s'analysent selon 5 grandes dimensions

① La dimension territoriale :

L'expérimentation doit favoriser les territoires ayant le plus de difficultés à fidéliser les jeunes médecins et ceux dont les flux de départ sont les plus importants sur le cycle 2007-2013. A ce titre, le bassin de vie du littoral constitue un exemple, d'autant plus que le dispositif des assistants à temps partagé sur ce territoire n'a fait l'objet que d'un nombre de conventions très inférieures à celles des autres bassins de vie.

② La dimension de la démographie médicale :

Cette logique croise celle des territoires mais s'analyse spécifiquement par spécialité en fonction principalement de cinq variables :

- l'état des lieux actuel par bassin de vie à l'hôpital et dans le secteur privé,
- la projection des flux de sortie dans la spécialité à l'hôpital, dans le secteur privé,
- la capacité de formation régionale dans la spécialité,
- le taux de fuite selon la spécialité hors région Nord/Pas-de-Calais,
- l'attractivité relative publique / privée.

③ La dimension d'une structuration régionale de la mission d'enseignement :

Ce dispositif renforce l'encadrement universitaire des étudiants en centre hospitalier et permet de consolider le **dispositif actuel** des stages hors CH&U dispensés dans des services ou pôles de centres hospitaliers, agréés par la Faculté, et disposant d'équipes médicales suffisamment structurées pour l'accueil des internes et des étudiants (préférentiellement les D4)¹.

Secondairement en dynamique, ce dispositif favorisera l'exercice pérenne en centre hospitalier, puisqu'une filière de recrutement naturel de l'étudiant à l'interne, puis de chef de clinique au praticien hospitalier, sera mise en œuvre dans les spécialités prioritaires et renforcées par le déploiement du dispositif.

④ La logique d'une structuration régionale de la recherche :

¹ En 2006, les centres hospitaliers de la région ont accueilli 500 étudiants et 400 internes, 6 grands centres assurant préférentiellement la formation en liaison avec le CH&U. Sur le cycle 2005 - 2011, l'augmentation du *numerus clausus* se traduira par une augmentation de près de 30% du nombre d'étudiants formés dans la région Nord/Pas-de-Calais ; ce qui nécessitera d'approfondir le modèle régional d'enseignement décentralisé. La montée en charge du dispositif des CCU-AH facilitera considérablement cette mission du CH&U, réalisée en partenariat avec les grands centres hospitaliers de la région. Le projet d'organisation régionale de la première année des études de santé s'inscrit dans le contexte de cette expérimentation.

Dans de nombreux établissements de la région, les médecins sont d'anciens professionnels du CH&U (chefs de clinique) ayant démontré leur capacité à encadrer des activités de recherche. Ces pôles de compétences seront ciblés par le projet des chefs de cliniques régionaux pour constituer le socle de la structure d'accueil des chefs de clinique dans la dimension recherche clinique.

⑤ **Le développement d'une stratégie de coopération qui permet dans certaines filières, de consacrer la mise en œuvre d'un CH&U multipolaire :**

Le CH&U de Lille a développé de nombreuses coopérations avec les centres hospitaliers de la région. Le bilan de ces actions démontre l'importance des échanges de temps médical en support de cette politique régionale de coopération.

Au total, les emplois de chef de clinique régionaux répondent à ces cinq ambitions. Certains projets d'emplois porteront ces logiques (le territoire, la démographie médicale, l'enseignement, la recherche, la stratégie de groupe) ; d'autres seront tournés vers un objectif. Sur ces **15 emplois**, programmés, à partir de ces cinq axes de développement, il est possible d'envisager un premier schéma directeur de déploiement selon une méthodologie de sélection des projets associant la Faculté, les représentants du CH&U, les représentants des centres hospitaliers à travers la FHF régionale, l'ARH, la DRASS et le Conseil Régional, partie prenante en tant que financeur du projet.

Cf. Annexes 4 et 5

1.3. Les résultats et les enseignements

Entre 2000 et 2008, le dispositif a concerné 113 praticiens dont 75 avaient terminé leur assistantat au 1^{er} mai 2009.

Les objectifs généraux poursuivis sont atteints ; 85 % des assistants spécialistes « s'enracinent » dans la région conformément à leur engagement comme praticien hospitalier dans un Centre Hospitalier de la région. Ce résultat positif se décline avec succès dans trois bassins de vie (Artois, Hainaut, Métropole).

La structuration de pôles d'expertise en réseau dans la région permet d'envisager de capitaliser ce savoir faire pour construire une nouvelle innovation dans la gestion des emplois médicaux : bâtir un dispositif de CCU-AH partagé, avec l'appui du Conseil Régional.

2. Le CHU multipolaire comme outil d'organisation de l'offre de soins

2.1. L'organisation du post-internat dans le cadre du CHU multipolaire

Un certain nombre de rapports officiels ont souligné la faiblesse des coopérations des CHU et la nécessité d'accroître leur ouverture aux partenariats².

L'augmentation du numerus clausus des études médicales rend mécaniquement nécessaire de multiplier le nombre de terrains de stage pour les étudiants et les internes. Il oblige de la même manière à envisager de multiplier les possibilités de post-internat pour ces médecins de manière à les encadrer dans un premier temps, puis de leur offrir un débouché leur permettant de finaliser leur formation (sur spécialité) et de mûrir leur choix d'implantation.

De plus, l'évolution rapide de la science médicale et des conditions d'exercice rend nécessaire d'ouvrir de nouveaux types de terrains de stage (**exemples** : le DESC de cancérologie option réseaux, qui prévoit deux semestres en réseaux de cancérologie ; le DES de médecine générale prévoit qu'un semestre de la dernière année se déroule en médecine ambulatoire ou dans une « structure médicale agréée »).

L'association aux missions d'enseignement des CH & U par voie de convention semble en première analyse à même de garantir le contrôle de la qualité des organismes associés, qu'ils soient publics ou privés : le rapport GIRAUD souligne même que l'implication de l'hospitalisation privée dans l'enseignement pratique « pourrait lui être accordée sous réserves de conventions entre le CH & U ou l'université et bien entendu d'un contrôle et d'une évaluation des terrains de stage et des formateurs ».

² Rapport DUCASSOU-JAECK-LECLERCQ d'avril 2003 ; Rapport GIRAUD de juillet 2006 : le Sénateur Francis GIRAUD insiste fortement sur la nécessité d'ouvrir la recherche clinique sur le monde de l'industrie et sur l'université (pages 55 et 56 jointes en annexe) ; Idées reprises récemment par le Pr Arnold MUNNICH, conseiller du Président de la République ; Rapport LALANDE-DEBEAUPUIS de juillet 2004 : ce rapport critique la limitation des conventions d'association des CH & U avec d'autres organismes et propose de redéfinir tous les 4 ans, en même temps que les contrats de l'hôpital et de l'université, le périmètre « enseignement-recherche » du CH & U et de ses associés.

Il convient de développer en priorité le partage des missions d'enseignement et de recherche avec des partenaires hospitaliers publics : CHG et CLCC, les mieux à même de répondre immédiatement aux sollicitations.

Ce développement doit être réalisé en liaison avec l'avancée des projets médicaux de territoire, de façon à renforcer les pôles d'excellence territoriaux des hôpitaux publics. Il devrait être possible d'assurer parallèlement :

- la gestion conjointe positive CH & U / CHG des effets de l'augmentation du numerus clausus (augmentation concertée des terrains de stage),
- le renforcement de certaines activités dans le cadre du SROS (exemple de la chirurgie ou de la prise en charge des cancers). Le partage du temps médical s'inscrirait dans cette démarche.

2.2. Un outil efficace en réponse aux problématiques de démographie médicale

Une région innovante dans la prise en compte de la problématique de la démographie médicale

Le CHRU de Lille a développé, en synergie avec ces acteurs, plusieurs initiatives en matière de gestion de l'emploi médical, en cohérence avec un positionnement stratégique de soutien aux Centres Hospitaliers de la région, dévoilant avant l'heure, via la dynamique de coopération, une stratégie de groupe débouchant en modélisation sur la notion d'un CHU multipolaire.

Très tôt, la région s'est doté d'outils diagnostic (création de l'Observatoire National Des Professions de Santé) et a été en capacité de mesurer et de projeter l'existant pour peser sur son avenir.

Le plan de développement des ressources médicales est porté par l'ensemble des acteurs régionaux (ARH, DRASS, FHF, Faculté, Région). Il a pour but de développer, sur tout le territoire régional, l'attractivité professionnelle des médecins spécialistes depuis la formation jusqu'à l'installation et le déroulement de carrière. Pour atteindre ce but, il est nécessaire d'améliorer la préparation au concours de l'internat, d'améliorer les conditions d'accueil des internes de la région et de définir un plan de carrière pour les futurs praticiens hospitaliers.

Le plan d'actions retenu s'articule autour de quatre objectifs :

- mesurer l'évolution de la démographie médicale à l'horizon 2020,
- valoriser la région et son dispositif de santé,
- développer l'accueil et le suivi des internes,
- organiser les plans de carrière pour les étudiants en fin de formation.

Ces objectifs opérationnels de développement/valorisation R&H trouvent leur cohérence et leur cadre au sein de démarches stratégiques visant à optimiser l'offre de soin régional économisant le temps des professionnels. A titre d'exemple, les signes de cette cohérence intégrée entre les actions stratégiques et les actions de GRH se lisent à travers plusieurs initiatives :

- démarche concertée des établissements de santé autour du SROS III (niveaux de soins articulés, aménagement du territoire) ;
- organisation en réseaux autour de centres de référence avec partage de temps médical ;
- renforcement des liens ville-hôpital ;
- décloisonnement entre sanitaire et médico-social.

De manière plus récente, le CH&U s'est engagé en déclinaison d'une véritable « stratégie de groupe » avec la mise en œuvre de groupement de coopération sanitaire, consacrant sur certaines filières une **véritable intégration** CH&U / Centre Hospitalier, notamment sur les segments d'excellence de ces établissements.

Plusieurs opérations participent à cette logique au-delà de l'alliance avec le centre anticancéreux et au sein du GCS Centre de Référence Régional en Cancérologie :

- le GCS infectiologie avec le Centre Hospitalier de Tourcoing,
- le futur GCS de neurochirurgie avec le Centre Hospitalier de Valenciennes,
- le GCS avec le Centre Hospitalier de Seclin regroupant, du fait de la proximité de cet établissement, plusieurs projets médicaux : soins de suite, cancérologie, chirurgie, soins palliatifs,
- un futur GCS avec le Centre Hospitalier de Lens sur plusieurs projets médicaux : gynécologie-obstétrique et diagnostic anténatal, chirurgie, pneumologie (en liaison avec le Centre Hospitalier d'Arras).

Par construction, les dispositifs d'assistants à temps partagé, d'assistants spécialistes de CHU et de chefs de clinique régionaux peuvent renforcer ces opérations, en intégrant dans le partenariat, la dimension d'enseignement, de recherche et de diffusion des innovations.

Cf. Annexe 6

Annexe n°13 : Les textes récents adoptés concernant l'internat et le post-internat Extraits de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Article 43

« I. — L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi rédigé : « Art.L. 632-2.-Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les postes d'interne sont attribués à ces élèves.

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification. »

(...)

III.-L'article L. 632-12 du même code est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale. »

(...)

VI.-Après l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 118 de la présente loi, il est inséré un article L. 1434-8 ainsi rédigé :

« Art.L. 1434-8.-Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

« A l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-7. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits

« Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

« L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »
(...)

Article 46

I. — Après l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est rétabli un article L. 632-6 ainsi rédigé :
« Art.L. 632-6.-Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le « Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière»¹⁸ un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« A l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de

¹⁸ Rédaction résultant du II de l'article 11 de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé. « Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'études engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. »
II.-L'article L. 632-6 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

Article 47

A compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

- 1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;
- 2° Trente pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale ;
- 3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale. »

Annexe n° 14 : Temps partagé dans les régions Nord-Pas de Calais et Lorraine

I. LE TEMPS PARTAGE DANS LA REGION NORD-PAS DE CALAIS

L'origine du « temps partagé » dans la région du Nord-Pas de Calais remonte à 1999, où l'ARH avec ses partenaires a contribué à mettre en place un dispositif de temps partagé, fondé sur l'identification de projets médicaux dans les centres hospitaliers. Ce dispositif a été ensuite complété par une intervention financière du Conseil régional, qui était plus axée sur l'attractivité du dispositif régional pour les candidats eux-mêmes, notamment en termes financiers.

Depuis 2009, l'ARH ne finance plus que la première année des assistants à temps partagé, mais finance en revanche la prime « multi-sites » et la prime d'engagement. Le Conseil régional complète la rémunération par une « prime de territoire ».

1) Des assistants à temps partagé en région depuis 1999

En 1999 a été créé un dispositif d'assistants à temps partagé entre le CHU et un CH pour deux ans. La première année le médecin exerce à 80 % dans le CHU et à 20 % dans le CH ; la deuxième année à 20 % dans le CHU et à 80 % dans le CH.

Après un appel à projet du CHU, les hôpitaux disposant de postes vacants ou anticipant un départ à la retraite de l'un de leur praticien établissent des dossiers qui sont examinés par une Commission composée de représentants du corps médical, du CHU, de l'ARH et de l'IRS. Les internes diplômés et titulaires du DES ou du DESC de la spécialité peuvent se porter candidats.

113 postes ont été ouverts depuis 1999, les candidats n'étant pas assez nombreux pour répondre aux demandes des CH. Dans les zones dites « lointaines » en 2009, 22 postes ont été proposés par les CH suscitant seulement 4 candidatures.

Lorsqu'il existe des postes vacants de PH dans les hôpitaux, le poste d'ATP est financé par ce biais. Par ailleurs, l'ARH participait dans le cadre du budget global au financement de ces postes d'assistants quand ils étaient en surplus des postes de praticiens ouverts (notamment dans le cadre des anticipations de départ à la retraite), elle peut compléter aujourd'hui la rémunération des assistants lorsque celle-ci n'est pas assurée par leur propre exercice dans le cadre de la mise en place de la T2A.

Depuis 2007, le conseil régional participe au financement de ce dispositif par la mise en place d'une prime de territoire, variable en fonction de l'éloignement de leur CH de référence par rapport à la métropole lilloise. Ces primes cette année vont de 6000 à 8200 € bruts par an en fonction de l'éloignement par rapport à Lille métropole (elles ont été revalorisées par rapport à 2007) ce qui représente une enveloppe totale de 150 000 euros pour la région. Le conseil régional attribue également une prime de 6 000 euros brut par an (cumulable avec la prime de territoire) aux assistants à temps partagé qui exercent la spécialité cancérologie dans un établissement public ayant une autorisation d'activité alors qu'il était en limite des seuils d'autorisation.

Les assistants spécialistes à temps partagé formulent un engagement moral de continuer leur exercice en hôpital dans la région à la fin des deux années. Fin 2008, 83% continuaient effectivement leur exercice en milieu hospitalier (dont 60% dans le même établissement) et 2% s'étaient installés en libéral.

Le faible nombre de candidatures suscité par ce dispositif (alors que les 37 postes d'ATP dits « assistants Bachelot proposés ont été pourvus) s'expliquerait en partie par une notoriété et une communication encore insuffisantes. L'ARH a souligné la nécessité de sensibiliser les coordonnateurs de filière, la répartition des assistants spécialistes à temps partagé étant très inégale entre les spécialités

Une aide a été offerte par l'ARH aux établissements pour la constitution des dossiers et une journée d'information pour les internes, les CH et les coordonnateurs sur les possibilités de formation en post-internat doit être organisée par la faculté fin février, début mars.

2) Les chefs de clinique-assistants des hôpitaux à temps partagé ou CCA régionaux

En 2009 a été mis en place à titre expérimental un dispositif de chefs de clinique-assistants des hôpitaux à temps partagé et actée la création de 15 postes (5 en mai 2009, 5 en novembre 2009 et 5 prévus pour mai 2010 dont 2 en médecine générale).

Dans ce dispositif, les jeunes médecins exercent 6 mois dans leur établissement périphérique de référence (aujourd'hui Valenciennes pour 3 postes, Dunkerque pour 1 poste, Lens pour 2 postes, Boulogne sur Mer pour 2 postes, Armentières pour 1 poste, et Landas pour 1 poste) et 6 mois dans le CHU de Lille, en alternance à 2 sur le même poste.

L'ARH finance la valence hospitalière de ces médecins, le Conseil régional rembourse à l'université leur rémunération universitaire. La région a décidé de ce financement qui s'élève à 360 000 € pour les 15 postes après la validation du dispositif par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Ces postes ne sont mis en place que dans des établissements périphériques qui souhaitent effectuer des travaux de recherche et suite à la signature d'un cahier des charges rigoureux entre le CH et le CHU.

Ce dispositif a d'une part été motivé par la nécessité de doter les CH de la région de nouveaux effectifs de praticiens qualifiés et tournés vers la recherche, dans le but d'augmenter à terme les effectifs de PUPH et de pérenniser un lien étroit entre CHU et hôpitaux périphériques, les PH faisant de plus en plus de recherche. Les membres de la direction du CHRU ont proposé d'établir des conventions d'intérêt général ou inter-établissement entre les CH et le CHU. D'autre part, il s'agissait de satisfaire les aspirations des internes diplômés à une formation complémentaire, notamment en recherche, tout en les incitant à exercer en CH, alors même que leur formation est concentrée en CHU.

3) La coopération avec le CHU, un préalable au temps partagé : l'exemple de Seclin

En novembre 2009, plusieurs postes d'assistants partagés avec le CHU ont été occupés, notamment parce qu'il existe un groupe de coopération sanitaire avec le CHU et des projets médicaux communs avec le CHU. Le temps partagé est dans ce centre hospitalier vécu comme un projet médical partagé avec le CHU. A titre d'exemple, il existe une activité innovante de traitement des tumeurs du rein. L'investissement technique a été cofinancé (CH de Seclin, CHU et Conseil régional) mais sa réalisation centralisée à Seclin. Les médecins du CHU viennent donc opérer à

Seclin. Il s'agit en quelque sorte d'une équipe médicale de territoire avant l'heure, comparable à celle que la loi HPST prévoit de généraliser, qui concilie proximité et qualité des soins. La coopération avec le CHU est « gagnant – gagnant », des praticiens du CHU ayant également recours à ce plateau technique, en même temps que des assistants peuvent bénéficier d'une formation complémentaire au CHU. Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires sont organisées de façon commune avec le CHU (urologie et pneumologie). La proximité géographique de Seclin et de Lille permet ces modes de coopération très rapprochés.

II. LE TEMPS PARTAGE DANS LA REGION LORRAINE

1) Une tentative sans succès en 2007, mise en œuvre en 2009

La mise en place de postes à temps partagé avait été envisagée dans le cadre du comité régional temps partagé. Il s'agissait de cibler la création de postes sur les spécialités les plus en difficulté. Les postes devaient être financés à deux-tiers par la T2A dans les CH et à tiers par le CHU et l'ARH. Cette initiative n'a pas abouti, en partie pour des questions réglementaires (nécessité de dérogation à ce moment là pour la création d'un poste d'assistant en CHU), en grande partie pour des questions de prise en charge financière.

Suite au décret de janvier 2009 et à la circulaire qui l'a suivi ne dotant la région Lorraine d'aucun poste d'assistant CHU, l'ARH a pris l'initiative de financer la création de postes d'assistants régionaux à temps partagé. Sur le même modèle que les assistants nationaux CHU, 20 postes ont été créés en juillet 2008, sur 2 ans pour un cout chargé annuel de 60 000 euros par postes (2,4 millions d'euros au total).

Sept postes seulement ont été pourvus, leur création ayant été annoncée en juillet pour une rentrée en novembre, alors que la majorité des internes avaient déjà envisagé une autre solution. En 2010, l'ARH a prévu de communiquer à l'avance, son objectif étant d'aller jusqu'à la création de 50 postes d'ici 2 ou 3 ans.

2) Le temps partagé des seniors

En Lorraine, certains PH exercent également en temps partagé.

Plusieurs PH titulaires d'un poste en anesthésie-réanimation au CHU de Nancy travaillent au CH d'Epinal sur leurs deux demi journées d'intérêt général. En les groupant, ils sont donc une semaine par mois (20 à 25 % de leur temps d'exercice) au CH d'Epinal à tour de rôle. Un CCA exerce également en temps partagé de la même manière, également sur la base des demi-journées d'intérêt général. C'est finalement une équipe du service du CHU de Nancy qui est à temps partagé avec le CH d'Epinal. Cette situation est au départ liée à la pénurie de médecins en anesthésie réanimation dans le public en Lorraine qui fait qu'aucun PH à temps plein n'exerce à Epinal, ce qui menaçait le service de fermeture. Elle est rendue possible par la faible distance entre les deux hôpitaux (50 minutes de trajet).

En chirurgie viscérale, deux PH exercent à temps partagé entre le CH de Toul et Nancy, les médecins nutritionnistes du service diabéto-nutrition de Toul venant faire des consultations au CHU.

L'exemple d'Epinal

Statuts	Etablissement d'origine	Etablissement d'affectation	Praticiens Concernés
Assistants Spécialistes	CHJM Epinal	CHU Nancy	2
Assistant Spécialiste	CHU Nancy	CHJM Epinal	2
Praticien Hospitalier	CHJM Epinal	Agence de Biomédecine	1
Praticien Hospitalier	CHJM Epinal	HAD France	1
Praticien Hospitalier	CHJM Epinal	CH Saint Dié	2
Praticien Hospitalier	CHJM Epinal	CHU Nancy	3
Praticien Hospitalier	CHU Nancy	CHJM Epinal	4
PU PH	CHU Nancy	CHJM Epinal	3
Praticien Contractuel	CHJM Epinal	CHU Nancy	1
Praticien Contractuel	CHU Nancy	CHJM Epinal	1
Assistant Chef de Clinique	CHU Nancy	CHJM Epinal	2
Assistant Chef de Clinique	CTO Nancy	CHJM Epinal	4

Source : CH d'Epinal

Pour les interlocuteurs locaux, le temps partagé des seniors comporte 3 avantages principaux :

- Il permet d'attirer les internes vers les CH

S'ils connaissent le PH qui exercent dans le CH périphérique parce qu'ils le côtoient au CHU, les internes seront plus enclins à aller en stage dans ce CH, et ensuite à y effectuer leur post-internat.

- Il favorise l'ouverture de terrains de stages dans les CH dans les services où un senior est présent ;
- Il sécurise l'exercice de la médecine dans les CH, évitant leur autarcie. L'échange permanent de pratique entre le CHU, établissement recours et les CH périphériques permet d'éviter l'isolement des CH et de sécuriser la pratique médicale
- Il permet la mise en place d'un temps partagé à plusieurs niveaux dans la région

1/ Entre CHU et CH importants (post-internat et seniors)

2/ Entre CH importants et CH plus éloignés par des PH de CH importants libérés de leur exercice par les temps partagés venant du CHU à travers des consultations avancées

Le CH d'Epinal a également émis la proposition que ce temps partagé soit créé en médecine générale, afin que le jeune généraliste garde un pied à l'hôpital tout en exerçant dans une maison de santé, dans un cabinet collectif. Un tel système pourrait favoriser un exercice libéral sécurisant pour les jeunes médecins, qui maintienne dans un premier temps un lien formalisé avec l'hôpital.

Annexe n° 15 : Exploitation du questionnaire de la mission sur le temps partagé envoyé aux directeurs des affaires médicales des CHU

Un questionnaire a été envoyé aux 27 CHU de France métropolitaine pour recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur les postes d'assistants spécialistes :

- à 100 % en CHU dont la création a été autorisée par le décret du 9 janvier 2009 (tableau 1)
- à temps partagé nationaux : 200 postes ouverts par la circulaire du 26 janvier 2009 (tableau 2)
- à temps partagé issus d'initiatives régionales (tableau 3)

La mission a reçu la réponse de 25 CHU (Caen et Nîmes n'ont pas répondu). Les tableaux ci-dessous sont issus de l'exploitation quantitative de ces questionnaires au 31 mars 2010.

Tableau 1 : Les postes d'assistants spécialistes créés à l'initiative des CHU en application du décret 2009-24 du 9 janvier 2009

CHU	Nombre de postes
AMIENS	6
ANGERS	0
AP-HP	16
BESANCON	3
BORDEAUX	0
BREST	1
CLERMONT FERRAND	21
DIJON	0
GRENOBLE	13
LILLE	8
LIMOGES	1
LYON	11
MARSEILLE	2
MONTPELLIER	6
NANCY	12
NANTES	1
NICE	0
POITIERS	0
REIMS	0
RENNES	3
ROUEN	5
SAINT ETIENNE	3
STRASBOURG	0
TOULOUSE	0
TOURS	4
TOTAL	116

Tableau 2 : Les postes d'assistants spécialistes à temps partagé nationaux, ouverts par la circulaire du 26 janvier 2009

CHU	Nombre total	Non pourvus	CHU / CH proche	CHU / CH éloigné	Modalité du partage	Quotité du partage
AMIENS	21	0	21	0	19 en semaine 1 en année 1 pour les gardes	6 à 100 % CHU 2 à 50 % CHU 2 à 40 % CHU 10 à 20 % CHU 1 pour les gardes
ANGERS	10	0	9	1	9 en semaine 1 en quinzaine	8 à 50 % CHU 2 à 20 % CHU
AP-HP	0					
BESANCON	15	0	14	1	10 en semaine 2 en année 1 en semestre 1 en trimestre 1 en quinzaine	10 à 60 % CHU 5 à 50 % CHU
BORDEAUX	0					
BREST	8	2	6	0	Semaine	5 à 100 % CHU ¹⁹ 1 à 40 % CHU
CLERMONT FERRAND	15	1	12	2	12 en semaine 2 en semestre	1 à 80 % CHU 5 à 50 % CHU 1 à 40 % CHU 3 en PDS 4 encore indéterminés ²⁰
DIJON	13	2	2	9	10 en semaine 1 en année	1 à 80 % CHU 9 à 50 % CHU 1 en 40 % CHU
GRENOBLE	0					
LILLE	37	0	33	4	Semaine	Variable mais le plus souvent 80 % CHU
LIMOGES	8	2	2	4	Semaine	1 à 80 % CHU 5 à 60 % CHU
LYON	0					
MARSEILLE	0					
MONTPELLIER	0					
NANCY	0					
NANTES	0					
NICE	0					

¹⁹ Suite à la fusion entre les centres hospitaliers de Brest et Carhaix, ces postes partagés entre plusieurs sites sont devenus 100 % CHU

²⁰ En cours de recrutement au titre de la campagne 2009

POITIERS	10	4 ²¹	2	4	Mois	2 à 100 % CHU ²² 4 à 50 % CHU
REIMS	15	3	7	5	10 en semaine 2 en quinzaine	3 à 80 % CHU 2 à 60 % CHU 4 à 50 % CHU 1 à 40 % CHU 1 à 25 % CHU 1 à 20 % CHU
RENNES	0					
ROUEN	17	0	13	4	Semaine	2 à 100 % CHU 5 à 80 % CHU 2 à 70 % CHU 5 à 60 % CHU 1 à 50 % CHU 1 à 30 % CHU 1 à 20 % CHU
ST-ETIENNE	0					
STRASBOURG	0					
TOULOUSE	0					
TOURS	15	0	9	6 ²³	15 en semaine	6 à 100 % CHU 4 à 80 % CHU 2 à 50 % CHU 3 à 20 % CHU
TOTAL	184	14	130	40		

²¹ Deux postes vont être pourvus en mai 2010

²² Les assistants sont à temps partagé entre deux CHU, Poitiers et Tours

²³ Sur les 6 postes en CH éloignés, 5 sont en temps partagé avec le CHR d'Orléans, qui peut être assimilé par son activité et sa taille à un CHU. Il n'a donc pas un profil de petit CH éloigné.

Tableau 3 : Les postes d'assistants spécialistes à temps partagé issus d'initiatives régionales

CHU	Initiative	Nombre total	CHU / CH proche	CHU / CH éloigné	Modalité du partage	Quotité du partage
AMIENS	ARH	12	12	0	Semaine	60 % CHU 1 ^{ère} année 20 % CHU 2 ^{ème} année
ANGERS		0				
AP-HP		0				
BESANCON		0				
BORDEAUX	ARH / CHU	8	4	4	Semaine	1 à 50 % CHU 1 à 40 % CHU 6 à 20 % CHU
BREST		0				
CLERMONT FERRAND		0				
DIJON		0				
GRENOBLE		0				
LILLE	DRASS/ARH	35	25	10	Semaine	Préconisations : 40 % CHU 1 ^{ère} année 20 % CHU 2 ^{ème} année
LIMOGES		0				
LYON	DRASS	3	2	1	Semaine	80 % CHU
	CHU/CH Vienne	1	1	0	Semaine	50 % CHU
MARSEILLE		0				
MONTPELLIER	CHU / CH	2	2	0	Semaine	50 % CHU
NANCY	ARH	3	3	0	Semaine	1 à 40 % CHU 1 à 25 % CHU 1 à 20 % CHU
NANTES		0				
NICE		0				
POITIERS		0				
REIMS		0				
ROUEN	CHU/ARH/ Faculté	16	4	12	Semaine	40 % CHU
RENNES		0				
ST-ETIENNE		0				
STRASBOURG		0				
TOULOUSE	ARH	26	21	5	24 en semaine 2 en semestre	5 à 50 % CHU 21 à 40 % CHU
TOURS	CHU/ARH	9	6	3	Semaine	20 % CHU
TOTAL		115	80	35		

Questionnaire élaboré conjointement par la mission et la conférence des directeurs des affaires médicales de CHU

1/ Assistants CHU – décret du 8 janvier 2009

Nombre de postes d'assistants CHU non partagés par spécialités créés à l'initiative des CHU

Exemple pour remplir le tableau

Spécialités	Postes pourvus au 31 janvier 2010
<i>Anesthésie réa</i>	
.....	
.....	

Pour les spécialités utiliser la nomenclature fournie en annexe

2/ Assistants spécialistes partagés – circulaire du 9 janvier 2009

Nombre de postes d'assistants partagés, par spécialités et lieux au 31 janvier 2010

Exemple pour remplir le tableau

Spécialités	Postes pourvus au 31 janvier 2010	CHU/CH proches (moins d'une heure de transport)	CHU/CH éloignés (plus d'une heure de transport)
<i>Chirurgie viscérale</i>	Nombre	<i>1 Poitiers/Niort</i>	
	Quotité du temps partagé	<i>20 % / 80 %</i>	
	Modalité du temps partagé	<i>Semaine</i>	

Pour les spécialités utiliser la nomenclature fournie en annexe

Y a-t-il des postes uniquement en CHU ? Si oui, dans quelles spécialités ?

Y a-t-il des postes ouverts qui n'ont pas été pourvus ? Pourquoi à votre avis ?

Procédure de répartition des assistants spécialistes dans la région (identification des spécialités prioritaires, des CH prioritaires, vivier des candidats et modalités de sélection...). Qui décide ?

3/ Assistants spécialistes à temps partagé d'initiative régionale

Conditions de création du dispositif

date de création du dispositif

Initiateur(s) du dispositif et soutien institutionnel

Financement

Etablissements de santé

ARH

Conseil régional

Autres

Existe-t-il des primes spécifiques à la région ? Décrire

Y a-t-il des postes ouverts qui n'ont pas été pourvus ? Pourquoi à votre avis ?

Nombre de postes des assistants, par spécialités et lieux

Exemple pour remplir le tableau

Spécialités	Postes pourvus au 31 janvier 2010	CHU/CH proches (moins d'une heure de transport)	CHU/CH éloignés (plus d'une heure de transport)
<i>Chirurgie viscérale</i>	Nombre	<i>1 Poitiers/Niort</i>	
	Quotité du temps partagé	<i>20/80</i>	
	Modalité du temps partagé	<i>Semaine</i>	

NB : Pour les spécialités utiliser la nomenclature fournie en annexe

4/ Chefs de clinique en région

Sont visées ici les expériences d'initiative régionale de création ou d'organisation de postes de chef de clinique pour répondre à des problématiques régionales, dont au moins 3 formules ont pu être observées :

4.1. Chefs de clinique régionaux (formules expérimentales et dérogatoires financées par les Conseils régionaux)

4.2. Chefs de clinique effectuant sur leurs demi-journées d'intérêt général des activités de soins dans des centres hospitaliers contre remboursement

4.3. Mutualisation au niveau interrégional de postes de chefs de clinique (type « G4 »)

Existe-t-il de telles expériences à partir de votre CHU ?

Combien de postes sont concernés au 31/03/2010? Dans quels lieux et spécialités ? Selon quelles modalités de temps partagé ?

Description succincte du dispositif (date de création, objectifs, initiateur(s), financement,...)

5/ Compléments et commentaires généraux

Quelle appréciation portez-vous sur ces diverses formules ? Potentialités, attractivité, difficultés et limites, description d'expériences concrètes...

Merci de nous transmettre tout document d'évaluation sur les dispositifs régionaux s'il en existe.

Annexe n° 16 : La filière universitaire et le clinicat de médecine générale

1. HISTORIQUE DE LA FILIERE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (FUMG)

- 2002 : reconnaissance de la médecine générale (MG) comme discipline de spécialité par la loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- 2004 : création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (arrêté du 22 septembre 2004)
- 2006 : création d'une option « médecine générale » au sein de la sous section « médecine interne » du CNU (arrêté du 29 octobre 2006)
- 2007 : rapport conjoint IGAENR N°2007-016 et IGAS N° RM2007-030P « Création de la filière de médecine générale » (février 2007)
- septembre 2007 : nomination d'une vingtaine de chefs de clinique de MG
- 2008 : loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux enseignants de médecine générale

2. LES TEXTES D'APPLICATION DE LA LOI DU 8 FEVRIER 2008

D'origine parlementaire, la loi du 8 février 2008 a inséré dans le code de l'éducation un article L952-23-1 qui précise les dispositions propres aux personnels enseignants de MG.

Article L952-23-1 du code de l'éducation

Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale.

Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

Pour leur activité d'enseignement et de recherche, ils sont soumis à la juridiction disciplinaire mentionnée à l'article L. 952-22.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut des personnels enseignants de médecine générale, les conditions de leur recrutement et d'exercice de leurs fonctions ainsi que les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles les enseignants associés de médecine générale peuvent être recrutés ou demander à être intégrés dans les nouveaux corps.

Deux décrets d'application sont parus en juillet 2008 (décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 relatif aux dispositions statutaires et décret n° 2008-745 du même jour relatif à l'échelonnement indiciaire

des personnels titulaires). Ce dispositif a été complété par un arrêté du 30 décembre 2008 fixant les modalités de rémunération des CCUMG.

Ces personnels universitaires doivent justifier d'une activité clinique ambulatoire.

La loi « hôpital, patients, santé et territoires » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 prévoit, pour sa part (art 47 cf annexe 12) qu'à compter de la rentrée universitaire 2009/2010 et pendant 4 ans, le nombre d'emplois annuels créés ne peut être inférieur à 20 pour les PUMG, 30 pour les MCUMG et 50 pour les CCUMG. Ces emplois ne sont pas des créations pour la majorité d'entre eux, mais des redéploiements entre filières universitaires. Aussi, les objectifs fixés par la loi doivent-ils être pris en compte lors des révisions des effectifs hospitalo-universitaires.

3. LES ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MG

Faute de corpus statutaire adapté avant l'intervention du décret du 28 juillet 2008, les départements de MG des UFR de médecine ont recruté des personnels associés à temps partiel (professeurs et maîtres de conférence associés), médecins généralistes libéraux au titre de leur activité principale.

Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) qui dans un premier temps avait envisagé de ne plus recruter de nouveaux enseignants associés en MG, a indiqué en 2009 que les recrutements d'associés continueraient parallèlement à la constitution des corps de titulaires tant que concours et mesures transitoires ne permettraient pas de recrutement suffisant.

4. LA CONSTITUTION DES CORPS DE TITULAIRES (PUMG ET MCUMG)

Deux voies sont utilisées pour constituer ces corps.

La voie de l'intégration est un dispositif transitoire. Un certain nombre des enseignants associés ont vocation à intégrer les nouveaux corps de titulaires après avis de la Commission nationale d'intégration des enseignants associés de médecine générale dans les corps d'enseignants titulaires de médecine générale (CNI) placée auprès du MESR. Le décret de juillet 2008 ouvre une période de huit années pour réaliser ces intégrations. L'arrêté du 17 novembre 2008 fixe la composition, les attributions et les règles de fonctionnement de la CNI. Les personnels intégrés sont rattachés pour leur carrière à la sous-section 53-1 du CNU²⁴ : médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie.

La CNI s'est réunie fin 2008 puis en mars 2010 et a retenu au total 48 dossiers d'enseignants associés susceptibles d'être intégrés. Par arrêté du 18 août 2009, 10 emplois de PUMG ont été ouverts à l'intégration au titre de l'année universitaire 2009/2010.

La voie permanente est celle du concours. Le MESR prévoit l'ouverture d'un concours en MG au titre de l'année universitaire 2010/2011. Deux arrêtés ont paru le 15 mars 2010. Le premier porte vacance de 20 emplois de PUMG, localisés dans des UFR pré-identifiées. Ils s'adressent à des médecins généralistes ayant des fonctions d'enseignants associés et étant titulaires d'une habilitation à diriger des recherches (HDR). Selon le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), aucun candidat ne remplirait ces conditions à l'heure actuelle. Le deuxième arrêté porte déclaration de vacance de 30 emplois de maîtres de conférences. Les candidats doivent être CCUMG ou maîtres de conférences associés et doivent être titulaire d'un doctorat (en plus du

²⁴Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 modifié)

diplôme d'Etat de docteur en médecine) alors que le doctorat n'est statutairement pas requis des candidats aux recrutements dans le corps des MCU-PH, pour lesquels un master suffit. Selon l'Association nationale des chefs de clinique en médecine générale (ANCCMG), seul un candidat remplirait ces conditions à l'heure actuelle.

5. LE CLINICAT DE MEDECINE GENERALE

5.1. *Les emplois de chefs de clinique des universités de médecine générale*

Le clinicat de médecine générale a été créé par le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. Dès l'année universitaire 2007/2008, l'accent a été mis sur la création par le MESR, de 20 emplois de chefs de cliniques associés, ceci afin de faciliter l'encadrement des premiers DES de MG et afin de constituer un vivier de jeunes universitaires. Ils ont été transformés en 2008 en 19 postes de chefs de clinique universitaires de médecine générale (CCUMG).

Au titre de l'année universitaire 2008/2009, faute de pouvoir dégager un budget pour de nouvelles créations d'emplois, le MESR a sollicité (lettres des 5 août, 3 octobre et 24 octobre 2008) les doyens pour qu'ils redéployent des emplois de chefs de cliniques assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires (CCA-AHU) en chefs de clinique des universités en médecine générale (CCUMG) avec un objectif de 20 emplois. Il était annoncé dans le même temps que le ministère de la santé s'engageait à compenser par des emplois d'assistants spécialistes attribués aux CHU, les valences hospitalières de CCA-AHU perdues du fait du redéploiement afin notamment que les possibilités de post internat pour les internes des autres spécialités ne soient pas réduites. Le montant de la compensation s'élève à 14 300 euros brut annuel chargé patronal par poste redéployé (source DHOS). Cette compensation établie sur une base réglementaire ne prend pas en compte les gardes. 11 emplois seulement de CCUMG ont ainsi été dégagés.

Pour l'année universitaire 2009/2010, les doyens ont été une nouvelle fois sollicités. 15 emplois ont été créés dont 10 par redéploiement de postes de CCA-AHU. 2 créations et 3 redéploiements d'emplois universitaires venant de disciplines non médicales ont été financés par ailleurs par le MESR.

Pour 2010/2011, de nouvelles modalités sont définies. Le 10 mars, la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) adresse une directive aux directeurs de CHU rappelant que « le préalable à toute attribution d'un poste d'assistant est le redéploiement de poste de CCA vers la médecine générale... L'objectif d'un minimum de 50 postes en 2010 est maintenu. ». Une priorité territoriale est définie « en fonction de la démographie médicale et de l'offre de post-internat existante ». Le montant de la compensation liée au redéploiement vers un poste de CCUMG est de fait différent selon les établissements : par exemple, à Amiens, la création d'un poste de CCUMG est compensée par la suppression de 3 postes d'assistants spécialistes, à Strasbourg, la compensation s'est faite par la suppression d'un seul poste d'assistant spécialiste.

5.2. *Le Cadre d'exercice*

Missions et activités

Il n'existe pas de cadre de référence définissant de façon précise les charges respectives de soins, d'enseignement et de recherche. Cependant, contrairement aux CCA-AHU, l'exercice du CCUMG est structuré physiquement en un mi-temps soins pratiqué en cabinet de médecine libérale par demi-journée et un mi-temps universitaire au sein du département de médecine générale (DUMG).

Il est rare que le CCUMG puisse avoir une activité clinique suffisante en collaborant à un seul cabinet. Il exerce donc son activité clinique en général dans plusieurs cabinets, ce qui peut occasionner des contraintes organisationnelles quelquefois lourdes. Le statut est, dans la quasi majorité des cas celui de collaborateur libéral, statut créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, article L183-1-2 du code de la sécurité sociale. Certains CCUMG peuvent également avoir un statut de remplaçant voire, de façon exceptionnelle, de salarié.

Selon les départements universitaires de médecine générale (DUMG), l'enseignement se fait en direction des internes (de façon majoritaire) mais également en direction des externes (programme du certificat de MG, conférences d'internat et lecture critique d'articles pour la préparation aux ECN). La charge d'enseignement est souvent lourde, face à l'augmentation des effectifs d'internes en médecine générale et au fait que les DUMG ont développé des formes pédagogiques innovantes : enseignement formalisé sous forme de séminaires, d'ateliers, de groupe d'apprentissage à l'analyse de pratiques, de « récit de situations complexes et authentiques : RSCA »²⁵. Des ateliers de mémoire et de thèses réunissant quelques IMG et apportant un soutien méthodologique ont été mis en place. La supervision d'étudiants en stage, l'évaluation des étudiants : certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) diplômés etc. sont également, pour partie, assurées par les CCUMG. Par ailleurs, selon les régions, le CCUMG peut participer à la formation des maîtres de stages (*cf. infra*).

La quasi majorité des CCUMG font valoir des activités de recherche tout en faisant état de réelles difficultés liées au manque de structuration actuelle de la recherche en médecine générale et soins primaires en France²⁶. La FUMG étant récente, peu d'enseignants de MG ont une HDR, limitant les capacités d'encadrement des activités de recherche. Peu de possibilités de financement existent, peu d'appels d'offre sont dédiés à la recherche en MG et soins primaires.

Rémunération

L'activité de soins est rémunérée selon le modèle libéral. Le CCUMG perçoit les honoraires liés aux actes effectués et verse une redevance au cabinet libéral dans lequel il exerce, ce dernier étant l'« hébergeur ». Cette redevance est classiquement proportionnelle à l'activité clinique générée. Un contrat est passé entre l'hébergeur et le CCUMG, définissant les modalités de collaboration (moyens mis à disposition, responsabilité professionnelle, planning, modalités de versement de la redevance, recensement de l'activité clinique etc.).

Par ailleurs, les CCUMG se plaignent que leur régime de couverture sociale, notamment par cotisations à la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), soit moins avantageux que celui de leurs collègues CCA-AHU.

Un mode de rémunération dérogatoire avait été négocié en 2008 avec la CNAM par la direction de la sécurité sociale pour le CCUMG ayant opté pour le statut de collaborateur libéral. L'URCAM de la région concernée lui versait une enveloppe financière comprenant deux parts :

- une part fixe destinée à financer la redevance à l'hébergeur (1108 euros/trimestre).
- une part variable versée si les revenus d'activités générés par le CCUMG étaient inférieurs à un certain niveau, ce qui lui permettait donc d'être assuré d'un revenu minimal (1850 euros brut/mois).

Un contrat selon un modèle type était signé entre CCUMG et URCAM, les obligations demandées par l'assurance maladie étant de présenter une activité minimale de 20 actes par semaine et de participer à la permanence des soins. Des comités de suivi avaient été mis en place au niveau de chaque région, associant les Unions régionales de médecins libéraux (URML). Ces contrats n'ont

²⁵ Selon les bilans d'activité transmis par certains DUMG à la mission et les entretiens menés lors des déplacements de la mission sur site

²⁶ Voir Pouvourville G. (De), (2006), « Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions », Rapport au ministre de la santé et au ministre délégué à la recherche, ainsi que Bloy G et Schweyer FX, (2010) « Singuliers généralistes » Presse de l'EHESP

plus été honorés en novembre 2009, ceci étant lié à la création des agences régionales de santé et à la disparition des URCAM. Suite à la promulgation de l'ordonnance de coordination prise en application de la loi du 21 juillet 2009, qui prévoit que la gestion de ces contrats sera désormais assurée par les agences régionales de santé, les versements ont repris en mars 2010.

L'activité universitaire est une activité salariée : le dernier arrêté relatif à la rémunération des chefs de clinique des universités de médecine générale date du 27/11/2009. Il fixe la rémunération annuelle brute (non soumise à retenue pour pension civile) à 19 367,61 euros pour le 2ème échelon (après deux ans de fonction) et à 16 631,77 euros pour le 1er échelon (avant deux ans de fonction).

5.3. *Un état des lieux : bilan en novembre 2009*

Témoignage écrit d'un CCUMG rencontré par la mission

« Concernant le clinicat en MG, plusieurs difficultés apparaissent :

Précarité liée au caractère libéral de la part soin, créant une inégalité avec les Chefs de Clinique hospitaliers :

- préoccupation quotidienne et inévitable au sujet des revenus générés par la part soins pour arriver à des revenus nets identiques à ceux des Chefs de Clinique hospitaliers,
- dilemme permanent vis-à-vis de l'engagement dans les activités universitaires (enseignement et recherche + réunions) lorsqu'elles « tombent » sur les créneaux de la part soin,
- charges financières supplémentaires (CARMF ++, charges de collaboration libérale, etc),
- difficultés à faire appliquer les clauses du contrat signé avec les URCAM qui devait permettre le remboursement d'une partie des frais de collaboration libérale,
- activité supplémentaire dédiée à l'organisation du cabinet (comptabilité, fiscalité, commande de matériel...) qui se rajoute aux activités de soin, d'enseignement et de recherche...

Difficultés pour trouver un lieu d'exercice ayant l'infrastructure et l'organisation nécessaire à l'activité de soins d'un Chef de Clinique collaborateur libéral. Par exemple, disposer d'un bureau pour consulter à mi temps, tout en ayant la possibilité d'adapter ses jours de consultation en fonction des impératifs de l'activité universitaire comme par exemple les réunions, les congrès, les enseignements etc. Ces difficultés surviennent alors même qu'il y a un manque de médecins généralistes sur le territoire et que la plupart des médecins généralistes sont débordés face à des besoins de soins supérieurs à l'offre de soins.

Activité de recherche difficile à mettre en place, en partie à cause de la place prise par le travail organisationnel et d'enseignement (lié au manque d'enseignants en MG). Egalement à cause du temps exigé pour étoffer le CV en vue de devenir Maître de Conférences (formation en recherche et en pédagogie, présentations en congrès etc...). Il faut aussi noter les difficultés à trouver des ressources humaines et financières pour mener à bien les projets de recherche. C'est pourtant la part recherche qui devait initialement être la priorité des Chefs de Clinique pour développer la spécialité ».

Source : document fourni par mail à la mission

L'association nationale des chefs de clinique a procédé à une enquête auprès des quinze CCUMG en poste en 2007-2008, actualisée auprès des 31 CCUMG supplémentaires nommés sur la période 2008-2009²⁷. Les résultats présentés ci-dessous cumulent les données des deux enquêtes, et concernent donc 46 chefs de clinique en médecine générale²⁸.

²⁷ Congrès national du Collège national des enseignants généralistes, Toulouse, 27-28 novembre 2009, communication de l'association des chefs de clinique universitaires en médecine générale

²⁸ Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche recensait en décembre 2009 45 chefs de clinique en médecine générale.

Tout d'abord l'enquête informe de l'âge moyen des CCUMG (29,5 ans) et de la répartition par sexe (un tiers sont des femmes). Elle permet ensuite d'apprécier l'activité réelle des CCUMG dans leurs trois missions (soins, recherche, enseignement).

La répartition de leur temps de travail entre elles est la suivante : quatre demi-journées par semaine en moyenne pour la recherche, deux pour l'enseignement et cinq pour les soins. Pour chacune des activités des CCUMG les enseignements tirés de l'enquête sont les suivants :

- La recherche

Les CCUMG ayant répondu à l'enquête possèdent un Master 1 ou un Master 2 par lesquels ils se sont formés à la recherche.

La très grande majorité des CCUMG ont une activité de recherche en cours (75 % d'entre eux dans la première enquête, 100 % d'entre eux dans la seconde enquête) et environ les deux-tiers l'effectuent dans une structure d'accueil. Les CCUMG ont en moyenne trois travaux en cours et deux publications à leur actif. Par ailleurs, ils participent à l'encadrement des thèses de DES des internes. En moyenne les CCUMG au moment de leur réponse au questionnaire encadraient deux thèses.

- L'enseignement

93 % des CCUMG disent participer à l'enseignement théorique. La part de cet enseignement théorique assuré par des CCUMG est très variable, de « une seule fois dans l'année » à « deux fois par semaine. 100 % d'entre eux participent à l'aide méthodologique destinée aux internes.

- Les soins

La grande majorité des chefs de clinique en médecine générale exercent sous le statut de collaborateur libéral (39 sur 46, soit 85 % des chefs de clinique). Les autres ont deux types d'exercice : 5 sont remplaçants et 2 exercent en centres de santé. Les CCUMG exercent à 86 % sous le statut de collaborateur libéral, à 6 % comme remplaçants, à 4 % en centre de santé et à 4 % dans un poste hospitalier.

100 % des CCUMG exercent dans un cabinet de groupe avec en moyenne 3,5 autres professionnels et dans 46 % des cas avec d'autres professionnels de santé que des médecins. Un tiers des CCUMG exercent dans plusieurs cabinets.

Dans leur exercice, 92 % d'entre eux font des visites à domicile et 88 % d'entre eux participent à la permanence des soins. Enfin, ils sont 35 % à accueillir un étudiant en stage, externe ou interne.

6. LES MAITRES DE STAGE

Bien que ne faisant pas formellement partie de la FUMG et n'ayant pas de statut universitaire, les maîtres de stage participent à la formation et l'encadrement des étudiants en médecine de second cycle et surtout internes de médecine générale (IMG). Il s'agit de médecins généralistes, satisfaisant à un certain nombre de critères dont une ancienneté d'exercice de trois ans. Ils sont agréés par les DUMG après avis du conseil de l'ordre. Quatre types de mission sont classiquement développées, un maître de stage pouvant exercer une ou plusieurs de ces missions :

- sensibiliser à l'exercice libéral les étudiants de 2^{ème} cycle (stage de 8 semaines)
- accueillir les IMG dans leurs cabinets lors des 6 à 12 mois de stage pratique en soins ambulatoires
- assurer une fonction de « tutorat » en accompagnant alors individuellement un IMG tout au long de son cursus d'internat. Les maîtres de stage prennent alors un rôle de guide dans l'élaboration d'un projet professionnel
- dispenser, pour certains d'entre eux, des enseignements théoriques en deuxième et troisième cycle.

Ces maîtres de stage suivent des formations spécifiques leur permettant d'acquérir les compétences et les techniques pédagogiques nécessaires (technique de supervision clinique par exemple). Celles-ci sont organisées par les DUMG.

Les maîtres de stage sont rémunérés à hauteur de 600 € par interne par mois pour un accueil plein temps²⁹. Comme un IMG effectue rarement l'ensemble du stage chez le même maître de stage, cette somme de fait, couvre l'accueil de plusieurs IMG. Ce revenu est considéré comme un montant brut et est payé en honoraires. Il ne permet pas au médecin de l'identifier dans ses revenus totaux et représente beaucoup moins une fois les charges sociales déduites.

Les maîtres de stage ne sont que partiellement dédommagés pour les pertes de revenus occasionnés lorsqu'ils sont en formation à la maîtrise de stage et qu'ils ne produisent donc pas d'actes³⁰. Cette formation repose surtout sur le bénévolat et la motivation de ces médecins généralistes. Lors d'une conférence de presse qui s'est tenue le 30 mars 2010, la ministre de la santé a annoncé le déblocage de 400 000 € pour la formation des maîtres de stage.

7. EVOLUTION DES EFFECTIFS GLOBAUX

Années universitaires	Effectif d'IMG	PU titulaires	PU associés	MCU associés	CCUMG	Total enseignants	Maîtres de stage
2006/2007	4845	0	59	63	(20 associés)	122 <i>142 avec CCUMG associés</i>	
2007/2008	5945	0	72	59	(19 associés)	131 <i>150 avec CCUMG associés</i>	
2008/2009	7271	0	77	67	31	175	3493
2009/2010		10	76	81	45	213	

Source MESR et ONDPS, rapport annuel Tome 3, 2008-2009

²⁹ Arrêté modificatif du 20 février 2008 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral. L'indemnisation des maîtres de stage n'avait pas été revalorisée depuis 1997.

³⁰ En 2010, seul 10% des formations à la maîtrise de stage pour l'encadrement des internes sont prises en charge par l'organisme de gestion conventionnelle (OGC), 6,6% pour la maîtrise de stage pour l'encadrement des externes selon le syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG).

Annexe n° 17 : Le post-internat de médecine générale

1. MEDECINE GENERALE : DES ET POST INTERNAT

Les diplômés de médecine générale ne se destinent pas tous à exercer les soins de premier recours³¹. Un nombre significatif d'IMG envisagent une spécialisation, ce qui demande d'accomplir un poste internat sous différentes formes (le plus souvent praticiens contractuels, assistants spécialistes, remplacement en médecine de ville).

1.1. *Rappel de la maquette du DES*³²

L'enseignement théorique comprend autour de 200 heures sur les trois ans du DES.

La formation pratique repose sur 6 stages semestriels répartis ainsi :

- **Trois semestres obligatoires** dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale dont un en CHU :
 - un au titre de la médecine d'adulte : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie aiguë
 - un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - un au titre de la médecine d'urgence
- **Un semestre libre** dans un service ou département hospitalier agréé
- **Un semestre auprès de praticiens généralistes agréés** (stage de niveau 1)
- **Un semestre, selon le projet professionnel** de l'interne de médecine générale (IMG), effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé – SASPAS – stage de niveau 2), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale du département universitaire de médecine générale (DUMG).

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation dédiés à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des IMG et habilités pour cette formation.

1.2. *DESC et autres spécialisations*

Selon une enquête faite par l'ISNAR-IMG en 2007³³, 25,2 % des IMG présents dans la filière souhaitent réaliser un DESC (médecine d'urgence pour 44,5 % d'entre eux, gériatrie pour 13,5 %,

³¹ La notion de soins de premier recours a été définie de façon législative par la loi HPST, la terminologie ayant été adoptée suite aux efforts de clarification de l'ONDPS dans son rapport 2006-2007. Elle permet de différencier les médecins libéraux exerçant la médecine au sens de médecine de proximité d'autres diplômés de MG, exerçant en secteur hospitalier ou installés en libéral, ayant d'autres types d'exercice comme les « médecins à exercice particulier » (MEP).

³² Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
Arrêté du 22 septembre 2004 (publié au JO le 06 octobre 2004) - Annexe V – Titre II
Circulaire DGS/DES/2004/ n°192 du 26 avril 2004

³³ Evolution de la formation de l'interne de médecine générale : enquête nationale de l'ISNAR-IMG, novembre 2007

médecine du sport pour 8,3 %, médecine vasculaire pour 5,7 %, pathologie infectieuse et tropicale pour 5,2 %, nutrition pour 3,6 %). Les principales raisons avancées sont la diversification de l'activité (61,4 %) ainsi que le désir de formation. Le désir de se sur-spécialiser (42 %) ainsi que celui d'exercer en milieu hospitalier (42 %) viennent secondairement.

Selon la même enquête, le pourcentage d'IMG désirant réaliser un DESC diminue en fonction de leur avancée dans le cursus : il est de 40 % en première année, de 30,5 % la deuxième, de 21,5 % la 3^{ème} année. En fin de DES, seuls 14,5 % des IMG envisagent de faire un DESC. Cette évolution serait liée, selon l'ISNAR-IMG à une meilleure connaissance de la pratique de médecine générale grâce aux stages chez le praticien.

Des enquêtes régionales font état de pourcentages plus élevés. Ainsi, en 2006, 35 % des IMG d'Ile de France envisageaient de faire un DESC, notamment un DESC d'urgences (39 %), de gériatrie (14 %) et des maladies infectieuses (10 %). 58 % des IMG de Rhône-Alpes émettent le même type de souhait en 2005.

Les données concernant les inscriptions effectives en DESC des IMG n'ont pas été recensées au niveau national. Cependant, des données régionales confirment la recherche de spécialisation. En Île-de-France, 16 % des internes en 3^e cycle de médecine générale préparaient une spécialisation en 2003, 41 % en 2004 et plus de la moitié en 2005. En 2008, en Ile de France, sur 119 diplômés du DES de médecine générale, 64 sont inscrits en DESC, dont 47 pour la seule médecine d'urgence³⁴. 14 DESC de type 1 sont ainsi accessibles aux IMG.

D'autres formations complémentaires sont possibles. En 2006, l'ONDPS³⁵ recensait 18 DIU et 7 DU accessibles aux diplômés de médecine générale.

Selon l'ONDPS, ces formations complémentaires remplissent une double fonction : elles constituent une opportunité de maintien et de développement de compétences d'une part, une possibilité de réorientation vers d'autres exercices que celui de médecin de premier recours d'autre part. D'autres études avancent un troisième motif, celui de la recherche d'une diversification des pratiques chez les médecins généralistes.

Une thèse de médecine générale³⁶ fait état de 30 à 60 % (selon les régions) de MG détenant des diplômes complémentaires. C'est le cas de 20 à 30 % des médecins installés en libéral sans qu'il ne soit possible d'établir avec précision la part des médecins à exercice particulier (MEP)³⁷. La recherche d'une diversification des pratiques s'exprime notamment par le fait que, selon la CNAMTS, 25 % des MG développent une activité mixte, libéral en cabinet et salariée, cette dernière s'exerçant surtout dans les hôpitaux, les centres de soins et les EHPAD.

1.3. Remplacements et délai d'installation

L'installation n'est plus considérée comme le début de la vie professionnelle. Selon une enquête effectuée par la DSS en 2006, 87 % des jeunes médecins généralistes ont effectué des remplacements avant de s'installer, 10 % d'entre eux ont remplacé pendant plus de 5 ans et 48 % moins de 20 mois³⁸.

Cette période peut être analysée sous trois angles³⁹ : recherche de formation grâce à une pratique autonome débutante, recherche d'une pratique permettant de « se faire une idée » du métier, enfin solution d'attente par exemple en cas d'incertitude quant à l'emploi du conjoint.

³⁴ ONDPS rapport 2006-2007 et données transmises à la mission par la DRASS Ile de France.

³⁵ ONDPS rapport 2006-2007, « la médecine générale-Tome 1 ».

³⁶ Leroux M, « Mode d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale », Nancy, décembre 2009. Sont analysées deux enquêtes nationales (CNAMTS et INPES) et plusieurs enquêtes régionales.

³⁷ Les MEP ne bénéficient pas d'une définition précise. Ainsi, la DRES estime le taux de pratique de MEP de 12 à 18% alors que l'enquête de l'INPES fait état d'un taux de 65%.

³⁸ Cité dans le rapport 2006-2007 de l'ONDPS « la médecine générale-Tome 1 »

³⁹ Selon Bloy G et Schweyer FX « Singuliers généralistes » 2010, presses de l'EHESP

De façon concomitante, le délai entre la fin des études et l'installation a eu tendance à s'accroître. Selon une enquête du CREDES datant de 2003⁴⁰, dans les années quatre-vingt, l'installation en cabinet se faisait en moyenne 1,6 ans après la thèse. En 2000-2001, cette moyenne était de 3,7 ans. Par ailleurs, l'âge moyen à l'installation augmente. Il était de 31 ans en 1980 et est aujourd'hui de 37 ans selon l'Ordre national des médecins.

1.4. Les contrats hospitaliers

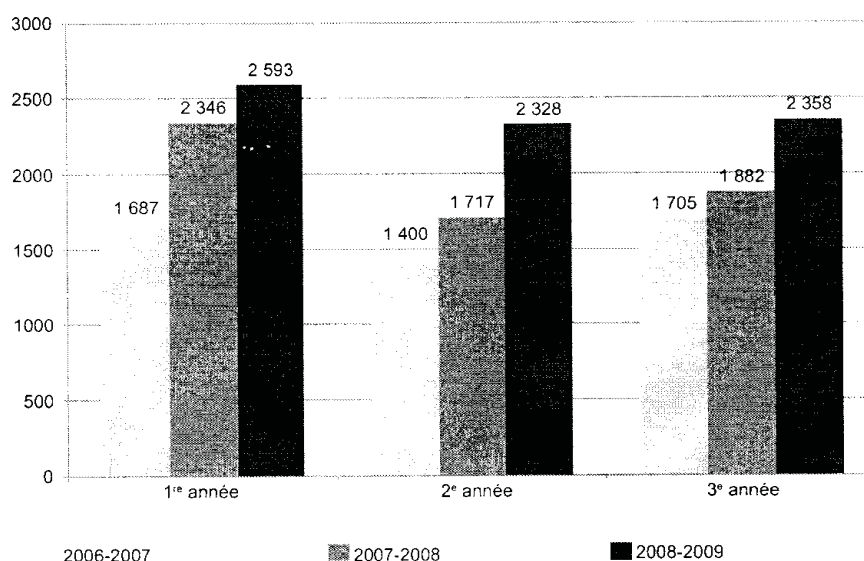
Plusieurs voies sont ouvertes aux diplômés de DES de MG leur permettant d'exercer dans le cadre d'un établissement public de santé. Trois statuts d'accueil actuels temporaires leurs sont ouverts : le statut de praticien contractuel, d'assistants spécialistes et de praticien attaché.

Ils peuvent déboucher sur une stabilisation de la pratique en milieu hospitalier en devenant PH. En 2007, le répertoire ADELI recense 3168 MG reçus au CNPH⁴¹.

2. LES EFFECTIFS D'IMG A FORMER

2.1. Evolution du nombre d'IMG⁴²

NOMBRE D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE PAR ANNÉE D'ÉTUDES
DE 2006-2007 À 2008-2009

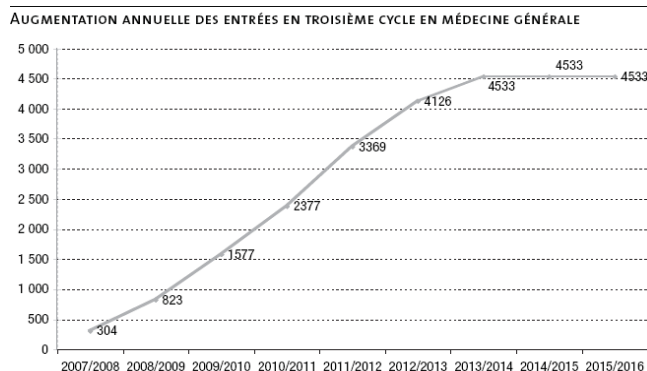


Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

⁴⁰ CREDES (2003) « Territoires et accès aux soins », rapport du groupe de travail, janvier 2003

⁴¹ ONDPS le rapport annuel Tome 1 2006-2007

2.2. *Augmentation annuelle des entrées en troisième cycle en médecine générale*



Source : CNIPI, séance du 10 février : Lecture du tableau : La population actuelle des IMG, qui comporte, en 2008 près de 7300 (entre 7221 et 7279) personnes, augmente de 304 personnes lors de l'année universitaire 2007/2008, de 4530 personnes lors de l'année universitaire 2014/2015

Entre 2006 et 2010, l'effectif d'IMG est passé de près de 4800 à 7300 personnes. Selon les scénarios de l'ONDPS, il devrait y avoir en 2013 entre 12130 et 15350 IMG.

3. LES TAUX D'ENCADREMENT EN MEDECINE GENERALE : ENSEIGNANTS ET MAITRES DE STAGE

3.1. *Evolution des effectifs globaux*

Années universitaires	Effectif d'IMG	PU titulaires	PU associés	MCU associés	CCUMG	Total enseignants	Maîtres de stage
2006/2007	4845	0	59	63	(20 associés)	122 <i>142 avec CCUMG associés</i>	
2007/2008	5945	0	72	59	(19 associés)	131 <i>150 avec CCUMG associés</i>	
2008/2009	7271	0	77	67	31	175	3493
2009/2010		10	76	81	45	213	

Source : MESR et ONDPS, rapport annuel Tome 3, 2008-2009

3.2. Les effectifs d'enseignants par région

	PU titulaires 2009	PU et MCU associés 2009	CCUM G 2009	Total Universitaires 2009	Maîtres de stages 2008	Total d'IMG 2008	Maîtres de stage / IMG	Total Universitaires / IMG	Universitaires + maîtres de stage / IMG
Antilles Guyane	0	2	1	3	35	170	0,206	0,018	0,224
Alsace	0	4	2	6	129	289	0,446	0,021	0,467
Aquitaine	1	7	0	8	285	310	0,919	0,026	0,945
Auvergne	0	6	2	8	121	172	0,703	0,047	0,750
Basse Normandie	1	2	1	4	40	168	0,238	0,024	0,262
Bourgogne	0	4	2	6	120	123	0,976	0,049	1,024
Bretagne	0	8	3	11	200	424	0,472	0,026	0,498
Centre	0	5	2	7	150	145	1,034	0,048	1,083
Champagne Ardenne	0	4	1	5	94	143	0,657	0,035	0,692
Franche Comté	0	3	1	4	74	163	0,454	0,025	0,479
Haute Normandie	0	5	1	6	50	202	0,248	0,030	0,277
Ile de France	4	36	10	50	559	1245	0,449	0,040	0,489
Languedoc Roussillon	1	5	2	8	165	207	0,797	0,039	0,836
Limousin	0	4	1	5	20	106	0,189	0,047	0,236
Lorraine	0	5	1	6	88	297	0,296	0,020	0,316
Midi Pyrénées	1	7	1	9	93	239	0,389	0,038	0,427
Nord Pas de Calais	1	5	2	8	114	530	0,215	0,015	0,230
Pays de Loire	0	10	3	13	297	410	0,724	0,032	0,756
Picardie	0	3	2	5	59	227	0,260	0,022	0,282
Poitou Charentes	0	3	2	5	116	246	0,472	0,020	0,492
PACA + Corse	0	9	2	11	312	432	0,722	0,025	0,748
Rhône Alpes	1	16	3	20	530	953	0,556	0,021	0,577
Total 2009	10	153	45	208	3990	7271	0,549	0,029	0,577

Source : MESR pour les universitaires, ONDPS pour les maîtres de stage et les internes. Calculs mission
Compte tenu du décalage d'un an entre les données sur les effectifs d'enseignants universitaires et les
effectifs d'internes de médecine générale, les taux d'encadrement sont légèrement surestimés.

Selon l'article 47 de la loi HPST, les effectifs totaux d'universitaires (hors associés) dans la filière médecine générale seront en 2013 de 400, dont 80 PUMG, 120 MCUMG et 200 CCUMG. Dans l'hypothèse où cet objectif est atteint, le ratio entre le nombre total d'IMG et le nombre d'universitaires hors associés serait de :

- 0,033 universitaire par IMG dans l'hypothèse basse de l'ONDPS de 12130 IMG en 2013
- 0,026 universitaire par IMG dans l'hypothèse haute de l'ONDPS de 15350 IMG en 2013.

En prenant l'hypothèse que le nombre d'IMG sortant du cursus en 2011 est égal au nombre d'IMG de première année en 2008, le ratio entre le nombre de postes de CCUMG et le nombre d'IMG sortant en 2011 est de 0,018.

En prenant pour hypothèse que le nombre d'IMG sortant du cursus en 2013 est égal au nombre de postes ouverts aux ECN 2009-2010 soit 3333⁴³ et que 200 postes de CCUMG existent en 2013, le ratio entre le nombre de postes de CCUMG et le nombre d'IMG sortant en 2013 serait de 0,060.

⁴³ L'épreuve des ECN 2009-2010 a été ouverte par décret du 7 janvier 2009. Les étudiants qui choisiront la médecine générale aux ECN cette année termineront leur cursus en 2013

Ces ratios permettent d'objectiver l'encadrement universitaire (en PU, MCU et CCUMG) et l'encadrement global des IMG. Ils sont par contre à relativiser dans une perspective de débouchés de carrière pour les IMG : la majorité des internes de médecine générale n'aspire pas à devenir chef de clinique en médecine générale. Cette fonction est en effet positionnée clairement dans une perspective de carrière universitaire et n'est pas recherchée pour compléter sa formation, comme ce qui est constaté pour les autres spécialités médicales.

3.3. *Données sur l'âge des enseignants de médecine générale en fonction en 2009-2010*

Tranche d'âge	Nombre de PU titulaires	Nombre de PU et MU associés	%
60 ans et plus	8	48	31,4
55 à 59 ans	1	54	35,3
50 à 54 ans	0	32	20,9
Moins de 50 ans	1	19	12,4

Source : Exploitation par la mission du fichier MESR

Annexe n° 18 : Besoins en encadrement universitaire et médical pour la médecine générale

Les effectifs d'enseignants universitaires et de maîtres de stages ont été présentés dans les annexes 14 et 15 relatives à la médecine générale pour l'année 2009 :

- 213 enseignants universitaires, titulaires ou associés, dont 45 CCUMG ;
- près de 3500 maîtres de stages soit 5,9 % des médecins installés.

De façon convergente, les différents enseignants de la filière universitaire de médecine générale, les représentants professionnels (CNGE et SNEMG) de même que des doyens ou des présidents d'université, considèrent que le dispositif actuel peine à assurer l'enseignement et l'encadrement tel qu'il est prévu par les maquettes de formation :

- stage de 8 semaines de sensibilisation à l'exercice prévu au cours du 2^{ème} cycle des études médicales non appliqué partout, faute d'encadrement ;
- accès contingenté au stage de seniorisation en dernier semestre d'internat dans certaines régions, là aussi faute d'encadrement en maîtres de stage ;
- limites dans les capacités d'encadrer des thèses d'exercice ;
- obligation de faire appel à des maîtres de stage pour assurer des enseignements à la faculté, souvent bénévoles, quelquefois chargés d'enseignement.

Ces difficultés ont également été évoquées par les interlocuteurs de la mission dans les régions dans lesquelles elle s'est rendue.

La loi HPST définit des objectifs chiffrés pour la montée en charge de la filière universitaire de médecine générale à partir de la rentrée 2009/2010 et jusqu'en 2013. D'ores et déjà on constate un retard préoccupant dans la mise en œuvre de ces objectifs que par ailleurs les professionnels estiment insuffisants pour faire face aux besoins d'enseignement et d'encadrement des internes en médecine générale dont les effectifs vont connaître une forte augmentation. Afin d'éclairer le débat, la mission a procédé à une analyse comparative des différents modes d'approche en présence et effectué une projection à horizon 2013 de leurs conséquences. Il en ressort une fourchette très ouverte d'estimation sur la période, qui témoigne de la difficulté d'objectiver sur une base indiscutable des besoins en enseignants qui apparaissent en tout état de cause très importants. La mise en œuvre effective des objectifs de la loi HPST apparaît dans cette perspective comme un minimum.

La mission a par ailleurs également tenté de chiffrer les besoins en maîtres de stages, notamment au regard des stages exigés dans les maquettes de formation. En effet les maîtres de stage constituent un élément essentiel du dispositif d'encadrement des étudiants et internes en médecine générale et leur contribution est complémentaire de celle des enseignants. Les deux problématiques apparaissent étroitement liées et doivent donc être abordées simultanément dans un contexte marqué par la difficulté de dégager les postes d'enseignants au rythme requis par la progression des promotions d'IMG d'une part, par le vieillissement de la pyramide des âges des enseignants actuels d'autre part (cf. annexe 17) et enfin par le souci de développer les stages en ambulatoire pour mieux préparer les internes en médecine générale à un exercice autonome.

1. Les besoins en chefs de clinique de médecine générale (CCUMG)

Plusieurs modes d'approche des besoins ont été présentés à la mission. Les trois premiers considèrent le clinicat comme étant exclusivement un post internat universitaire. Le dernier est fait par analogie avec les spécialités hors médecine générale où les CCA-AHU se dirigeant vers une carrière hospitalo-universitaire ne sont qu'une minorité.

Première approche : le critère dit du « gold number »⁴⁴

Ce critère est utilisé dans d'autres pays dans une perspective de développement de la recherche orientée vers des pratiques professionnelles particulières (en l'occurrence, pour la médecine générale, la recherche sur les soins primaires). Il évalue à 1 % la part des professionnels concernés qui devraient être engagés dans une filière universitaire. Ce critère a servi de référence dans les discussions préalables pour élaborer le chiffrage de la FUMG par l'article 47 de la loi HPST.

Selon cette approche, la FUMG devrait compter 650 universitaires pour 65 000 médecins généralistes ayant effectivement une pratique de soins primaires. Parmi ceux-ci 325 devraient être des CCUMG⁴⁵, contre 45 actuellement. Ce nombre, défini par la loi, n'est a priori pas évolutif et ne tient pas compte de l'augmentation massive des IMG qui ne pourra se répercuter en termes de démographie médicale que dans 6 ans au mieux⁴⁶.

Deuxième approche : une évaluation des besoins à partir des charges d'enseignement rapportées aux obligations statutaires des universitaires

La mission a cherché à estimer les besoins en enseignants à partir de leurs charges d'enseignement et obligations statutaires. Un premier calcul a été effectué en prenant en compte les seules heures d'enseignement prévues par les maquettes de formation. Une deuxième estimation a été réalisée à partir des données recueillies par la mission auprès de quatre départements universitaires de médecine générale⁴⁷ (DUMG) (cf. fiche détaillée de calcul à la fin de cette annexe). On constate un écart important entre les deux modes d'approche qui tient à une prise en compte plus large par les DUMG de l'ensemble des charges d'enseignement qui incombent aux chefs de clinique en médecine générale, incluant en particulier l'encadrement des thèses d'exercice⁴⁸.

⁴⁴ Voir annexe 4, bibliographie, références étrangères sur le « gold number »

⁴⁵ 50 % du corps enseignant, selon la logique HPST

⁴⁶ 3 ans de DES puis 3 ans avant de s'installer, toutes choses égales par ailleurs.

⁴⁷ 4 DUMG ont répondu sur les charges d'enseignement, souvent assurés partiellement par manque d'enseignants aujourd'hui, ou délégués à des maîtres de stage : Brest, Strasbourg, Paris Descartes, Nancy

⁴⁸ Cette approche apparaît conforme à celle de l'arrêté du 31 juillet 2009 "fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants chercheurs" dont l'annexe propose un référentiel d'activités pédagogiques et de recherche.

	Nombre d'IMG	Besoin en nombre global d'enseignants universitaires		Besoin en nombre de CCUMG (sur la base de 50 %)	
		Estimation à partir des charges globales d'enseignement décrites par 4 DUMG	Estimation à partir des heures de formation prévues dans les maquettes	Estimation à partir des charges globales d'enseignement décrites par 4 DUMG	Estimation à partir des heures de formation prévues dans les maquettes
2009	7 300	720	174	360	87
2013 hypothèse basse	12130	1165	258	582	129
2013 hypothèse haute	15350	1466	318	733	159

Source : calculs mission sur la base de données ONDPS, MESR et DUMG

Un raisonnement comparable pourrait d'ailleurs être utilisé pour mesurer les besoins d'enseignants dans les diverses spécialités.

Troisième approche : l'expertise de personnalités qualifiées

La mission a interrogé les personnalités qualifiées membres du groupe de travail qu'elle a organisé sur les problèmes spécifiques de la médecine générale⁴⁹ et s'est par ailleurs référée aux travaux déjà réalisés sur ce thème⁵⁰.

Il en résulte une fourchette assez large, qui se situe entre 1 CCUMG pour 10 IMG et 1 CCUMG pour 25 IMG selon les interlocuteurs. Celle-ci aboutirait aux estimations suivantes en fonction des projections de l'ONDPS sur le nombre d'IMG :

	Nombre d'IMG	Nombre de CCUMG si 1/10 IMG	Nombre de CCUMG si 1/25 IMG	Moyenne
2009	7300	730	292	511
2013 hypothèse basse	12 130	1 213	485	849
2013 hypothèse haute	15 350	1 535	614	1 074

Source : calculs mission sur la base de données ONDPS et MESR

⁴⁹ Des représentants de la médecine générale ont régulièrement participé aux réunions du groupe de travail informel mis en place par la mission sur le post-internat. Une réunion spécifique a par ailleurs été organisée pour approfondir les problématiques particulières à la médecine générale (cf. liste des personnes consultées en annexe 2)

⁵⁰ Pouvoirville G. (De), *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*, Rapport au ministre de la santé et au ministre délégué à la recherche, 2006

Quatrième approche : par analogie avec les autres spécialités médicales

Selon le ministère de l'enseignement supérieur, en 2009, il y a 9 300 universitaires dans les spécialités hors médecine générale (CCA, AHU, MCU-PH et PU-PH)⁵¹ pour 11 800 internes hors médecine générale⁵². Le taux d'encadrement universitaire hors médecine générale en résultant est de 0,79 universitaire pour un interne.

En utilisant le même ratio, on devrait donc pouvoir disposer de 3 486 enseignants à l'heure actuelle, et en 2013 de 6 065 selon l'hypothèse basse et de 7 675 selon l'hypothèse haute.

En adoptant la logique de la loi HPST de répartition des postes, il faudrait donc :

	Nombre d'IMG	Besoin en nombre global d'enseignants universitaires	Dont CCUMG (50 %)	Dont MCUMG (30 %)	Dont PUMG (20 %)
2009	7 300	5 767	2 884	1 730	1 153
2013 hypothèse basse	12130	9 583	4 791	2 875	1 917
2013 hypothèse haute	15350	12 126	6 063	3 638	2 425

Source : calculs mission sur la base de données ONDPS et MESR

Ce mode d'approche, défendu par certains syndicats, n'est pas jugé pertinent par la mission. Il intègre en effet tous les postes de CCA-AHU alors que ceux-ci, ne peuvent plus être considérés, en l'état, comme exclusivement universitaires. Par ailleurs, le nombre d'universitaires dans les diverses spécialités est plus le résultat de l'histoire, qu'une quantification des besoins en enseignement dans les différentes spécialités. Enfin, ce taux d'encadrement n'est rapporté qu'aux seuls internes et non aux étudiants des premiers et seconds cycles. Pour toutes ces raisons, le taux d'encadrement calculé à partir du nombre des internes, tel qu'il peut aujourd'hui être observé pour les spécialités autres que la médecine générale, n'est donc pas un taux qui exprime des besoins mesurés d'enseignement et la mission ne considère pas qu'il doive avoir un statut de référence. Même si la mission ne retient pas cette estimation, le calcul a néanmoins été fait, permettant d'illustrer les conséquences de ce que serait une application du taux observé pour les autres disciplines à la médecine générale.

En conclusion, l'estimation du besoin CCUMG selon les différents modes d'approche aboutit au résultat suivant :

	« Gold number »	A partir de la charge d'enseignement		Estimation de personnes qualifiées	Moyenne
2009	325	360	87	511	321
2013 hypothèse basse	ns	582	129	849	520
2013 hypothèse haute	ns	733	159	1 074	655

Source : calculs mission sur la base des données ONDPS et des données MESR

⁵¹ MESR, DGFIP, DGRH A4-2

⁵² ONDPS, « Le renouvellement des effectifs médicaux. Rapport 2008-2009 », sources ONDPS p. 15

L'ampleur de la fourchette des résultats qui varient de 87 à 511 en 2009 et de 159 à 1074 en 2013 dans l'hypothèse haute (voire 6 063 si l'on retenait le dernier mode de calcul par alignement sur les autres spécialités médicales) témoigne, s'il en était besoin, de la difficulté voire l'impossibilité à trouver une base objective et indiscutable pour déterminer le nombre des CCU-MG nécessaires. Le constat des difficultés actuellement rencontrées pour remplir les quotas fixés par la loi HPST incite à une approche pragmatique visant en premier lieu à aplanir les obstacles rencontrés tant du côté de l'offre (création de postes et amélioration de leur attractivité) que la demande (actions incitatives pour développer les candidatures) pour parvenir aux objectifs actuels. Ce qui n'interdit pas de mener simultanément une réflexion à plus long terme sur les besoins futurs, en fonction de l'évolution des effectifs à encadrer.

2. Les besoins en maîtres de stages

Les enseignants de la filière universitaire de médecine générale ainsi que les représentants des maîtres de stage estiment qu'il faut au minimum 2, dans l'optimum 3 maîtres de stages par interne de médecine générale (cf. annexe 14). En effet, un IMG doit pouvoir découvrir la diversité des pratiques (de façon isolée ou en exercice pluri-professionnel, en rural ou urbain etc), doit avoir la possibilité de connaître les exercices de médecins généralistes différents. De plus, l'accueil de l'IMG entraîne un temps de compagnonnage, qui, comme à l'hôpital, diminue la productivité des soins, immédiatement répercuté sur les revenus dans le cadre du paiement à l'acte⁵³. La structure même d'un cabinet libéral et le mode de pratique (« colloque singulier ») limitent le nombre d'étudiants simultanément présents en même temps, comme à l'hôpital, mais de façon encore plus contrainte. C'est pourquoi la plupart des maîtres de stage choisissent d'accueillir les étudiants quelques mois par an (de 6 à 8 mois selon les interlocuteurs de la mission) et n'envisagent pas de le faire pendant toute l'année.

Si l'on prend en compte ces critères, le nombre de maîtres de stages nécessaire serait le suivant

	Nombre d'IMG*	Nombre d'IMG si 33 % d'internes font un SASPAS * 22,2 %	Nombre d'IMG si 80 % d'internes font un SASPAS * 30 %	Nombre de maîtres de stage nécessaire / hyp de 2 maîtres de stage par interne		Nombre de maîtres de stage nécessaire / hyp de 3 maîtres de stage par interne	
				Si 33 % de SASPAS	Si 80 % de SASPAS	Si 33 % de SASPAS	Si 80 % de SASPAS
2009 (situation souhaitable)	7 300	1 606	2190	3212	4380	4818	6570
2013 hypothèse basse	12 130	2 693	3639	5 386	7278	8079	10917
2013 hypothèse haute	15 350	3 408	4605	6 815	9210	10223	13815

Source : *Calculs mission sur la base des données ONDPS et MESR*⁵⁴

⁵³ Un maître de stage reçoit 600 euros mensuel pour un temps complet d'accueil de stagiaire (cf. annexe14). Cette diminution de productivité doit cependant être relativisée dans le sens où les internes produisent également de l'activité.

⁵⁴ ONDPS, « Le renouvellement des effectifs médicaux. Rapport 2008-2009 », sources ONDPS p. 15
MESR, bureau DGRH A2-4

Ces deux sources sont celles qui ont servi à établir l'ensemble des calculs qui figurent dans cette annexe.

Calculs de la mission : précisions méthodologiques

L'hypothèse est faite d'un DES effectué en 3 ans. Les besoins en maîtres de stages sont estimés à partir des besoins en stage chez le praticien des internes de médecine générale : un semestre obligatoire dans le cadre du DES de médecine générale (16,7 % des internes d'une promotion) et un stage de seniorisation facultatif (SASPAS): actuellement, un tiers des IMG l'effectuent⁵⁵ (5,5 % des internes d'une promotion). Selon les protagonistes de la FUMG, 80% au moins (100% pour ISNAR IMG) des IMG devraient pouvoir y accéder. Ce qui donne un effectif global d'une promotion d'IMG en stage libéral de 22,2 % si un tiers des IMG fait un SASPAS, de 30% si 80% des IMG accédait au SASPAS. Ces pourcentages sont appliqués aux deux hypothèses de deux maîtres de stage par stage, ou de trois maîtres de stage par stage.

Les calculs de la mission sont sous-estimés dans la mesure où ils excluent le nombre des étudiants en second cycle pour leur stage de 8 semaines en milieu libéral. En effet, depuis l'arrêté du 18 juin 2009, ce stage devient obligatoire. Il concerne 6950 externes en 2009-2010 et devrait concerner 7400 étudiants en 2013-2014⁵⁶.

Selon ces calculs, pour les seuls internes en médecine générale, le nombre actuel de maîtres de stage qui est de 3 500 répond aux besoins si l'on se situe dans une hypothèse de 2 maîtres de stage par IMG et d'un tiers d'IMG faisant un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) mais devient insuffisant pour 80 % des IMG. Il est inférieur aux besoins dans tous les cas si l'on se situe dans l'hypothèse haute de 3 maîtres de stage par IMG.

A l'horizon 2013, les perspectives sont beaucoup plus préoccupantes. En fonction des estimations établies par l'ONDPS quant au nombre d'internes de médecine générale en 2013, les besoins nécessaires en maîtres de stage, sur la base d'une hypothèse minimale de 2 maîtres de stage par internes, seraient compris dans une fourchette allant de 5 400 à 6 800, sachant que ces estimations n'intègrent pas les besoins de maîtres de stage en second cycle, ni un accès facilité au SASPAS. Si l'on retient une estimation moyenne du nombre d'IMG à horizon 2013, près d'un médecin généraliste sur 5 devrait devenir maître de stage pour que les étudiants de deuxième cycle découvrent la médecine générale, pour que tous les IMG puissent faire le stage obligatoire et pour que 80 % d'entre eux puissent faire un SASPAS⁵⁷.

Dans la perspective proposée par la mission d'une année complémentaire de seniorisation dont un semestre serait obligatoirement effectué dans le dispositif de premier recours la question qui se pose est moins celle du temps d'encadrement - ces jeunes médecins ayant déjà acquis une bonne autonomie d'exercice - que des lieux d'accueil. En effet, pour pouvoir accueillir dans une même structure externes et internes à différents degrés d'avancement, il est indispensable qu'il y ait plusieurs cabinets de consultation. Seuls les exercices de groupe, mono ou pluri professionnels en disposent actuellement.

⁵⁵ Selon plusieurs interlocuteurs de la mission, un nombre important d'IMG souhaiteraient le faire mais ne peuvent y accéder par manque de disponibilité des lieux de stage.

⁵⁶ L'hypothèse d'un stage en DCEM3 a été adoptée. Le nombre d'étudiants a été estimé à partir du numérus clausus fixé 4 ans plus tôt (cf. annexe 2) soit 2005-2006 et 2009-2010.

⁵⁷ Le nombre de médecins généralistes effectuant des soins de premier recours n'est pas vraiment connu. En 2006, l'ONDPS l'estimait à 60000. En 2008, l'ONDPS prend en compte 100000 médecins généralistes exerçant en cabinet libéral (sans tenir compte des MEP et autres exercices différents du premier recours) mais ne tient compte que des généralistes de moins de 55 ans pour ses ratios d'encadrement, soit 71000. La mission adopte le chiffre de 70000 généralistes en activité, exerçant des soins de premier recours.

Fiche détaillée de calcul sur l'estimation du nombre d'universitaires de médecine générale nécessaires pour assurer l'enseignement et l'encadrement des étudiants et internes à partir de la prise en compte des charges d'enseignement

L'objectif est d'essayer d'évaluer le nombre d'enseignants de médecine générale nécessaire pour assurer l'ensemble de l'enseignement de médecine générale à partir :

- du nombre d'heures de cours théorique obligatoires pour les IMG au cours de leur DES (200 heures)
- du nombre d'heures assurées par les enseignants de MG au cours du module MG en 2^{ème} cycle : 25 heures en moyenne (21 à Brest, 30 à Strasbourg)
- du nombre d'heures nécessaires au suivi de thèse des IMG : 3 fonctions :
 - o avis sur 50% des thèses présentées par les IMG : 1/2H par avis
 - o du nombre d'heures de direction de thèse avec pour hypothèse que 50%⁵⁸ des IMG sont dirigés par des enseignants de la FUMG : 25H par thèse
 - o atelier de thèse : 8H par an par groupe de 5 IMG
- du nombre moyen d'étudiants (en 2^{ème} cycle et IMG) par groupe d'enseignement : 20 en moyenne
- du nombre d'heures moyen que doit assurer un enseignant de médecine générale : statutairement soit 192 heures, identiques selon qu'on soit PUMG, MCUMG ou CCUMG.

Les charges de recherche et les tâches administratives des universitaires font également partie de leur valence universitaire et ne sont pas négligeables en termes de temps consacré. Néanmoins, elles sont prises en compte dans leur statut pour déterminer la charge d'enseignement qu'ils doivent assumer. En conséquence, cette étude s'appuie sur la problématique de l'enseignement, en considérant comme convenable la répartition des différentes activités des universitaires de médecine générale prévue par leur statut.

Pour les années 2009 et 2013, l'estimation est donnée selon deux approches différentes :

- en prenant en compte exclusivement le nombre d'heures de cours fait en deuxième et troisième cycle, cette position étant celle du MESR
- en prenant en compte l'ensemble des charges d'enseignement telles qu'elles ont été rapportées par les 4 DUMG contactés séparément par la mission.

Estimation année 2009

a) estimation prenant en compte les seules heures de formation prévues dans les maquettes

Pour les étudiants de 2^{ème} cycle (7300 en 2^{ème} année en 2009 > correspond au NC 2007/2008) :
 $25 \times (7300/20) = 9125$ heures

Pour les IMG :

- Heures de cours
 $(200 \times (7300^{59}/20)) / 3^{60} = 73000 / 3 = 24333,3$ heures

$24233+9125=33358$

$33358/192=174$ enseignants

⁵⁸ A l'heure actuelle, les DUMG considèrent que de 30 à 50 % des thèses sont dirigées par des enseignants de médecine générale. Ils souhaitent dans l'avenir que la majorité des thèses des IMG portent sur des problématiques de soins primaires. La mission a retenu le critère de 50 % de thèses dirigées par les DUMG.

⁵⁹ Nombre d'internes de médecine générale pour l'année 2009

⁶⁰ On divise par trois parce qu'on raisonne sur une année, or les 200 heures de cours sont pour les trois années de DES

La répartition serait : 87 CCUMG, 52 MCU et 35 PU

b) estimation prenant en compte l'ensemble des charges d'enseignement telles qu'appréciées par 4 DUMG

Pour les étudiants de 2^{ème} cycle (7300 en 2^{ème} année en 2009 > correspond au NC 2007/2008) :
 $25 \times (7300/20) = 9125$ heures

Pour les IMG :

- Heures de cours
 $(200 \times (7300^{61}/20)) / 3^{62} = 73000 / 3 = 24333,3$ heures

- Avis sur les thèses
 $0,5 \times (7300/2) = 1825$ heures

- Ateliers-thèses
 $8 \times (7300/5) = 11680$ heures

- Directions de thèse
 $25 \times (7300/2) = 91250$ heures

$24333,3 + 1825 + 11680 + 91250 + 9125 = 138213,3$ heures sur une année

PU, MCU et CCU font statutairement 192 heures par an.

$138213,3 / 192 = 720$ enseignants

Si l'on suit la logique qui a présidé à la répartition des postes entre CCU, MCU et PU dans la loi HPST, il est nécessaire d'avoir parmi ces enseignants 50 % de CCU et 30 % de MCU et 20 % de titulaires. A terme le nombre d'universitaires en MG doit se répartir comme suit : 360 CCUMG, 216 MCU MG et 144 PU MG.

Estimation année 2013 dans l'hypothèse basse de l'ONDPS de 12130 internes de MG

Pour les IMG :

- Heures de cours
 $(200 \times (12130/20)) / 3 = 121300 / 3 = 40433,3$ heures

- Avis sur les thèses
 $0,5 \times (12130/2) = 3032,5$ heures

- Ateliers-thèses
 $8 \times (12130/5) = 19408$ heures

- Directions de thèse
 $25 \times (12130/2) = 151625$ heures

Pour les étudiants de 2^{ème} cycle (7300 en 2013 > correspond au NC bas de l'ONDPS) :

$25 \times (7300/20) = 9125$ heures

⁶¹ Nombre d'internes de médecine générale pour l'année 2009

⁶² On divise par trois parce qu'on raisonne sur une année, or les 200 heures de cours sont pour les trois années de DES

a) estimation prenant en compte l'ensemble des charges d'enseignement **telles qu'appréciées par 4 DUMG**

$40433,3 + 3032,5 + 19408 + 151625 + 9125 = 223623,8$ heures sur une année

Soit $223623,8 / 192 =$ **1165 enseignants** dont 582 CCUMG, 349 MCUMG et 233 PUMG

b) estimation prenant en compte les seules heures de formation prévues dans les maquettes

$40433 + 9125 = 49558$

$49558 / 192 =$ **258 enseignants** dont 129 CCUMG, 77 MCUMG et 52 PUMG

Estimation année 2013 dans l'hypothèse haute de l'ONDPS de 15350 internes de MG

Pour les IMG :

- Heures de cours
 $(200 \times (15350/20)) / 3 = 153500 / 3 = 51166,7$ heures

- Avis sur les thèses
 $0,5 \times (15350/2) = 3837,5$ heures

- Ateliers-thèses
 $8 \times (15350/5) = 24560$ heures

- Directions de thèse
 $25 \times (15350/2) = 191875$ heures

Pour les étudiants de 2^{ème} cycle (8000 en 2013 > correspond au NC haut de l'ONDPS) :

$25 \times (8000/20) = 10000$ heures

a) estimation prenant en compte l'ensemble des charges d'enseignement **telles qu'appréciées par 4 DUMG**

$51166,7 + 3837,5 + 24560 + 191875 + 10000 = 281439,2$ heures sur une année

$281439,2 / 192 =$ **1466 enseignants** dont 733 CCUMG, 44 MCUMG et 293 PUMG

b) estimation prenant en compte les seules heures de formation prévues dans les maquettes

$51166,7 + 10000 = 61167$ heures totales de cours

$61167 / 192 =$ **318 enseignants** dont 159 CCUMG, 95 MCUMG et 64 PUMG

Annexe n° 19 : Facteurs influençant le choix de la médecine générale chez les étudiants en médecine

Etude qualitative par focus groups en Picardie

Synthèse de la thèse de médecine de M. Sellier, 30 octobre 2009

Face au manque d'engouement pour la médecine générale (MG) lors du choix aux ECN⁶³, l'étude explore la vision de la médecine générale chez les étudiants picards ainsi que les facteurs pouvant influencer les choix de cette spécialité⁶⁴.

1. Une méthode qualitative, par *focus groups* jusqu'alors peu utilisée dans le domaine

La plupart des études sont de type quantitatif, sous forme de questionnaires bâtis à partir d'hypothèses préétablies voire d'a priori. La méthode utilisée dans ce travail consiste en des entretiens de petits groupes (six personnes dans le cas présent) permettant une expression plus libre et des interactions entre personnes ayant le même vécu. Elle a été développée dans le même cadre lors de travaux étrangers⁶⁵. Reposant sur la notion de *saturation des données* », elle n'est pas basée sur la recherche d'une quelconque représentativité mais a vocation à faire émerger de nouvelles hypothèses et théories.

L'étude s'est adressée aux étudiants de médecine de DCEM3 et DCEM4, avant donc le choix des ECN. 29 étudiants ont été entendus.

2. De nombreux facteurs influencent le choix, basés sur le vécu et les représentations des étudiants

De façon synthétique, les facteurs ont été classés en facteurs encourageant le choix de la MG ou, au contraire, le décourageant

Des facteurs favorisants

Ils prennent essentiellement quatre formes :

- Un sentiment de considération pour le médecin généraliste et une représentation globalement positive du métier. Les étudiants apprécient la prise en charge globale et le suivi sur le long terme qu'il implique. De même la possibilité d'une relation plus forte avec les patients voire les liens affectifs qui se nouent sont jugés positifs, face à un certain côté déshumanisant de l'hôpital. Ce dernier aspect peut d'ailleurs faire l'objet d'un rejet de l'exercice hospitalier, motivant le choix de la MG par refus d'un exercice hospitalier.

⁶³Aux ECN de 2009, parmi les 1000 premiers classés, seuls 55 étudiants ont choisi la MG. Sur les 662 postes restés vacants en 2009, 612 étaient des postes de médecine générale (DREES, études et résultats, N°720 février 2010)

⁶⁴ Cette thèse a reçu le Prix Alexandre Varney pour l'année 2010 lors du congrès de l'ISNAR-IMG.

⁶⁵ Travaux canadiens (14), anglais, australiens (22), japonais (19) et anglais (16). Les nombres entre ^parenthèses renvoient à la bibliographie de la thèse.

- La qualité de vie que laisse entrevoir ce mode d'exercice fait l'objet d'opinions divergentes : sont mis en avant les notions d'indépendance et de liberté, certains exprimant d'ailleurs le fait qu'une suppression du choix de lieu d'installation pourrait les faire basculer vers l'hôpital. Est également prisée la possibilité d'organiser son temps, sentiment contrebalancé par l'image d'un métier très prenant dans lequel on est prisonnier de sa patientèle. La flexibilité de carrière semble également mieux garantie par ce mode d'exercice. L'exercice en groupe ou en regroupement pluri professionnel (maisons de santé pluridisciplinaire) leur paraît être la voie d'avenir en garantissant qualité de vie et qualité d'exercice.
- Le rôle de la formation et notamment du stage chez le praticien apparaît comme prépondérant, entraînant une césure entre ceux qui l'ont déjà fait et les autres. La majorité des étudiants en parle comme d'une expérience très positive, qui suscite ou confirme des vocations de médecin généraliste. Ce sont surtout les difficultés d'accès ou d'ordre logistique⁶⁶ qu'il peut impliquer qui sont critiquées. Par ailleurs, les souhaits portent sur le fait de pouvoir être en contact avec des médecins généralistes très tôt dans le cursus : cours portant sur la connaissance de la pratique et des pathologies rencontrées, préparation de cas cliniques rencontrés en médecine générale pour les ECN.
- Les ECN tiennent une place particulière : affirmer le choix de la MG avant même l'examen permettrait de se protéger d'un échec ou d'une dévalorisation due à un mauvais classement. A noter que pour certains étudiants, les sujets des ECN tentent de valoriser le rôle du MG, sentiment non partagé par d'autres.

Des facteurs démotivants

Plusieurs aspects, souvent évoqués par ailleurs, sont cités :

- L'image négative véhiculée par l'hôpital et les médecins hospitaliers est particulièrement présente : des propos négatifs sur les collègues généralistes seraient d'abord le fait de médecins urgentistes et des praticiens du CHU, services qu'ils côtoient de façon privilégiée lors du deuxième cycle alors que le discours apparaît comme différent dans les centres hospitaliers périphériques ou la proximité ville-hôpital est réelle. Cette représentation péjorative entre en conflit avec l'image spontanément positive des étudiants pour l'exercice généraliste. Elle entraîne la crainte d'un manque de considération ultérieure mais également pendant les études médicales. Certains étudiants ont ainsi l'impression que l'encadrement hospitalier se désintéresse d'eux s'ils ont exprimé le désir d'une carrière professionnelle en médecine générale, et qu'ils sont considérés comme moins travailleurs. Le rang de classement du choix de la MG aux ECN renforce ce sentiment de dévalorisation. Ces divers aspects auraient cependant peu d'influence sur ceux qui sont déjà convaincus de leur choix.
- Les craintes d'un exercice qui leur semble de plus en plus contraint administrativement : ils perçoivent la « pression de la sécurité sociale » ou d'autres types de tâches qualifiées d'administratives, comme de plus en plus envahissantes, tout en étant largement méconnues. Le niveau de rémunération, item rarement cité cependant, leur semble peu attractif.

⁶⁶ Tous les étudiants n'ont pas accès au stage chez le praticien en deuxième cycle du fait d'un nombre insuffisant de maîtres de stage. Le déplacement jusqu'au lieu de stage peut poser problème.

- Un exercice qui engendre une certaine peur : la MG apparaît comme un métier à risque auquel on n'est pas préparé, notamment en référence avec l'exercice hospitalier avec la crainte de ne pas savoir faire. Comment répondre à tout type de problèmes de santé alors que l'exercice hospitalier est spécialisé, comment répondre à d'autres types de demande telle qu'une demande sociale alors qu'à l'hôpital, on fait appel à d'autres agents, comment optimiser l'examen clinique alors qu'à l'hôpital toute la batterie d'examens complémentaires est disponible ? Comment faire face à une pression potentielle de demande de soins ? comment trouver la bonne distance pour gérer le lien affectif avec le patient ? Face à un métier qui leur paraît particulièrement difficile, l'exercice isolé ou les difficultés d'accès à une formation médicale continue sont mal perçus alors que l'hôpital offre un cadre facilitateur.
- Une formation hospitalo-centrée : insuffisance de formation à la médecine générale conçue d'abord selon le modèle hospitalier d'orientation vers les spécialités. La MG reste alors une grande inconnue.

3. Des lignes de force structurant le choix

Les messages subliminaux véhiculés

Les propos négatifs sur la médecine générale entendus à l'hôpital réfèrent, selon l'auteur, à ce qui a été décrit dans d'autres études étrangères⁶⁷ comme « *hidden curriculum* » ou « *curriculum caché* ». L'hypothèse est celle d'une formation « non officielle » correspondant à ce qui est transmis par les enseignants en dehors des programmes, aux expériences personnelles des étudiants durant leur formation. L'influence sur le choix a été peu documentée dans les travaux cités et n'aurait pas été prouvée.

Le modèle hospitalier comme référence

Réalisant la quasi-totalité de leur cursus à l'hôpital, il n'est pas étonnant que le cadre de référence pour les étudiants soit le milieu hospitalier et que leurs représentations de la MG se fassent d'abord à partir d'une comparaison avec l'exercice hospitalier. Le choix se tourne alors tout naturellement en priorité vers un exercice qu'ils connaissent et qui les rassurent.

Importance du modèle et des expériences

Selon l'auteur, le maître de stage tient une place particulièrement importante dans la construction de la représentation qu'ont les étudiants de la MG. De nombreuses études, principalement étrangères⁶⁸ ont exploré le rôle joué par un médecin rencontré pendant la formation, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Adopté comme « modèle », il pourrait déclencher un processus d'identification qui influencerait l'orientation professionnelle ultérieure. En ce sens, l'organisation de stages précoces chez le praticien dépasse donc l'enjeu de la découverte d'une nouvelle pratique et met en avant l'importance du mode de recrutement des maîtres de stages⁶⁹.

Bibliographie

Billaut A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN). *Etudes et résultats*. 2005 septembre;429:12.

Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. *Etudes et résultats*. 2009 janvier;676:8.

⁶⁷ Etudes canadiennes (13, 14) et américaines (11, 12, 15)

⁶⁸ Américaines (20), japonaise (19), australienne (22)

⁶⁹ On pourrait dire la même chose des enseignants et particulièrement des CCMG, souvent contact le plus accessible des étudiants avec un médecin généraliste.

CNG. Tableau des postes restant effectivement disponibles à la date du 30/09/2009 à la fin de la procédure de choix de postes. 2009 [cited 2009; Available from: http://anemf.org/IMG/pdf_Postes_restants_au_final.pdf

ANEMF. Choix de l'amphithéâtre de garnison 2009. 2009 [cited 2009; Available from: http://anemf.org/IMG/pdf_Choix_de_l_Amphitheatre_de_garnison_2009.pdf

Krueger R. Focus Groups: a practical guide for applied research: Sage Publications, 2000.

Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction ed. Chicago 1967.

Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1. Lille 2009:38.

Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract.* 2003 Nov-Dec;16(6):502-12.

Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. La collection universitaire de poche ed. Armand Colin Paris 2004.

Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med.* 1994 Nov;69(11):861-71.

Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998 Apr;73(4):403-7.

Bethune C, Hansen PA, Deacon D, Hurley K, Kirby A, Godwin M. Family medicine as a career option: how students' attitudes changed during medical school. *Can Fam Physician.* 2007 May;53(5):881-5, 0.

Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician.* 2007 Nov;53(11):1956-7.

Campos-Outcalt D, Senf J, Kutob R. Comments heard by US medical students about family practice. *Fam Med.* 2003 Sep;35(8):573-8.

Petchey R, Williams J, Baker M. 'Ending up a GP': a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career. *Fam Pract.* 1997 Jun;14(3):194-8.

Hammoud A. Enquête sur les facteurs influençant le choix de spécialité chez les étudiants de la faculté de médecine de l'université Paris V: Paris 7 Lariboisière; 2005.

Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Feters MD. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2007;7:31.

Senf JH, Kutob R, Campos-Outcalt D. Which primary care specialty? Factors that relate to a choice of family medicine, internal medicine, combined internal medicine pediatrics, or pediatrics. *Fam Med.* 2004 Feb;36(2):123-30.

Blades DS, Ferguson G, Richardson HC, Redfern N. A study of junior doctors to investigate the factors that influence career decisions. *Br J Gen Pract.* 2000 Jun;50(455):483-5.

Tolhurst H, Stewart M. Becoming a GP--a qualitative study of the career interests of medical students. *Aust Fam Physician*. 2005 Mar;34(3):204-6.

Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The european definition of general practice/family medicine: EURACT; 2005.

Duriez S. Influence de l'image de la médecine générale sur le désir de choix de la spécialité [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2008.

Tolhurst HM, Stewart SM. Balancing work, family and other lifestyle aspects: a qualitative study of Australian medical students' attitudes. *Med J Aust*. 2004 Oct 4;181(7):361-4.

Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, et al. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med Educ*. 2007;7:15.

McKee ND, McKague MA, Ramsden VR, Poole RE. Cultivating interest in family medicine: family medicine interest group reaches undergraduate medical students, *Can Fam Physician*. 2007 Apr;53(4):661-5.

Annexe n° 20 : Exploitation par la mission des dossiers de personnel hospitalo-universitaires du ministère de l'enseignement supérieur et la recherche pour les nominations de titulaires en 2009

La mission a examiné les dossiers de nomination des personnels hospitalo-universitaires qui ont concerné 298 personnes en 2009. Elle a fondé son analyse sur l'exploitation des curriculum vitae des personnes nommées.

Tableau 1 : nombre de nominations des MCU-PH ou PU-PH en 2009 et exploitation des dossiers

	Nominations en 2009	Exploitation
PU-PH en « accès direct »	105	Exploitation de 53 dossiers sur le statut d'origine et les diplômes obtenus (50 % des dossiers)
PU-PH anciens MCU-PH	72	Pas d'exploitation *
MCU-PH	117	Exploitation sur le statut d'origine et le diplôme / exploitation exhaustive

Source : bureau DGRH A2-4, MESR

Dossiers de gestion des personnels hospitalo-universitaires

Quatre dossiers ont été éliminés lors du dépouillement par la mission.

* Ces dossiers ont simplement fait l'objet d'une comptabilisation et de l'origine des candidats nommés : les deux-tiers étaient d'anciens AHU et le tiers restant étaient d'anciens chefs de clinique.

Cette analyse des dossiers personnels avait deux objectifs :

- mesurer l'importance de l'accès direct du post-internat aux carrières hospitalo-universitaires ;
- mesurer au-delà des textes les conditions effectives d'accès aux postes de MCU-PH, aussi bien en termes de statuts préalables à la nomination que de diplômes universitaires.

1/ Nominations des PUPH dans les disciplines cliniques et mixtes

L'arrêté du 21 décembre 2009⁷⁰ qui organise les concours de recrutement des PUPH rappelle les catégories de personnes qui remplissent les critères pour pouvoir être candidates :

- les CCA, les anciens CCA, les PHU, les anciens PHU et les MCU-PH ayant au moins deux ans de fonctions effectives en l'une ou l'autre de ces qualités, dès lors qu'ils ont une HDR; il faut par ailleurs que ces personnes aient satisfait à l'obligation de mobilité (concours de type 1) ;

⁷⁰ Arrêté du 21 décembre 2009 portant déclaration de vacance d'emplois de professeurs des universités praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2010 et fixant les modalités de candidature. Arrêté publié au JO du 7 janvier 2010.

- les chercheurs titulaires et anciens chercheurs dans ces disciplines, là aussi dès lors qu'ils sont titulaires d'une HDR (concours de type 2) ;
- les PH classés au moins au 6^{ème} échelon de leur corps ayant exercé une activité enseignante universitaire (concours de type 3) ;
- les MCU-PH ayant 10 ans d'ancienneté et titulaires de l'HDR (concours de type 4).

Dans le cadre de son enquête, la mission a étudié 53 dossiers sur les 105 dossiers de PUPH nommés sans avoir été au préalable MCU-PH.

Pour les PU-PH nommés dans les disciplines cliniques et mixtes, trois conclusions majeures en ressortent :

- pratiquement tous les candidats reçus sont d'anciens chefs de clinique : 51 des 53 PUPH nommés étaient anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux. La durée de clinicat est majoritairement de 4 ans (30 sur 51). Elle est de 3 ans pour 9 des candidats nommés et de 2 ans pour 12 d'entre eux. 52 des 53 PU-PH nommés avaient une habilitation à diriger des recherches, un seul d'entre eux ayant pu accéder au concours sans condition de diplôme, en qualité de PH ayant atteint le 6^{ème} échelon ayant exercé une activité enseignante universitaire (concours de type 3) ;
- les nominations effectuées en 2009 n'ont concerné qu'un seul jeune médecin encore chef de clinique, qui avait un doctorat et une habilitation à diriger des recherches (HDR) ;
- toutes les autres nominations (soit 52 sur 53) ont concerné des médecins déjà praticiens hospitaliers.

Le post-internat n'est donc pas une voie directe d'accès aux postes de PU-PH même si les textes le permettent. En revanche la détention du titre d'ancien chef de clinique, conféré après deux ans de fonctions est une condition dans les faits nécessaire sauf exception (un seul cas recensé par la mission)

Tableau 2 : diplôme et origine statutaire des PUPH nommés en « accès direct » en 2009 sans passer par le corps des MCU-PH

	HDR	Sans HDR	PhD	TOTAL
CCA	1			1
PHU	10			10
PH *	39	1	1	41
Chercheur	1			1
TOTAL	51	1	1	53

Source : Exploitation de 50 % des dossiers de nomination des PUPH nommés en accès direct en 2009, sur la base des CV (105 dossiers, dont 53 exploités par la mission)
Dossiers de gestion des personnels hospitalo-universitaires, bureau DGRH A2-4

* Il s'agit d'un PH sans habilitation à diriger des recherches de type 3

Commentaires complémentaires : parmi les 51 HDR, 46 dossiers mentionnaient également l'obtention d'un doctorat. 5 étaient des HDR délivrées sur travaux.

Sur l'échantillon des dossiers examinés par la mission, 15 étaient en spécialités chirurgicales, soit 28 %. La totalité d'entre eux avaient un doctorat.

Parmi les 53 dossiers exploités par la mission, 51 des 53 PUPH nommés étaient anciens chefs de cliniques-assistants des hôpitaux. 30 avaient effectué un clinicat de 4 ans, 9 un clinicat de 3 ans et 10 un clinicat de 2 ans. Pour deux des PU-PH, la durée de leur clinicat n'a pas pu être identifiée clairement.

2/ Nominations des MCU-PH dans les disciplines biologiques et mixtes

La mission a également exploité l'ensemble des dossiers des MCU-PH nommés en 2009. Deux éléments ressortent de l'analyse des CV.

Le premier est la diversité des profils (qui ressort directement du tableau, avec cinq statuts – et plus si l'on intègre les multiples statuts hospitaliers regroupés sous la rubrique PH) et la complexité du parcours professionnel. On trouve des médailles d'or, des années recherche, des mobilités à l'étranger, des postes d'une année dans des centres de recherche. Les postes de PH contractuels sont régulièrement utilisés comme transition, aussi bien avant qu'après un poste d'AHU ou CCA. Ceci confirme, dans le cas de la filière universitaire, la définition que la mission a donnée au post-internat, qui ne constitue pas un statut mais une période de transition professionnelle souvent compliquée à gérer pour les intéressés et longue.

Le second constat porte sur les diplômes : 36 MCU-PH sur 117 nommés en 2009 avaient un DEA ou un master mais n'avaient pas validé de doctorat. Pour certains, un projet de thèse était proche d'aboutir, mais dans d'autres dossiers, ce n'était pas le cas. Le niveau master est suffisant au regard des prescriptions du statut particulier des MCU-PH. Cette situation introduit toutefois une disparité d'exigence de diplôme par rapport aux conditions requises dans les autres disciplines universitaires, et plus spécifiquement pour le recrutement des MCUMG, qui doivent être titulaires d'un doctorat.

Tableau 3 : diplômes et origine statutaire des MCU-PH nommés en 2009

	DEA ou master	Doctorat	PhD	Total
CCA	9	12	2	23
AHU	7	20		27
PHU	11	12		23
PH (1)	9	24		33
Chercheurs (2)		10	1	11
Total	36	78	3	117

(1) La catégorie PH générique regroupe dans ce tableau plusieurs statuts : praticiens titulaires ou dans leur année probatoire, praticiens contractuels, praticiens attachés, assistants spécialistes, praticiens dans les CLCC.

(2) La mission a considéré le statut au moment de la nomination. Ainsi, un statut transitoire de chercheur ou un post-doctorat a été utilisé par certains jeunes médecins qui se destinaient à la recherche, en attente d'un poste hospitalo-universitaire de MCU-PH. La mission a inclus ces catégories dans la rubrique « chercheurs ».

3/ Méthodologie utilisée pour déterminer l'ordre de grandeur des CCA-AHU accédant à une carrière universitaire (11 %)

Pour calculer ce ratio de 11 %, sont repris les chiffres de nominations d'hospitalo-universitaires titulaires au titre de l'année 2009 (tableau 7 du rapport), complétés par les données issues de l'étude de la mission présentée dans cette annexe. Ceci donne les effectifs suivants :

- 120 MCU PH

- 111 PU-PH, soit (183 – 72), les 183 représentant l'ensemble des nominations et les 72 PU-PH anciens MCU-PH ne peuvent en effet être comptabilisés au titre des débouchés direct dans la filière universitaire.

Pour les CCA-AHU, la mission a repris les effectifs au titre de l'année 2008, soit au total 3613 personnes (source MESR, voir annexe 23). Pour obtenir les effectifs sortants, a été appliquée la durée moyenne de clinicat calculée par le bureau GGRH A2-4, soit 27 mois. Ce qui donne en effectif théorique de « sortants » CCA-AHU 1204 personnes en 2009. Le ratio final est donc de 11 % de CCA-AHU qui accèdent effectivement à un poste titulaire hospitalo-universitaire.

Annexe n° 21 : Synthèse du rapport sur « les impacts des activités d'enseignements et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers », Fédération hospitalière de France-Armines, novembre 2006

L'étude repose sur neuf monographies dans les services de sept établissements hospitaliers et de six spécialités différentes⁷¹. Les auteurs du rapport ont procédé à des observations sur sites de l'organisation des services, ont organisé des entretiens avec leurs membres et ont analysé les agendas des praticiens hospitaliers.

1/ L'observation du fonctionnement des services fait apparaître une intrication forte entre les activités de soins, de formation, de recherche et d'expertise⁷²

Au quotidien dans la pratique hospitalière, bien que l'organisation des services soit variable, ces quatre activités coexistent et interagissent.

1.1 Les staffs de service

D'une régularité variable entre les services (de la réunion quotidienne de l'équipe aux journées bimensuelles de réunions de tous les praticiens), les staffs de service servent avant tout à la coordination des **soins**. Indirectement, ils contribuent à la **formation** du personnel médical par la présentation de cas cliniques et la réflexion sur les protocoles de soins qui doivent être mis en place. Par exemple, les internes du service de neurologie du CHU de Lille présentent les cas devant tous les médecins du service et assistent à leur réflexion.

Les praticiens se trouvent parfois face à des cas nouveaux qui nécessitent un travail de **recherche** clinique ou font appel à des outils de recherche déjà élaborés. L'étude d'un cas particulier peut également faire l'objet d'une publication de la part du service. Cette activité permet aux internes et aux chefs de clinique de s'intégrer aux équipes de recherche médicale.

1.2 Le compagnonnage

La formation des étudiants (des trois cycles des études médicales) prend quatre formes :

- Les cours formalisés
- La formation par compagnonnage
- La formation par accompagnement
- La formation par observation / immersion

Dans ces situations, le formateur et le formé sont en situation d'activité pratique à des degrés différents. Si l'interne observe, il ne pratique pas, contrairement au senior. A l'inverse, quand il est accompagné, l'interne pratique et le senior qui le supervise n'est pas lui-même en situation d'exercice.

Dans les deux cas, l'activité de formation est entièrement intriquée à celle du soin, voire à la recherche si l'étudiant effectue des tâches simples faisant partie de protocoles de recherche.

⁷¹ Le Centre Hépatobiliaire de l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif (APHP) ; les services de neurologie des CHU de Lille et Rennes et des CH de Lens et Valenciennes ; les services d'hématologie et d'oncologie du CHU de Tours ; les services de chirurgie générale et de médecine générale du CH de Saint-Dizier

⁷² L'expertise comprend à la fois des activités institutionnelles (CME, Conseil d'administration, commission d'experts...) et des activités de conseil médical à des confrères (PUPH surtout)

1.3 Les protocoles de recherche

La recherche clinique peut se faire à l'aide de protocoles de recherche, élaborés dans le cadre d'une collaboration entre les établissements hospitaliers et des instituts de recherche ou des industries pharmaceutiques (cf. infra). Dans certains cas, les protocoles de recherche font partie intégrante des soins. Par exemple, le service d'hématologie de Tours de 27 lits a inclus plus de 300 malades sur quatre ans dans des protocoles de recherche.

1.4 Les réseaux de soins

Les réseaux de soins entre établissements et entre praticiens relèvent à la fois du soin et de la formation. Des professionnels d'une même spécialité se réunissent pour échanger leurs conclusions sur des cas cliniques particuliers et élaborer des protocoles de prise en charge des malades dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Ces activités participent également à la formation des internes, notamment de Médecine Générale, en les sensibilisant à de nouvelles formes d'exercice de la médecine.

1.5 Les staffs pluridisciplinaires

L'obligation de mettre en place des réunions concertées pluridisciplinaires (RCP) dans la prise en charge des malades atteints de cancers a développé l'organisation de ces staffs. L'intrication entre soins et expertise est notable puisque des praticiens de différentes spécialités apportent leurs connaissances pour la résolution d'un cas clinique particulier.

Les praticiens très spécialisés du CHU participent également à l'élaboration des protocoles de soins dans les CH qui ont une pratique plus généraliste. Dans le Nord Pas de Calais par exemple, une réunion bihebdomadaire est organisée dans les services de neurologie des CH de Valenciennes et de Lens dans lesquelles des présentations de cas cliniques font l'objet d'un échange entre les médecins du service et les neuroradiologues et neurochirurgiens venant du CHU de Lille.

2/ Les activités de recherche sont très variées d'un service à l'autre et parfois intégrées aux activités de soins, ce qui rend difficile l'évaluation des coûts qu'elles engendrent.

Il est possible d'identifier quatre types d'activités de recherche médicale :

- La recherche fondamentale
- La recherche clinique protocolée
- La recherche clinique non protocolée
- La recherche relative à l'organisation des soins

La **recherche fondamentale** n'apparaît pas dans les activités des services étudiés. Elle est effectuée principalement par les médecins (surtout des HU) en dehors de leur temps d'exercice à l'hôpital, dans le cadre de contrats avec des instituts de recherche. Elle est donc financée essentiellement par la valence universitaire des hospitalo-universitaires.

La **recherche clinique protocolée** se met en place sur la base de protocoles le plus souvent élaborés par des acteurs extérieurs aux établissements hospitaliers. Les patients que les services intègrent aux protocoles de recherche sont sélectionnés selon des critères prédéterminés.

Ce type de recherche est très fréquent dans les CHU. A Tours par exemple, une cinquantaine de protocoles sont actifs par an, représentant environ 90/100 nouvelles intégrations de patients à des protocoles chaque année, impliquant quatre médecins sur cinq dans les services.

Le respect d'un protocole de recherche induit des charges de travail supplémentaires pour les personnels dans les services (des soins en plus, différents des prises en charge habituelles, divers en fonction des patients...). Les commanditaires extérieurs de protocoles de recherche financent uniquement le matériel nécessaire à leur mise en œuvre, ils ne financent pas cet accroissement de charge de travail.

C'est ce qui explique en partie que peu de protocoles de recherche soient mis en place dans les CH. Les services de ces établissements reçoivent des propositions mais ne peuvent y répondre essentiellement par faute de temps et de moyens. De plus, les CH qui sont de taille plus petite que les CHU sont davantage bouleversés dans leur organisation par la mise en place de protocoles de recherche.

La recherche clinique non protocolée

La recherche n'est pas inscrite dans un protocole défini à l'avance mais s'établit en réaction à la présence d'un cas clinique particulier pouvant donner lieu à une étude spécifique et approfondie. Le patient n'est toutefois pas isolé de la population des patients pris en charge dans le service. .

Ce type de recherche permet aux CH d'avoir une production scientifique non négligeable, alors même qu'ils ne bénéficient pas d'un financement spécifique pour l'activité de recherche (hormis quelques exceptions, les CH ne sont pas éligibles aux MERRI).

La recherche relative à l'organisation des soins

Rarement mentionnée comme étant de la recherche, la réflexion sur l'organisation des soins génère des connaissances et participe à l'amélioration de la prise en charge médicale. A Valenciennes par exemple, des réflexions sur l'amélioration de la prise en charge sont menées dans le cadre de réseaux de soins entre les services. Il n'existe pas de financement particulier pour ce type de recherche

Seuls les chefs de clinique participent à la recherche fondamentale. En revanche, les internes et les assistants spécialistes participent aux autres formes de recherche alors même qu'ils n'ont pas de rémunération spécifique pour cela (contrairement aux CCA).

3/ Les activités de formation sont variables en fonction des publics auxquelles elles s'adressent et engendrent des coûts très différents

Les personnels en formation (internes, « externes », paramédicaux) ont à la fois des besoins de formation et des productions médicales très hétérogènes.

Le taux d'encadrement qui leur est nécessaire est différent, ils n'engendrent pas le même coût pour les établissements hospitaliers du fait du temps d'activité des seniors qu'ils monopolisent et de leur rendement en production médicale. Le flux des externes notamment, beaucoup plus important suite à l'augmentation du numerus clausus, est celui qui demande le plus de temps aux praticiens et qui génère le moins d'activité pour les établissements.

Les internes

Le compagnonnage est présent dans tous les sites mais son intensité dans la pratique est variable. La délégation des soins aux internes est souvent plus importante dans les CH mais elle n'est jamais totale. Elle est le plus souvent fonction de l'ancienneté des internes et de leur niveau médical, et souvent liée à la confiance subjective que leur accorde les seniors.

Un compagnonnage ou une séquence d'observation d'un interne a un coût pour l'hôpital : l'activité de soins est ralentie et l'interne doit être payé. Dans le cas d'une délégation de soins en revanche, l'interne remplace le senior. Il n'entraîne donc pas de coût supplémentaire voire génère des économies puisqu'il est moins payé pour effectuer la même activité qu'un senior.

En dehors du compagnonnage il existe pour les internes des opérations de formations codifiées : à Rennes par exemple, des séminaires bibliographiques sont organisés entre les internes et les CCA (exposition d'un article récent une fois par semaine qui permet l'actualisation des connaissances pour tous) qui limitent leur temps disponible pour la production de soins.

Le coût de la formation n'est pas le même pour tous les internes en fonction des critères suivants :

- Le type de formation⁷³ lié à la position du semestre dans l'ensemble du cursus d'un interne (schématiquement, en 1^{ère} et en 2^{ème} année un interne engendre plus de coûts, qu'en 3^{ème} et 4^{ème} année).

⁷³ Compagnonnage, observation ou accompagnement

- La capacité d'accueil du service, le nombre d'internes dans le service et la nature de la spécialité du service qui déterminent la possibilité de participation des internes à l'activité médicale.
- Les compétences individuelles de l'interne, son temps disponible pour le service et l'écart entre son salaire et celui du senior qui pourrait accomplir les mêmes tâches.
- La qualité de la formation : approfondie et personnalisée elle mobilise plus de temps aux internes et aux seniors au détriment de la production de soins. Elle diminue alors les recettes des établissements.

Les externes

Ils participent beaucoup moins aux soins et sont concentrés théoriquement dans les CHU : les tâches qu'ils effectuent sont similaires partout (visites aux malades, reconstitution écrite de l'histoire de la maladie, rédaction de bons, soins ou éléments de diagnostics simples...).

Ils sont beaucoup plus nombreux que les internes, la présence des étudiants internationaux augmentant leurs effectifs (parfois de 50 % comme à Rennes) et mobilisent donc davantage de temps aux seniors des services dans l'hôpital.

D'une manière générale les ressources qui leur sont consacrées sont faibles, mais l'effet de masse et leur faible apport conduit à un coût (ou une perte de recettes) non négligeable pour les services qui les reçoivent.

Les étudiants paramédicaux

Leur formation ralentit également les soins et a un coût pour l'établissement. Les procédures d'évaluation de ces personnels sont très lourdes (mise en situation professionnelle qui peut durer quatre heures) et mobilisent au moins un membre de l'équipe paramédicale sur place.

4/ Le temps d'exercice médical des praticiens hospitaliers (surtout les HU) est réduit par leurs activités institutionnelles et de conseil

Les PUPH participent à différentes instances liées au fonctionnement des institutions. L'analyse de l'agenda d'un chef de service en CHU (PUPH) a fait apparaître que sur un mois il consacre 50 % de son temps à la CME, 8 % aux activités de représentation, 6 % aux activités administratives hors CME. Il ne lui reste que 10 % de son temps pour le soin, sachant qu'il a abandonné les activités d'enseignement.

Les médecins participent également de façon individuelle aux activités d'évaluation et d'orientation de différentes institutions publiques à vocation médicale et/ou scientifique (évaluation de projets de recherche, contribution à la vie de la communauté scientifique, comités d'experts...)

Par ailleurs, les médecins exercent une activité de conseil en direction de confrères qui les sollicitent. Là encore, les hospitalo-universitaires au premier rang desquels les PUPH sont les plus concernés par ces activités.

5/ Les activités de formation, de recherche et d'expertise s'effectuent, en dehors des temps qui leur sont dédiés, sur des temps masqués qui ne permettent pas d'identifier leurs coûts.

Pour la **recherche**, les temps dédiés sont uniquement ceux de l'écriture d'articles (d'ailleurs souvent pris sur le temps personnel et donc difficilement quantifiables en termes d'investissement pour l'établissement). Or, la recherche clinique nécessite un fort investissement des hôpitaux (cf supra).

Pour l'**enseignement**, seuls sont quantifiables les temps dédiés aux cours donnés mais ils ne représentent pas une part importante du temps disponible (150 heures par an pour le chef de service d'hématologie à Tours). Les autres formes d'enseignement ne permettent pas d'isoler le temps qui y est consacré et la perte d'activité médicale qu'elles représentent pour les établissements.

Aucun temps n'est dédié particulièrement aux charges administratives, institutionnelles et de conseil des médecins.

Annexe n° 22 : Les coûts de formation au lit du malade des étudiants en médecine pour les établissements hospitaliers : quelques références étrangères

En Europe comme aux Etats-Unis, malgré des organisations institutionnelles différentes, il existe une distinction entre les hôpitaux qui ont une activité de soins exclusive et les hôpitaux qui prennent en charge la formation des futurs médecins. Ces hôpitaux, appelés « teaching hospitals », recouvrent à la fois les hôpitaux universitaires (comme les CHU en France) et les hôpitaux non universitaires mais participant à la formation par l'accueil d'étudiants en médecine (comme pour les internes dans certains CH en France).

L'objectif des six recherches présentées dans cette synthèse est de calculer dans quelle mesure **la formation des étudiants au lit du malade**, augmente les coûts pour l'établissement. Ainsi, la quasi-totalité des études ne tiennent pas compte dans leurs calculs du salaire universitaire des praticiens hospitalo-universitaires ni des coûts fixes des hôpitaux liés à l'enseignement et à la formation des étudiants. Il s'agit bien de mesurer les coûts supplémentaires dus à la formation dans la production de soins elle-même.

Quatre enseignements principaux peuvent être tirés de ces études :

- L'impossibilité d'isoler le temps dédié par les praticiens à la formation
- La moindre productivité des praticiens qui forment les étudiants
- L'existence de coûts supplémentaires introduits par la formation dans la production de soins
- Des coûts supplémentaires liés à la formation au lit du malade supérieurs pour les hôpitaux universitaires par rapport à ceux engagés par des hôpitaux non universitaires participant à la formation.

1/ Le partage du temps d'exercice des praticiens entre leurs différentes activités est difficile à établir

Toutes les recherches soulignent la difficulté, voire l'impossibilité qu'il y a à déterminer les temps dédiés respectivement à la formation et aux soins par les médecins, ces activités étant intriquées dans la prise en charge des patients.

Leurs résultats sont donc évalués à partir de critères économiques globaux, qui éliminent selon différentes méthodes les biais liés aux types de pathologies prises en charge, à la taille des établissements, au nombre des étudiants accueillis par les services... La diversité des indicateurs retenus illustre la complexité d'une mesure unique du coût de formation au lit du malade dans les différents établissements.

2/ Les praticiens hospitaliers qui forment des étudiants ont une productivité moins importante que les autres

Une étude réalisée par la Conférence des Hôpitaux Académiques en Europe a montré que la productivité des médecins dans les hôpitaux qui enseignent est inférieure de 30 à 40 % à celle

des médecins dans les autres hôpitaux⁷⁴. Cette moindre productivité s'explique par le temps supplémentaire que nécessite une intervention ou une consultation pendant laquelle le senior à expliquer son activité à l'étudiant.

Une autre étude sur plusieurs « teaching hospitals » américains a établi que la durée de consultation était supérieure de 24 minutes dans ces établissements⁷⁵.

3/ La formation des étudiants augmente le coût de la production de soins et la durée de séjour des patients

Les « teaching cases », c'est-à-dire les prises en charge de patients donnant lieu à une formation des étudiants (compagnonnage, examen lors de staffs de service...), ont un coût pour les établissements supérieur en moyenne de 4 % à celui d'une prise en charge classique. La durée du séjour des patients dans ces cas là est également supérieure de 0,7 % en moyenne⁷⁶.

Les dépenses plus importantes liées à la formation sont également la conséquence de l'utilisation plus régulière des services de diagnostic par les étudiants. Ainsi, 69 % des tests dans les hôpitaux universitaires sont commandés par des assistants en formation⁷⁷.

4/ Les coûts supplémentaires sont plus importants dans les hôpitaux universitaires

Selon une autre étude américaine⁷⁸, les coûts supplémentaires associés à la prise en charge d'un patient donnant lieu à la formation d'un étudiant sont plus importants dans les hôpitaux universitaires.

Cette étude établie aux Etats-Unis montre que les « academic medical center », les équivalents des CHU français, ont un coût de prise en charge des patients supérieur de 44 % à celui des établissements hospitaliers de même taille ne participant pas à la formation des étudiants.

En revanche, les « non-academic medical center teaching hospitals », les équivalents des CH français accueillant des internes en stage, ont un coût de prise en charge supérieur de 14 % aux hôpitaux de même taille ne participant pas à la formation des étudiants.

Cela s'explique selon les auteurs par l'intensité de la formation et de l'enseignement dans ces hôpitaux mais aussi par l'importance des activités de recherche cliniques et la plus grande spécialisation des services.

Une autre étude sur le NHS en Ecosse aboutit à des conclusions similaires⁷⁹.

⁷⁴ Evaluation des coûts et modalités de financement de la recherche et de l'enseignement dans les hôpitaux universitaires, Conférence des Hôpitaux Académiques, Bruxelles, 13 mars 2003

⁷⁵ Gamble M.L., Boero, J.F., Christiansen, R.G., Booher, C.G., Primary care teaching physicians's losses of productivity and revenue at three ambulatory care centers, *Academic Medecin*, Juin 1991

⁷⁶ Kane R.L et alii., Estimating the patient care costs of teaching in a teaching hospital, *The American Journal of medicine*, 2005

⁷⁷ Garg, M.L., Elkhatib M, Klenisey W.M, Mullingan, J.L, Reimbursing for residency training : how many times ?, *Medical Care*, 20 juillet 1982

⁷⁸ Mechanic R, Coleman K, Dobson A, Teaching hospitals costs : implications for academic missions in a competitive market, *JAMA* 1998⁷⁸ Spollen M, Munro A et alii, Research on Additionnal Costs of Teaching in NHS Scotland, Standing Committee on Resource Allocation, Octobre 2003

⁷⁹ Spollen M, Munro A et alii, Research on Additionnal Costs of Teaching in NHS Scotland, Standing Committee on Resource Allocation, Octobre 2003

Annexe n° 23 : Evolution des effectifs d'assistants spécialistes par région et spécialité dans les établissements publics hospitaliers

(Source : DREES, SAE, données administratives)

Tableau 1 : Assistants du secteur public par régions en ETP

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ile-de-France (R11)	981	985	923	867	951	775	738	810	857	814	808	794	881	853
Champagne-Ardenne (R21)	105	111	102	108	98	62	64	77	79	74	55	49	45	41
Picardie (R22)	201	218	210	158	157	137	154	154	162	157	135	121	127	112
Haute-Normandie (R23)	123	125	120	133	129	92	99	97	97	70	63	74	88	82
Centre (R24)	185	210	184	175	149	110	112	111	117	106	98	86	84	83
Basse-Normandie (R25)	110	114	107	93	93	75	72	74	77	73	71	47	57	50
Bourgogne (R26)	139	153	142	117	102	61	88	90	88	101	87	77	67	58
Nord-Pas-de-Calais (R31)	290	299	319	316	301	251	242	257	296	278	231	241	270	263
Lorraine (R41)	136	156	144	176	169	100	117	122	133	122	135	130	134	107
Alsace (R42)	199	188	174	174	185	170	155	159	178	161	150	159	182	173
Franche-Comté (R43)	85	91	78	64	68	64	67	63	52	60	49	54	52	35
Pays de la Loire (R52)	225	233	225	208	178	159	135	154	152	145	114	110	105	120
Bretagne (R53)	163	177	160	145	156	142	145	143	158	159	138	133	131	105
Poitou-Charentes (R54)	146	143	143	119	105	92	85	80	74	70	69	60	55	46
Aquitaine (R72)	199	199	199	177	174	153	179	196	203	201	179	166	145	144
Midi-Pyrénées (R73)	182	176	183	166	145	110	111	112	126	122	103	97	106	98
Limousin (R74)	46	48	47	46	46	49	43	47	59	55	51	49	39	45
Rhône-Alpes (R82)	407	447	463	454	415	327	336	357	372	366	352	328	309	296
Auvergne (R83)	99	113	109	115	94	51	69	68	76	71	55	71	87	74
Languedoc-Roussillon (R91)	122	121	124	119	102	71	67	68	79	77	73	68	61	57
Provence-Alpes-Côte d'Azur (R93)	377	390	372	337	304	255	266	344	346	346	328	315	307	292
Corse (R94)	32	35	36	44	40	32	31	24	18	19	13	5	6	4
Région d'Outre-Mer	148	172	193	227	230	185	199	237	221	215	217	220	203	189
France entière	4 699	4 905	4 759	4 539	4 391	3 521	3 574	3 845	4 021	3 861	3 572	3 452	3 543	3 327

Tableau 2 : Assistants du secteur public par spécialité en ETP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Médecine générale	1 052	1 175	1 293	1 379	1 345	1 235	1 165	1 062	908
SPECIALITES MEDICALES	1 320	1 318	1 400	1 455	1 408	1 263	1 228	1 340	1 294
Anatomie et cytologie pathologiques	11	11	15	16	23	16	10	7	6
Anesthésie – Réanimation	122	134	175	194	183	168	145	194	184
Cardiologie et maladies vasculaires	98	97	112	123	128	123	107	128	137
Cancérologie	24	26	32	31	26	27	26	29	27
Dermatologie - Vénérologie	16	13	19	19	21	17	21	26	28
Endocrinologie et maladies métaboliques	23	22	27	31	24	28	25	24	28
Gastro entérologie et hépatologie	81	75	77	83	67	57	54	65	63
Médecine interne	103	100	121	108	93	66	73	75	64
Médecine nucléaire	5	6	6	5	4	3	9	6	9
Médecine physique et de réadaptation	57	42	41	44	36	24	33	34	32
Néphrologie	19	25	35	42	41	45	38	36	28
Neurologie	39	47	44	44	44	45	40	41	41
Pédiatrie	96	141	141	144	167	180	199	204	214
Pneumologie	45	55	56	57	53	45	46	55	43
Radiologie	70	84	90	107	115	96	83	99	101
Radiothérapie	4	4	9	10	9	11	11	8	4
Réanimation médicale	72	52	70	81	80	74	73	61	66
Rhumatologie	27	26	22	24	26	23	22	22	22
Autres spécialités médicales	408	357	308	293	269	213	215	227	197

Suite tableau 2

SPECIALITES CHIRURGICALES	374	376	446	463	461	474	499	590	598
Chirurgie générale	48	44	46	43	38	40	43	34	34
Chirurgie digestive	18	20	21	21	25	22	18	27	30
Chirurgie vasculaire	6	5	7	8	9	14	11	17	16
Chirurgie maxilo-faciale et stomatologie	12	15	14	12	12	11	15	18	12
Chirurgie orthopédique et traumatologique	63	64	84	83	77	71	61	76	83
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	3	1	3	3	2	4	9	4	6
Chirurgie thoracique et cardiaque	5	4	9	6	5	8	11	9	7
Gynécologie - Obstétrique	80	87	97	124	137	162	183	221	223
Neurochirurgie	7	5	9	7	6	7	6	10	7
Chirurgie infantile	3	3	5	8	6	6	3	9	9
Ophthalmologie	70	73	88	98	89	81	95	102	105
Oto-rhino-laryngologie	40	40	44	33	37	33	28	41	43
Chirurgie urologique	16	11	13	10	14	12	13	18	20
Autres spécialités chirurgicales	3	6	6	7	5	4	5	5	3
AUTRES DISCIPLINES*	774	706	706	724	647	601	559	551	527
Biologie médicale	119	99	104	109	94	87	97	107	100
Psychiatrie	640	588	577	592	533	502	448	432	413
Santé publique (y compris DIM)	16	19	16	20	18	10	13	11	14
Médecins du travail	0	0	9	3	2	2	1	1	0
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	3 521	3 574	3 845	4 021	3 861	3 572	3 452	3 543	3 327

Annexe n° 24 : Evolution du nombre de postes de CCA et d'AHU par région et par spécialité de 1998 à 2009

La répartition des postes de chefs de clinique assistant par région entre 1998 et 2009

Régions	1998	2007	2008	2009	% du total des CCA en 1998	% du total des CCA en 2009	Nombre de CCA pour 100000 habitants
Alsace	103	108	104	105	3,68	3,48	5,71
Aquitaine	123	131	132	138	4,40	4,57	4,35
Auvergne	57	61	59	61	2,04	2,02	4,55
Basse Normandie	44	47	49	49	1,57	1,62	3,35
Bourgogne	48	57	53	55	1,72	1,82	3,36
Bretagne	108	114	110	115	3,86	3,81	3,66
Centre	62	70	69	67	2,22	2,22	2,64
Champagne-Ardenne	48	51	52	55	1,72	1,82	4,11
Franche-Comté	43	50	48	48	1,54	1,59	4,13
Haute-Normandie	58	72	71	69	2,07	2,28	3,79
Ile de France	942	995	977	983	33,67	32,54	8,42
Languedoc Roussillon	119	127	125	121	4,25	4,01	4,68
Limousin	40	47	46	45	1,43	1,49	6,09
Lorraine	94	105	105	110	3,36	3,64	4,70
Midi-Pyrénées	99	102	98	103	3,54	3,41	3,63
Nord Pas-de-Calais	121	144	142	142	4,32	4,70	3,53
Pays de la Loire	115	115	120	121	4,11	4,01	3,45
Picardie	47	56	60	59	1,68	1,95	3,10
Poitou-Charentes	41	50	51	51	1,47	1,69	2,92
Provence Alpes Côte- d'Azur	191	203	202	209	6,83	6,92	4,26
Rhône Alpes	295	311	311	315	10,54	10,43	5,15
TOTAL	2798	3016	2984	3021	100,00	100,00	4,86

Source : : MESR, bureau DGRH 2A-4 et calculs mission

Le nombre total de chefs de clinique est passé de 2800 à 3000 entre 1998 et 2009, soit une progression de près de 8 % sur la période.

La part de chaque région dans la répartition des postes est particulièrement stable sur la période.

La répartition des postes d'assistant hospitalier universitaire par région entre 1998 et 2009

Régions	1998	2007	2008	2009	% du total des AHU en 1998	% du total des AHU en 2009	Nombre d'AHU pour 10000 habitants
Alsace	25	20	21	21	3,77	3,51	1,14
Aquitaine	49	46	45	40	7,38	6,69	1,26
Auvergne	13	11	13	9	1,96	1,51	0,67
Basse Normandie	10	13	13	11	1,51	1,84	0,75
Bourgogne	16	18	21	21	2,41	3,51	1,28
Bretagne	41	46	48	45	6,17	7,53	1,43
Centre	9	9	10	12	1,36	2,01	0,47
Champagne-Ardenne	9	10	9	9	1,36	1,51	0,67
Franche-Comté	10	9	11	14	1,51	2,34	1,20
Haute-Normandie	13	10	11	12	1,96	2,01	0,66
Ile de France	180	155	168	156	27,11	26,09	1,34
Languedoc Roussillon	34	31	29	31	5,12	5,18	1,20
Limousin	13	13	14	15	1,96	2,51	2,03
Lorraine	33	26	25	22	4,97	3,68	0,94
Midi-Pyrénées	31	26	29	27	4,67	4,52	0,95
Nord Pas-de-Calais	35	25	26	27	5,27	4,52	0,67
Outre-mer	0	2	2	0	0,00	0,00	0,00
Pays de la Loire	27	33	28	28	4,07	4,68	0,80
Picardie	10	8	5	6	1,51	1,00	0,32
Poitou-Charentes	10	12	11	11	1,51	1,84	0,63
Provence Alpes Côte-d'Azur	39	35	33	29	5,87	4,85	0,59
Rhône Alpes	57	52	57	52	8,58	8,70	0,85
TOTAL	664	610	629	598	100,00	100,00	0,96

Source : MESR, bureau DGRH 2A-4, calculs mission

Le nombre total de postes d'AHU est passé de 665 postes à 600 postes entre 1998 et 2009, soit une diminution de 10 % sur la période.

La part de chaque région dans la répartition des postes est assez stable sur la période mais présente des variations plus fortes que pour les postes de CCA.

Les trois régions dont la part relative dans le total des postes diminue sont la Lorraine (- 1,5 point), PACA (-1 point) et la Picardie (-0,5 point).

Les régions dont la part relative a augmenté sont la Bretagne (+ 1,5 point), l'Aquitaine (+ 1,3 point), le Centre et la Franche Comté (+ 0,7 et + 0,8 point).

La répartition du nombre de CCA par spécialité entre 1998 et 2009

Spécialités	1998	2007	2008	2009	% du total des CC en 1998	% du total des CC en 2009
Chirurgie	566	536	529	528	20,2	17,4
Médecine interne	192	172	167	168	6,8	5,5
Pédiatrie	191	223	228	221	6,8	7,3
Radiologie	179	190	189	184	6,4	6,1
Gynéco-obstétrique	147	159	163	160	5,2	5,3
Anesthésie et réanimation chirurgicale	145	184	188	193	5,2	6,4
Cardiologie	142	144	144	143	5,1	4,7
Hépatogastro-entérologie	108	111	110	109	3,8	3,6
Psychiatrie	108	138	131	133	3,8	4,4
Autres	1029	1172	1148	1197	36,7	39,4
Effectif total des CC	2807	3029	2997	3036	100,0	100,0

Source : MESR, bureau DGRH 2A-4

La répartition par spécialités des chefs de clinique entre 1998 et 2009 est relativement stable.

Pour la discipline chirurgie, le nombre de chefs de clinique est en baisse : dans la spécialité neurochirurgie (41 chefs de clinique en 1998 et 30 en 2009) et en chirurgie générale (116 en 1998 et 93 en 2009). En revanche, le nombre de chefs de clinique en anesthésie et réanimation chirurgicale a augmenté sur la même période de 145 en 1998 à 193 en 2009.

De façon générale, la spécialité où la baisse d'effectif de chefs de clinique est la plus importante est la médecine interne (-24 postes).

A l'inverse, celle où les effectifs de chefs de clinique ont le plus progressé est la cancérologie avec un quasi doublement sur 10 ans : de 58 en 1998 les postes de chefs de clinique sont passés à 95 en 2009.

Les cinq autres spécialités où les postes de chefs de clinique ont augmenté sont la pédiatrie (+ 30 postes), la psychiatrie (+ 25 postes), la réanimation médicale (+ 17 postes) la neurologie (+ 13 postes) et la gynécologie-obstétrique (+ 13 postes).

La répartition du nombre d'AHU par spécialité entre 1998 et 2009

FRANCE ENTIERE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	132	64	0,48
Gastro-entérologie et Hépatologie	58	49	0,84
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	122	85	0,70
Spécialités chirurgicales au total	289	306	1,06
Gynécologie-obstétrique et médicale	173	71	0,41
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	177	92	0,52
TOTAL	1830	1617	0,88

Spécialités	1998	2007	2008	2009	% du total des AHU en 1998	% du total des AHU en 2009
Anatomie et cytologie pathologiques	81	59	55	53	12,2	8,9
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	77	81	81	71	11,6	11,9
Biophysique et médecine nucléaire	69	53	57	54	10,4	9,0
Anatomie	54	39	47	40	8,1	6,7
Physiologie	53	37	34	39	8,0	6,5
Autres	330	341	355	341	49,7	57,0
TOTAL	664	610	629	598	100,0	100,0

Source : MESR, bureau DGRH 2A-4

Cinq spécialités sur trente trois disposent d'environ 50 % des postes d'AHU en 1998 et en 2009.

La répartition par spécialités des AHU entre 1998 et 2007 est relativement stable.

Toutes les spécialités suivent l'évolution générale de baisse du nombre de postes d'AHU à l'exception de l'hématologie (de 45 à 56 postes, soit + 11 postes).

De façon générale, les spécialités où les baisses d'effectif d'AHU sont les plus importantes sont : l'anatomie et cytologie pathologiques (- 28 postes), la biophysique et médecine nucléaire (-15 postes) et la physiologie (-14 postes).

L'augmentation relative de la part des autres spécialités dans le total des postes d'AHU peut s'expliquer par ces deux constats.

La baisse du nombre de postes d'anatomie-cytopathologie est inquiétante puisque les médecins de cette spécialité ont un rôle important dans les diagnostics de cancers.

Annexe n° 25 : Nombre de DES obtenus et nombre de postes de CCA/AHU disponibles pour certaines spécialités et régions en 2007¹

FRANCE ENTIERE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	132	64	0,48
Gastro-entérologie et Hépatologie	58	49	0,84
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	122	85	0,70
Spécialités chirurgicales au total	289	306	1,06
Gynécologie-obstétrique et médicale	173	71	0,41
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	177	92	0,52
TOTAL	1830	1617	0,88

LORRAINE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	2	3	1,50
Gastro-entérologie et Hépatologie	3	1	0,33
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	5	3	0,60
Spécialités chirurgicales au total	13	6	0,46
Gynécologie-obstétrique et médicale	6	1	0,17
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	9	4	0,44
Toutes spécialités confondues	78	58	0,74

NORD PAS DE CALAIS	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	12	2	0,17
Gastro-entérologie et Hépatologie	5	1	0,20
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	5	5	1,00
Spécialités chirurgicales au total	20	7	0,35
Gynécologie-obstétrique et médicale	14	4	0,29
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	12	5	0,42
Toutes spécialités confondues	124	75	0,60

¹ Source ONDPS et MESR DGRH 2A-4 ; calculs mission

ILE DE FRANCE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	23	18	0,78
Gastro-entérologie et Hépatologie	6	12	2,00
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	21	31	1,48
Spécialités chirurgicales au total	56	91	1,63
Gynécologie-obstétrique et médicale	30	21	0,70
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	22	27	1,23
Toutes spécialités confondues	331	511	1,54

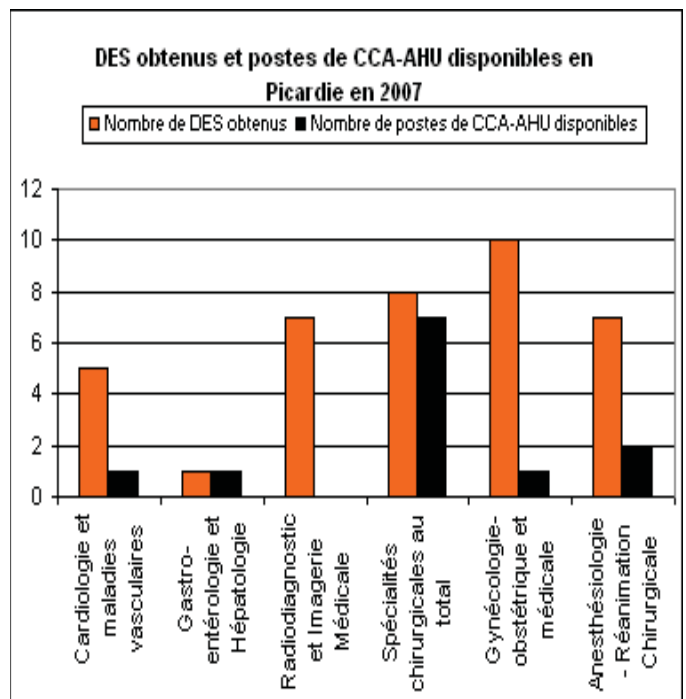
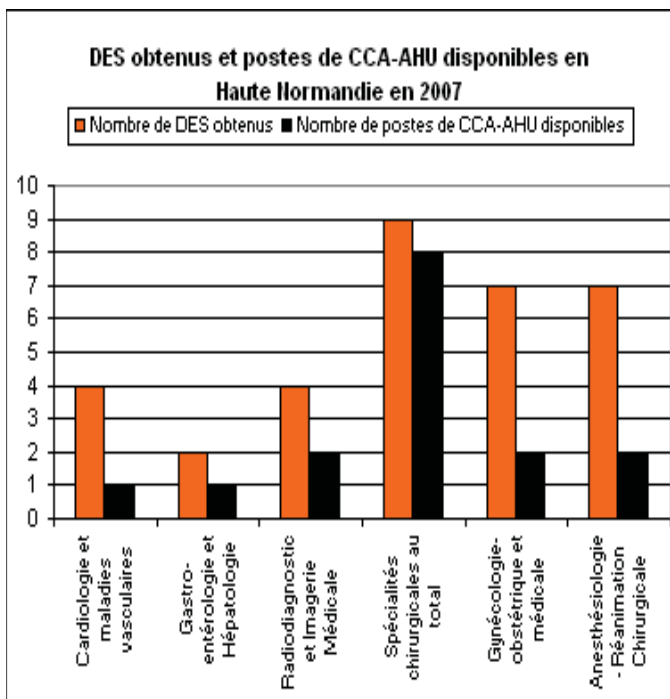
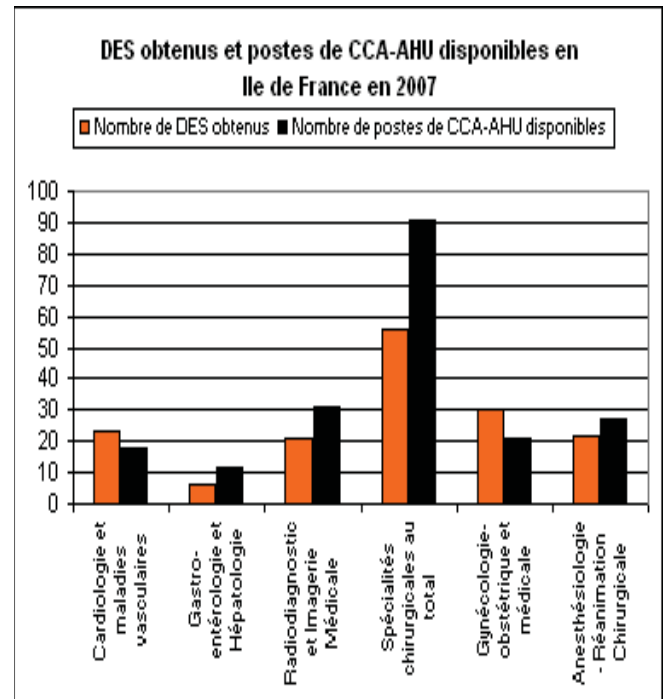
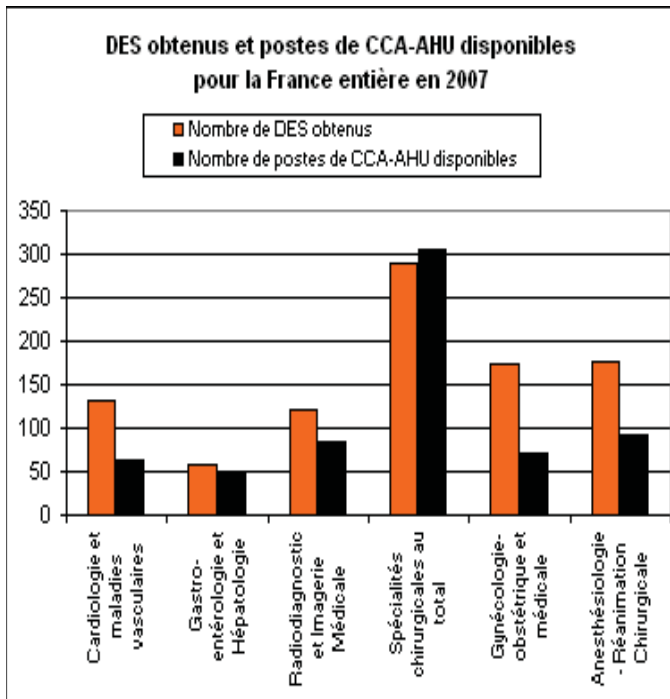
POITOU CHARENTES	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	5	1	0,20
Gastro-entérologie et Hépatologie	0	1	0,00
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	1	1	1,00
Spécialités chirurgicales au total	8	5	0,63
Gynécologie-obstétrique et médicale	3	1	0,33
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	5	2	0,40
Toutes spécialités confondues	36	28	0,78

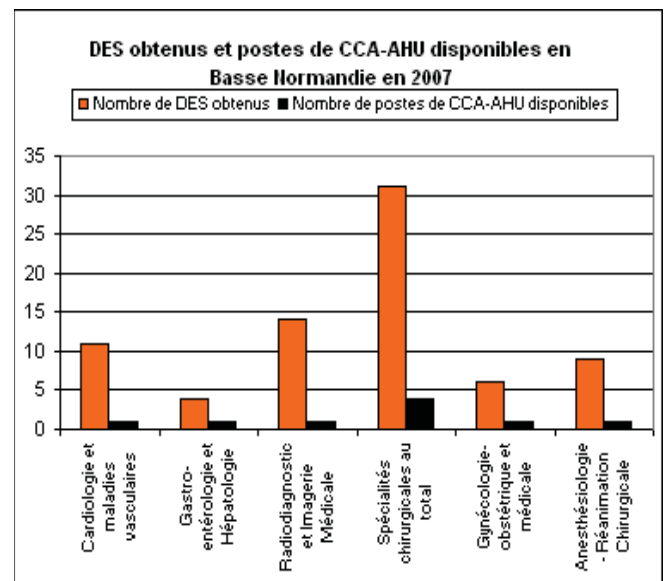
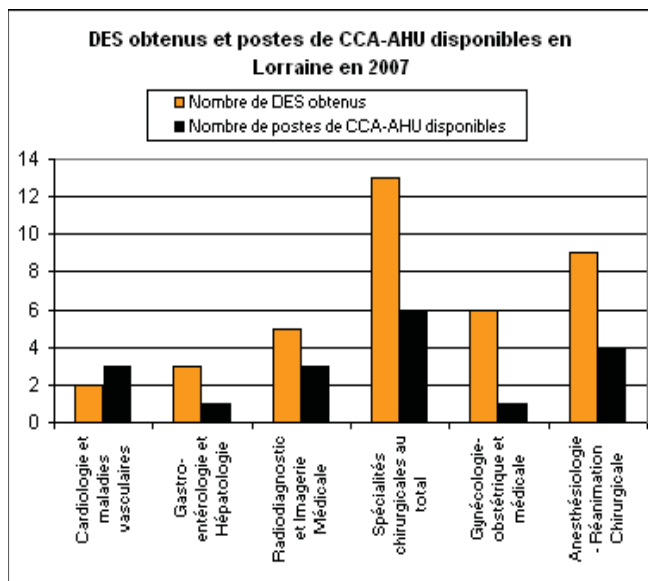
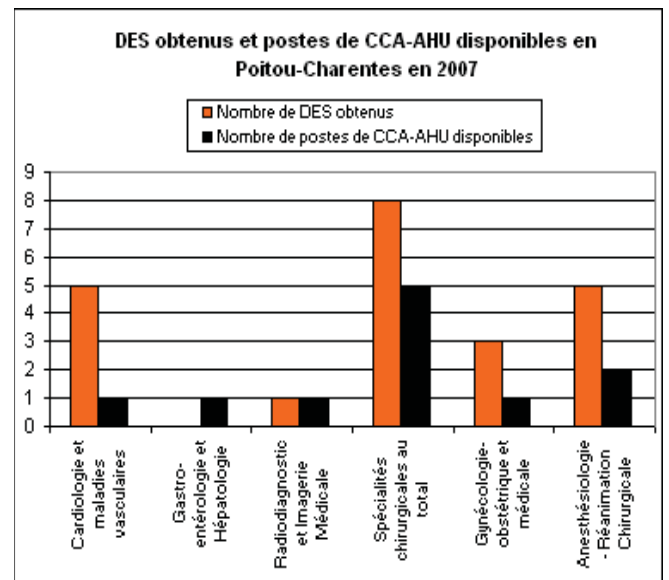
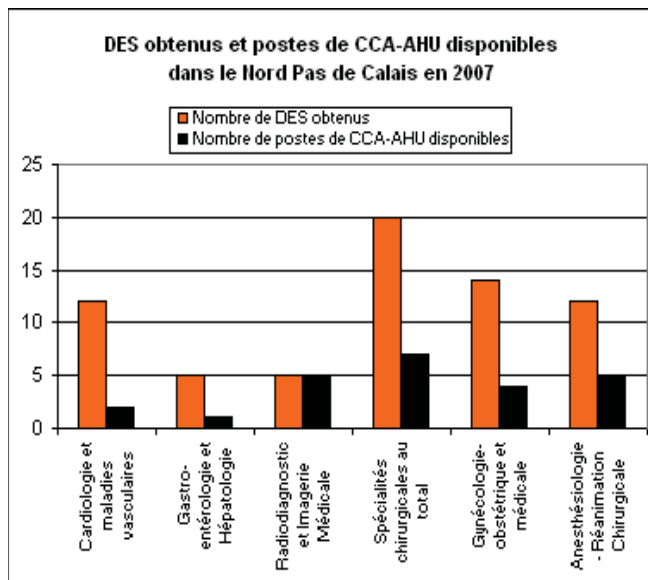
BASSE NORMANDIE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	11	1	0,09
Gastro-entérologie et Hépatologie	4	1	0,25
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	14	1	0,07
Spécialités chirurgicales au total	31	4	0,13
Gynécologie-obstétrique et médicale	6	1	0,17
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	9	1	0,11
Toutes spécialités confondues	127	27	0,21

HAUTE NORMANDIE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	4	1	0,25
Gastro-entérologie et Hépatologie	2	1	0,50
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	4	2	0,50
Spécialités chirurgicales au total	9	8	0,89
Gynécologie-obstétrique et médicale	7	2	0,29
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	7	2	0,29
Toutes spécialités confondues	57	36	0,63

PICARDIE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	5	1	0,20
Gastro-entérologie et Hépatologie	1	1	1,00
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	7	0	0,00
Spécialités chirurgicales au total	8	7	0,88
Gynécologie-obstétrique et médicale	10	1	0,10
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	7	2	0,29
Toutes spécialités confondues	51	28	0,55

* Le nombre de postes de CCA-AHU disponibles a été calculé en tenant compte de la durée moyenne du clinicat qui est de 27 mois, donnée estimée par le bureau responsable de la gestion des postes de chefs de clinique au MESR. Le nombre indiqué dans le tableau correspond donc au nombre total de postes de CCA-AHU ouverts divisé par 2,25.





Annexe n° 26 : Estimations des débouchés des internes qui obtiennent leur DES en 2009 et qui l'obtiendront en 2013

Régions	Sorties internes en 2009 (hors IMG)	Sorties internes en 2013 (hors IMG)	Ratio CCA-AHU par interne en 2009	Ratio CCA-AHU par interne en 2013	Ratio PI hospitalier par interne en 2009	Ratio PI hospitalier par interne en 2013
Alsace	80	82	0,70	0,68	1,66	1,62
Aquitaine	90	102	0,88	0,78	1,59	1,40
Auvergne	55	67	0,57	0,46	1,16	0,96
Basse Normandie	63	93	0,42	0,29	0,78	0,53
Bourgogne	60	93	0,56	0,36	0,99	0,64
Bretagne	106	127	0,67	0,56	1,11	0,93
Centre	73	90	0,48	0,39	0,99	0,80
Champagne-Ardenne	61	90	0,47	0,32	0,77	0,52
Franche-Comté	64	82	0,43	0,34	0,67	0,53
Haute-Normandie	82	100	0,44	0,36	0,88	0,72
Ile de France	388	448	1,30	1,13	2,28	1,98
Languedoc Roussillon	74	87	0,91	0,78	1,26	1,07
Limousin	40	36	0,67	0,74	1,17	1,30
Lorraine	91	117	0,64	0,50	1,17	0,91
Midi-Pyrénées	98	112	0,59	0,52	1,03	0,90
Nord Pas-de-Calais	170	208	0,44	0,36	1,13	0,92
Pays de la Loire	132	162	0,41	0,33	0,81	0,66
Picardie	74	85	0,52	0,45	1,20	1,04
Poitou-Charentes	71	75	0,36	0,34	0,64	0,61
Provence Alpes Côte-d'Azur	145	166	0,73	0,64	1,64	1,43
Rhône Alpes	189	233	0,86	0,70	1,56	1,26
TOTAL	2206	2655	0,73	0,61	1,36	1,13

Méthodologie

Le nombre d'internes sortant en 2009 comprend :

- le nombre d'internes ayant choisi aux ECN 2004 (et aux épreuves de l'internat qui ont eu lieu en 2004) des disciplines qui nécessitent 5 ans de formation*.
- le nombre d'internes ayant choisi aux ECN en 2005 des disciplines qui nécessitent 4 ans de formation**.

Le bureau RH 1 de la DGOS qui a établi ces projections l'a estimé en partant de la répartition des DES dans la discipline « spécialités médicales ». La part des DES en 5 ans a été estimée à 35 % pour les promotions des ECN 2004 et 2005 (moyenne observée entre 2004 et 2008). Pour la discipline « spécialités chirurgicales », la durée de 5 ans a été retenue.

Le nombre d'internes sortant en 2013 a été calculé de la même façon à partir des choix aux ECN 2008 et 2009. Une évolution de la répartition des DES de spécialités médicales a été observé sur la période. Le pourcentage des spécialités médicales en 5 ans pour les promotions des ECN 2008-2009 et 2009-2010 appliqué pour les estimations 2013 est de 39 % (répartition observée en 2008-2009). Pour la discipline « spécialités chirurgicales », la durée de 5 ans a été retenue.

Le nombre de postes de CCA-AHU est celui fourni le bureau DGRH2A-4 du MESR en 2009, soit 3619 (cf. annexe 24). Pour 2013, il a seulement été reconduit tel quel dans les estimations, compte tenu de la grande stabilité des postes et de leur répartition régionale observée depuis plus de 10 ans. Le nombre de postes de CCA-AHU disponibles a été calculé en tenant compte de la durée moyenne du clinicat qui est de 27 mois, durée estimée par le bureau DGRH A2-4 du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Le ratio est donc calculé sur la base des postes de CCA-AHU disponibles, soit le nombre total de chefs de clinique, et assistants hospitalo-universitaires en 2009, divisé par la durée moyenne du clinicat.

Pour les assistants, le calcul a été effectué sur la base des effectifs présents en 2008 en ETP, soit 3327 assistants, selon la statistique annuelle des établissements (SAE, DRESS, voir annexe 23). La même durée de 27 mois calculée pour les chefs de clinique, a été appliquée aux effectifs d'assistants présents en 2008.

Annexe n° 27 : Le post-internat les besoins et attentes des internes de Poitou-Charentes



Le post-internat

Les besoins et attentes des internes de Poitou-Charentes

Syndicat des Internes en Médecine de Poitiers



Pour quoi faire ?

- **Complément de formation indispensable**
 - Peu de semestre dans la spécialité
 - Part de l'activité de la spé non vue
 - Très faible activité chir
- **Validation d'un DESc**
- **Etape indispensable pour sa carrière future**
 - Accès au statut de PH simplifié
 - Très souvent exigé pour l'installation en libéral
 - Obligatoire pour une carrière hospitalo-universitaire

Comment ?

- **CCA reste la référence car**
 - Triple mission / en CHU
 - Prestige
 - Salaire convenable (+36% par rapport à interne SANS compter les gardes)
- **Assistant Spécialiste, statut précaire**
 - Activité 100% soins
 - Multisite +++
 - Le plus souvent sous la forme d'1 an renouvelable
 - Dans les faits en CHU, même rôle +++
 - Salaire beaucoup moins attractif (+8% si monosite)

Quelles solutions ? (1)

- **Créer des postes de CCA... ou mieux les répartir sur le territoire**
- **Améliorer le statut d'Assistant Spécialiste**
- **Permettre de faire 1 an CCA/1 an AS**
- **Modifier les conditions d'accès au statut de PH**



Quelles solutions ? (2)

- Revoir les modalités du multisite
- Accompagner l'augmentation du nombre d'internes par une augmentation du post-internat
- Réformer les maquettes : augmenter le nombre de semestres dans la spécialité
- Imposer une plus forte charge d'enseignement et de recherche aux CCA



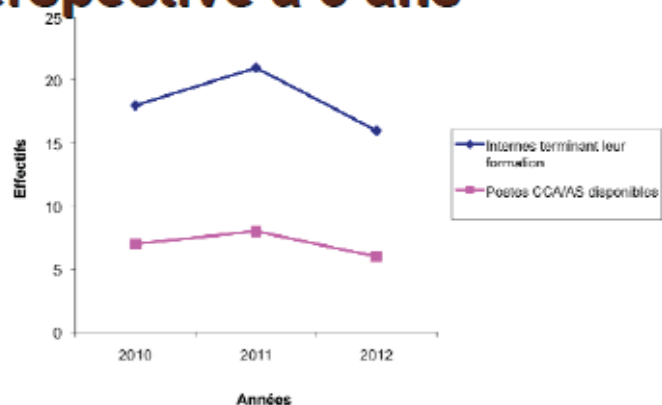
FILIERE CHIRURGICALE ET POST-INTERNAT

Etat des lieux dans la région Poitou-Charentes

La problématique

- Dans la région Poitou-Charentes, un bon nombre d'internes en formation en chirurgie n'aura pas de poste de CCA/AS dans cette même région à la fin de son cursus.
- Ils partiront donc ailleurs... et ne reviendront pas

La perspective à 3 ans



Internes terminant leur formation	18	21	16
Postes CCA / AS disponibles	7	8	6
Différence	-11 (61%)	-13 (61,9%)	-10 (62,5%)

La perspective par spécialité à 3 ans

Spécialités :	2010	2011	2012
Urologie	-3	1	-1
Vasculaire	-1	0	0
Orthopédie	-2	-7	-2
Cardio-Thoracique	0	0	0
Plastique	-1	-1 *	-1 *
Viscerale	1	0	-2
Pédiatrique	0	-1	-2
ORL	-2	-2	1
Neurochirurgie	0	0	-1
Ophthalmo	-3	-3	-2
<i>Total :</i>	-11	-13	-10

Dans le détail...

		2010	2011	2012
Urologie	Nb d'internes terminant leur formation :	3	1	1
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	0	2	0
	Différence :	-3	1	-1
Vasculaire	Nb d'internes terminant leur formation :	1	1	0
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	0	1	0
	Différence :	-1	0	0
Orthopédie	Nb d'internes terminant leur formation :	3	8	3
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	1	1	1
	Différence :	-2	-7	-2
Cardio-Thoracique	Nb d'internes terminant leur formation :	0	1	0
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	0	1	0
	Différence :	0	0	0
Plastique	Nb d'internes terminant leur formation :	1	1	1
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	0	0	0
	Différence :	-1	-1 *	-1 *
Viscérale	Nb d'internes terminant leur formation :	1	1	4
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	2	1	2
	Différence :	1	0	-2
Pédiatrie	Nb d'internes terminant leur formation :	0	2	2
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	0	1	0
	Différence :	0	-1	-2
ORL	Nb d'internes terminant leur formation :	4	2	0
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	2	0	1
	Différence :	-2	-2	1
Neurochirurgie	Nb d'internes terminant leur formation :	1	0	2
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	1	0	1
	Différence :	0	0	-1
Ophtalmo	Nb d'internes terminant leur formation :	4	4	3
	Nb de postes CCA / AS disponibles :	1	1	1
	Différence :	-3	-3	-2

Conclusion

- Augmentation du nombre d'internes
- Stabilité des postes de CCA / AS donc inadéquation

= Pénurie grave dès nov 2010

Annexe n° 28 : Contribution de l'ISNAR-IMG sur le post-internat de médecine générale



Le Post-internat de médecine générale

Contribution de l'ISNAR-IMG

Avril 2010

SOMMAIRE

I. Introduction	3
II. Définitions	3
1. Le post-internat dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC)	3
2. Le post-internat dans le cadre du clinicat de médecine générale	3
III. Des problématiques indissociables de celles du reste de la formation	3
1. Concernant le post-internat réalisé afin de compléter sa formation pratique	3
2. Concernant le post-internat effectué dans le cadre d'un travail universitaire	4
a. Avant les Epreuves Classantes Nationales (ECN)	4
b. Dans le cadre du DES de médecine générale	4
IV. Des problématiques financières et démographiques	5
V. Deux perspectives de réponse	5
1. Intégrer l'ensemble de la formation initiale dans le cadre du DES.....	5
2. Restaurer l'adéquation entre les postes et les fonctions.....	5
VI. Conclusion	6



I. Introduction

Depuis plusieurs années, les différents cursus d'études médicales ont été individuellement complexifiés. Ils doivent s'adapter d'une part à l'évolution de la médecine et de ses exigences de formation, et d'autre part au système de santé et sa démographie médicale. La gestion des effectifs de médecins en post internat a de multiples tenants et aboutissants, source de nombreuses difficultés.

Actuellement, le post-internat est complexe à définir. En dehors de sa concrétisation par une poursuite de la formation médicale initiale en continuité de l'obtention d'un DES, sa durée et ses objectifs sont variables en fonction du projet professionnel en cours et il existe différentes déclinaisons statutaires...

Le post-internat de médecine générale est en cours de structuration. Il est indispensable que ce processus s'accomplisse, afin de soutenir l'essor de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG). Défendu par l'ISNAR-IMG, cet essor est essentiel à la montée en puissance de l'enseignement de la spécialité autant qu'à la production de travaux de recherche et de recommandations centrés sur les soins primaires.

II. Définitions

Il convient dans un premier temps de définir les deux modalités de post-internat pouvant exister pour les internes de médecine générale.

1. Le post-internat dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC)

Que ce soit sous le statut d'assistant ou de chef de clinique, la réalisation de deux semestres de post-internat par un titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est requise pour toute réalisation de DESC, quel qu'en soit le type. En pratique, les effectifs d'internes concernés sont essentiellement concentrés dans les DESC de médecine d'urgence et de gériatrie.

Dans la configuration actuelle des études de médecine, il est important de tenir compte de ce besoin. Cependant, un chef de clinique ou un assistant qui effectue son post-internat dans le cadre d'un DESC, par exemple de médecine d'urgence ou de gériatrie, n'est pas un chef de clinique ou un assistant de médecine générale. C'est selon l'exemple choisi un chef de clinique ou un assistant de médecine d'urgence ou de gériatrie.

2. Le post-internat dans le cadre du clinicat de médecine générale

Ce mode de post-internat en tant que chef de clinique de notre spécialité est apparu avec la création de la FUMG. En pratique, sa durée est de 2 ans, avec la possibilité de renouveler pour 1 an à 2 reprises. Sa particularité est que la part soins est réalisée en ambulatoire (et non pas en milieu hospitalier). Il s'agit de la voie « logique » à terme pour accéder à la FUMG.

Il faut préciser que ce mode de post-internat n'a pas vocation à compléter la formation initiale des jeunes professionnels de médecine générale. Par conséquent, son rattachement à une notion de « post-internat » peut être discutée. Cependant, il convient de le citer ici puisque le principe même du clinicat, qui sert le plus souvent à poursuivre une formation initiale, est par conséquent intimement lié aux questions du post-internat.

III. Des problématiques indissociables de celles du reste de la formation

Qu'il soit envisagé dans le cadre universitaire ou pour finaliser la formation des futurs professionnels, le post-internat ne peut être dissocié des problématiques du reste de la formation médicale initiale.

1. Concernant le post-internat réalisé afin de compléter sa formation pratique

Il est à noter que dans beaucoup de spécialités le post-internat (quel que soit le statut sous lequel les jeunes professionnels l'effectuent) a fréquemment vocation à compléter une insuffisance de la formation dispensée dans le cadre du DES.

Pour la médecine générale, cela se justifie dans le cadre de la réalisation d'un DESC uniquement. Les problématiques liées à cette modalité de post-internat sont donc étroitement liées à l'avenir de ces DESC : leur

maintien en l'état, leur bascule sur un autre type de DESC, leur filiarisation en DES, ou toute autre perspective d'évolution qui pourrait apparaître en particulier dans les conclusions des travaux de la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat (CNIPI).

L'ISNAR-IMG travaille depuis longtemps à instaurer une formation médicale initiale véritablement professionnalisante pour les internes de médecine générale. Un professionnel titulaire du DES de médecine générale doit immédiatement être à même d'exercer les soins primaires dans des conditions satisfaisantes.

2. Concernant le post-internat effectué dans le cadre d'un travail universitaire

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les Chefs de Cliniques Universitaires de Médecine Générale (CCU-MG), qui sont la cible prioritaire de développement du post-internat de médecine générale.

La structuration et le développement de ce clinicat sont fortement corrélés au cursus effectué au préalable.

a. Avant les Epreuves Classantes Nationales (ECN)

Les étudiants en médecine n'ont aujourd'hui pas ou peu de représentation de ce que représente le travail universitaire en médecine générale.

Une part du non choix de la spécialité aux ECN peut être imputée à l'image qui est donnée de celle-ci au cours du second cycle : peu enseignée, dans un cadre transversal, par des items de synthèse de connaissances développées dans d'autres spécialités. Pour les étudiants, les connaissances théoriques de la médecine générale sont un socle à partir duquel s'individualisent les spécialités d'organes qui sont donc par définition « supérieures ». Cela implique également qu'il est difficile de concevoir qu'il soit possible d'effectuer de la recherche dans ce domaine. Cette vision préfigure alors les difficultés du troisième cycle et de l'attractivité du poste de CCU-MG.

Il s'agit donc que les CCU-MG participent à l'enseignement fait dans les facultés en deuxième cycle¹. Cela aurait deux effets positifs importants. Le premier est l'apport de ressources humaines non négligeable pour l'enseignement de la médecine générale. Le deuxième est d'offrir une visibilité aux étudiants de deuxième cycle sur ce qu'est un CCU-MG, son rôle, son travail, son parcours, ses compétences, pour le plus grand bénéfice de la FUMG.

b. Dans le cadre du DES de médecine générale

Le DES de médecine générale ne prépare pas suffisamment à l'exercice professionnel. Cette insuffisance de la formation médicale initiale est un des motifs du malaise des jeunes professionnels.

Certaines spécialités ont donc recours au post-internat afin de compléter cette formation. La position de l'ISNAR-IMG est qu'il est impératif que la médecine générale se tienne éloigné de cet écueil.

À cette fin, il est indispensable :

- De réformer la formation initiale des internes de médecine générale, et d'instaurer une année professionnalisante effectuée avec un statut « d'interne sénior »². On observe en effet que les internes qui ont effectué un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) s'installent plus précocement que les autres internes, et généralement dans la zone géographique où ils ont effectué leur SASPAS. On peut donc préjuger d'un impact très positif d'une démarche véritablement professionnalisante et autonomisante dans notre formation dans le cadre du DES. Ainsi, aucune formation « complémentaire » ne devrait être rendue nécessaire par les évolutions de la discipline.
- Que le clinicat de médecine générale reste un exercice impliquant un travail universitaire à mi-temps, complétant une valence de soins effectuée en dehors de tout objectif de formation médicale initiale. Cette part soins, exercée ultérieurement à l'obtention du DES de médecine générale, est par définition celle de professionnels compétents dont les obligations de formation relèvent uniquement du Développement Professionnel Continu.

¹ Document de propositions « Développement du clinicat de médecine générale » (avril 2010)

² Document de propositions « Une quatrième année professionnalisante » (octobre 2008)

IV. Des problématiques financières et démographiques

L'amélioration du caractère professionnalisant d'une formation a un impact important sur les problématiques démographiques. En effet, cela améliore *de facto* la qualité des soins, mais également la maîtrise de l'outil de travail (gestion du cabinet, etc.) et donc l'installation.

De ce fait, la démographie des CCU-MG peut contribuer de manière indirecte à l'évolution de la démographie médicale puisqu'ils participent à la capacité de formation des différentes subdivisions. Il est donc important d'en disposer d'une quantité permettant d'assurer un volume « suffisant » d'enseignement et de recherche en médecine générale. A cette fin, il est nécessaire d'effectuer des nominations au minimum conformes aux objectifs de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ».

Les problématiques financières sont également à poser. En effet, l'optique d'intégrer dans le DES les éléments d'une formation plus professionnalisante mène à envisager un allongement de celui-ci. Cet allongement du temps d'études, que nous revendiquons d'une durée de 1 an, a un coût.

Cependant, il est impératif de considérer en rapport le volume financier généré par l'activité des internes. S'il est extrêmement difficile à évaluer, on sait que les internes les plus âgés sont plus « rentables » que les plus jeunes. Or dans le cadre d'un allongement de DES on serait dans le contexte d'internes « seniors », donc très productifs, ce qui ferait de cette année supplémentaire une année à coût faible. Reste à évaluer de façon lisible la balance entrée/sortie. Il est à envisager qu'un interne, surtout en fin de cursus, rapporte plus qu'il ne coûte.

V. Deux perspectives de réponse

Compte-tenu des problématiques exposées ci-dessus, deux perspectives de réponses peuvent s'envisager.

1. Intégrer l'ensemble de la formation initiale dans le cadre du DES

Cela est en lien avec les propositions d'évolutions de la formation initiale formulées par l'ISNAR-IMG. Il semble logique que le diplôme du DES sanctionne une aptitude à exercer. Cela signifie que l'obtention du DES doit être le terme de la formation médicale initiale.

Cela aurait pour effet d'allonger la durée du DES de Médecine Générale. Mais il s'agit d'une exigence de professionnalisation incontournable, et on a vu plus haut que cette année supplémentaire aurait un coût faible par rapport aux autres années d'internat.

Cela favoriserait par ailleurs des installations plus précoces après l'internat.

Le temps de préparation d'un bagage de recherche conséquent en vue d'une carrière universitaire serait augmenté par ce biais. Cela serait un facteur favorisant non négligeable pour la FUMG.

Cependant, on note que pour que cela puisse se faire pour toutes les spécialités il est nécessaire de repenser l'ensemble des formations dans leur structure même.

De cette réforme découleraient une meilleure lisibilité des cursus pour les internes et une adéquation entre le diplôme obtenu et les compétences d'exercice du futur professionnel pour l'organisation du système de santé.

Dans cette hypothèse, il est par ailleurs essentiel de veiller à ce que les possibilités de varier ou de changer d'exercice soient efficaces et accessibles. Il en va de l'attractivité de la médecine générale.

2. Restaurer l'adéquation entre les postes et les fonctions

Il est impératif que les Chefs de clinique exercent réellement un mi-temps universitaire. Le post-internat ayant vocation à compléter la formation initiale doit se faire sur des postes où les jeunes professionnels n'exercent qu'une fonction de soins, tels que ceux d'assistants spécialistes.

Ainsi, on verrait spontanément apparaître une « restitution » des postes universitaires, qui seraient de nouveau disponibles pour les jeunes professionnels qui souhaitent effectuer de l'enseignement et de la recherche.



VI. Conclusion

Aucune de ces propositions n'est réellement novatrice, cependant elles doivent permettre de résoudre la plupart des problématiques à moyen terme du post-internat pour toutes les spécialités. Chacune a été proposée, discutée et argumentée au sein des réunions de concertation. Elles semblent consensuelles, mais leurs difficultés de mise en application les éloignent d'une perspective d'efficacité à court terme. Quelles que soient les mesures envisagées à brève échéance, elles ne devraient pas faire obstacle à ces propositions qui doivent être mises en place dès que possible.

Annexe n° 29 : Propositions ISNAR-IMG adoptées en conseil d'administration, développement du climat de médecine générale



Développement du climat de médecine générale

Propositions ISNAR-IMG
Adoptées en Conseil d'Administration à distance

Le 22 avril 2010



SOMMAIRE

I. Introduction	3
II. Les problèmes rencontrés.....	3
1. <i>Manque de lisibilité sur le poste de CCU-MG.....</i>	<i>3</i>
2. <i>Manque de formation à la recherche en médecine générale</i>	<i>3</i>
3. <i>Part soins : un mi-temps sans cadre</i>	<i>4</i>
4. <i>Des modalités d'enseignement et d'encadrement des étudiants mal définies</i>	<i>4</i>
5. <i>Manque de postes de CCU-MG pour la médecine générale</i>	<i>4</i>
6. <i>Manque de lisibilité des candidatures et de leur calendrier</i>	<i>4</i>
7. <i>Critères de candidature</i>	<i>5</i>
8. <i>Compétition entre les actuels maitres de conférence et professeurs associés, et les potentiels CCU-MG.....</i>	<i>5</i>
III. Propositions	5
1. <i>Améliorer la lisibilité du clinicat.....</i>	<i>5</i>
2. <i>Manque de formation à la recherche en médecine générale</i>	<i>6</i>
3. <i>Définir la part soins des universitaires de médecine générale.....</i>	<i>6</i>
4. <i>Favoriser l'enseignement et l'encadrement des étudiants</i>	<i>6</i>
5. <i>Augmenter le nombre de postes de chefs de clinique de médecine générale</i>	<i>7</i>
6. <i>Manque de lisibilité des candidatures et du calendrier</i>	<i>7</i>
7. <i>Critères de candidature</i>	<i>8</i>
8. <i>Compétition entre les actuels maitres de conférence et professeurs associés, et les potentiels CCU-MG.....</i>	<i>8</i>
IV. III Annexe - Critères de candidature	9



I. Introduction

La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) est une des clés du développement et de la revalorisation de notre discipline, la médecine générale.

Son premier échelon est le chef de clinique universitaire en médecine générale (CCU-MG), accessible en post-internat.

Celui-ci, comme tous les personnels universitaires, a trois missions : l'enseignement, la recherche et les soins, qui ont la particularité ici d'être effectués en milieu ambulatoire¹.

La mise en place de cette filière est encore très récente. Il existe de nombreux obstacles sur le terrain pour augmenter l'effectif des CCU-MG. Il s'agit donc de lister ces difficultés, et d'y apporter des réponses concrètes susceptibles d'améliorer la concrétisation de la FUMG, en nous axant principalement sur le clinicat. En effet, les CCU-MG sont les personnels enseignants auxquels les internes peuvent le mieux s'identifier (ne serait-ce que par la proximité d'âge) en vue d'un investissement futur. Ces postes sont donc un moteur d'attractivité majeur pour l'investissement dans une carrière universitaire.

II. Les problèmes rencontrés

1. Manque de lisibilité sur le poste de CCU-MG

Malgré la création il y a deux ans de la FUMG et du clinicat, beaucoup d'internes ignorent encore quels en sont les enjeux et les objectifs.

Qu'est-ce qu'un chef de clinique universitaire de médecine générale ? Quel est son rôle au sein de la faculté, du département universitaire de médecine générale ? Quelle carrière peut-on envisager à partir du clinicat ? Autant d'interrogations que peuvent avoir les internes, mais qui restent souvent sans réponse.

Dans les autres spécialités, les étudiants côtoient leurs chefs de clinique en stage et à l'occasion de cours théoriques. Dans notre discipline, la présence et l'encadrement des CCU-MG auprès des Internes de Médecine Générale (IMG) est hétérogène selon les facultés. Ils ne sont pas toujours « visibles » au sein des départements de médecine générale. Ils sont par conséquent peu au contact des internes, et ne peuvent jouer leur rôle de promotion du clinicat, pourtant indispensable pour son développement.

2. Manque de formation à la recherche en médecine générale

Il n'existe que peu de formations spécifiques à la recherche en soins primaires dispensées pendant les études de médecine. La plupart du temps, les internes reçoivent des enseignements théoriques concernant la réalisation de leur thèse.

En dehors du cursus de médecine, les étudiants ont la possibilité de se former à la recherche via des diplômes de santé publique ou d'épidémiologie par exemple, sans que cela soit parfaitement adapté à leur projet professionnel.

¹ Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale



3. Part soins : un mi-temps sans cadre

Les valences de l'enseignement et de la recherche, qui précisent la part universitaire, sont définies par décret². En revanche, la part soins ne l'est pas à ce jour. Les CCU-MG n'ont donc aucun cadre réglementaire précis pour leur exercice ambulatoire durant leur clinicat. Ainsi, l'organisation de leur activité et de leur planning (nombre de journées de soins par semaine, horaires, nombre de consultations assurées...), leur(s) lieu(x) d'exercice sont fonction d'arrangements locaux. Quant aux statuts, certains choisissent la collaboration, d'autres l'installation au travers de statuts d'association variés (SCM, SCI...).

Cette incertitude sur la part soins est encore renforcée par le problème de la rémunération, notamment dans la garantie d'un revenu minimum mensuel.

Pour compenser cette absence de rémunération minimale, les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) avaient mis en place des indemnités, afin d'assurer aux CCU-MG une rémunération équivalente à celle des chefs de clinique des autres spécialités. En effet, la part soins étant effectuée en libéral, le mi-temps universitaire de ces jeunes professionnels constitue un handicap conséquent pour leurs revenus.

Cependant, ce calcul ne prend pas en compte le fait que les CCU-MG ont un exercice libéral, ce qui induit donc des charges et cotisations très supérieures à celles des chefs de clinique des autres spécialités. Par ailleurs, ces indemnités ont été suspendues à la rentrée 2009-2010, certains CCU-MG se retrouvant alors confrontés à des situations financières délicates.

4. Des modalités d'enseignement et d'encadrement des étudiants mal définies

Le chef de clinique a une mission d'enseignement au sein de la faculté, il peut ainsi participer à l'enseignement auprès des étudiants de deuxième cycle et des internes, en réalisant des cours théoriques par exemple. Mais est-il apte à encadrer les externes sur son lieu d'exercice libéral ? A-t-il la compétence pour accueillir des internes et être maître de stage ? Les avis divergent en fonction des facultés, au détriment de la lisibilité du poste. Par ailleurs, il est à noter que de nombreux internes envisageant le clinicat sont attirés en premier lieu par sa valence d'enseignement. La clarification de ce champ de la valence universitaire est donc un élément incontournable pour l'attractivité de la filière.

A l'heure actuelle, le CCU-MG peut demander à obtenir sa maîtrise de stage après 3 ans d'exercice, selon le schéma classique et commun aux autres praticiens.

5. Manque de postes de CCU-MG pour la médecine générale

La loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* (HPST) adoptée en juillet 2009 détermine, pour 4 années consécutives, la création de 50 postes de CCU-MG... ce qui est loin d'être suffisant. Actuellement, il y a 48 CCU-MG pour encadrer les internes de médecine générale, qui représentent environ la moitié des internes toutes spécialités confondues. Pour les autres spécialités, le nombre de chefs de clinique approche au total les 3 300.

6. Manque de lisibilité des candidatures et de leur calendrier

² Décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale



Malgré le faible nombre de postes ouverts cette rentrée pour la médecine générale, tous n'ont pas été pourvus. Il serait tout à fait inexact d'expliquer cela uniquement par un manque global de candidatures.

Nous constatons en effet que le nombre de candidatures annoncées et « officialisées » par les différentes facultés est bien en dessous du nombre réel de candidatures initialement déposées. Ainsi, toutes les candidatures ne sont pas retenues, et certaines ne sont même pas « déclarées » officiellement, que ce soit par blocage au niveau des DUMG ou au niveau des Doyens. Cela induit une sous-estimation du nombre d'internes motivés par le clinicat.

En outre, les facultés ne fournissent souvent aucun calendrier précis concernant les dates limites de dépôt des candidatures, ce qui laisse les internes dans le flou des démarches administratives et peut expliquer en partie le faible nombre de candidatures déposées dans les temps.

7. Critères de candidature

Certaines candidatures sont d'emblée récusées par la faculté, malgré leur qualité, car elles ne correspondent pas au profil de chef de clinique recherché par le DUMG. Ce profil est généralement orienté par l'aptitude du candidat à participer aux travaux de recherche menés par les DUMG.

Si l'exigence de qualité est incontournable, elle est aujourd'hui mal exprimée sur le terrain. Des critères trop élevés rendent le poste inaccessible aux yeux des internes. Un trop grand flou induit des refus de candidats sans motifs identifiables, source de démotivation. Et des critères trop homogènes mènent inévitablement à sélectionner des candidats dans un moule identique, ce qui mènerait à l'appauvrissement de la FUMG.

Aujourd'hui, en l'absence de travail effectué en local sur les critères de sélection des CCU-MG, les acteurs de terrain tombent trop fréquemment dans l'un ou l'autre de ces écueils.

8. Compétition entre les actuels maîtres de conférence et professeurs associés, et les potentiels CCU-MG

Certains membres des départements de médecine générale peuvent mal percevoir l'arrivée au sein du DUMG de jeunes collègues qui, de par le clinicat, pourraient être titularisés à des postes de maître de conférence, puis professeur, plus rapidement.

III. Propositions

1. Améliorer la lisibilité du clinicat

Il est indispensable de promouvoir la FUMG au sein des facultés, de faire découvrir aux internes l'enjeu et l'attrait du clinicat, de développer et de valoriser la recherche en médecine générale. Entre autres, il est important que le CCU-MG soit au cœur de la promotion du clinicat auprès des étudiants, de façon à ce que ces derniers puissent s'identifier et s'approprier ce rôle de chef de clinique.

Cette lisibilité est également conditionnée par le nombre de CCU-MG en fonction dans chaque faculté. Plus ils sont nombreux, plus ils constituent une fonction identifiable et dynamique.



2. Manque de formation à la recherche en médecine générale

Il existe actuellement une volonté d'initier les étudiants à la recherche dès le deuxième cycle, grâce par exemple à la lecture critique d'article scientifique. Il s'agit ensuite d'approfondir ses connaissances lors de l'internat et de les adapter à la pratique en soins primaires.

Les séminaires consacrés à l'apprentissage du travail de thèse ou de mémoire, les séances de bibliographie ou tout autre moyen d'intéresser les internes à la recherche sont à encourager.

Par ailleurs, il n'existe aucune formation parallèle, type master 2 recherche, spécifique à la médecine en ambulatoire. Des projets de ce type vont certainement voir bientôt le jour et méritent le soutien des institutions.

3. Définir la part soins des universitaires de médecine générale

Il est indispensable que le décret concernant la part soins soit rédigé et publié dans les plus brefs délais.

Les CCU-MG sont des médecins thésés, aptes et responsables de leur exercice au même titre que leurs collègues qui exercent sans avoir effectué de clinicat. Ils n'ont donc pas vocation à « finir de se former » d'un point de vue médical. Cela implique que la part soins n'a pas besoin de s'effectuer en milieu « formateur ».

Il paraît donc pertinent de laisser la liberté de choix au CCU-MG quant à son lieu d'exercice. Il existe dans de nombreuses facultés la notion d'un DUMG « hébergeur », le CCU-MG devant effectuer sa part soins chez un membre du Département.

Ce système a un double défaut. Tout d'abord il n'est pas viable : les effectifs de CCU-MG ont vocation à être par définition supérieurs à ceux des titulaires, ce que ce système ne permet pas. Par ailleurs, cela peut contrarier le dynamisme de certains candidats qui ont déjà un projet d'installation en dehors de structures en lien avec l'universitaire, ce qui ne diminue en rien la pertinence de l'exercice du CCU-MG. Il serait donc contre-productif à tous niveaux de refuser des candidats pour ce motif.

Sur le versant de la rémunération, il est important d'assurer des revenus minimums aux CCU-MG, en restaurant les indemnités de l'URCAM ou en trouvant d'autres sources de financements. En effet, le clinicat oblige à exercer à mi-temps, ce qui constitue un frein au développement et à la fidélisation d'une patientèle. L'engagement dans une carrière universitaire comporte déjà par définition des incertitudes importantes. Y ajouter l'incertitude de percevoir une rémunération suffisante est une entrave majeure pour l'attractivité de ces postes. Il est donc indispensable d'établir un moyen d'indemnisation suffisant et pérenne.

4. Favoriser l'enseignement et l'encadrement des étudiants

Le CCU-MG, en tant que personnel enseignant, assure « des fonctions d'enseignement de formation initiale et continue et des fonctions de recherche »³. Il doit donc encadrer des étudiants lors de cours théoriques ou de séminaires. Il serait utile qu'il puisse bénéficier d'une dérogation au principe des trois années d'exercice pour devenir maître de stage dans certaines conditions, et après avoir reçu une formation pour cela. Cette dérogation serait systématique pour l'accueil d'un étudiant de deuxième cycle.

³ Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale

*Développement du clinicat de médecine générale
Propositions ISNAR-IMG au 13 avril 2010 – Adoptées en Conseil d'Administration à distance le 22 avril 2010*



Pour l'accueil d'un interne, cette dérogation doit pouvoir être accordée par le coordinateur local du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, sur demande de l'intéressé.

En effet, le contact avec le chef de clinique dans le cadre de sa part soins est un moteur d'attractivité puissant pour l'investissement des internes dans des carrières universitaires, d'autant plus que de nombreux internes sont plus attirés par une perspective d'enseignement que par des travaux de recherche. C'est pourquoi le développement et la structuration de cette valence pédagogique sont impératifs.

5. Augmenter le nombre de postes de chefs de clinique de médecine générale

Le nombre minimal de 50 postes de CCU-MG par an pendant quatre ans, fixé par la loi HPST (Article 47), est opposable au niveau national. Cependant, c'est au niveau local que les candidats sont nommés. Il semble donc indispensable que les instances nationales et locales responsables des nominations se concertent pour atteindre cet objectif minimal.

6. Manque de lisibilité des candidatures et du calendrier

Il est indispensable que l'on dispose d'un état des lieux précis du nombre de candidatures aux postes de CCU-MG à chaque niveau de leur parcours : les souhaits des internes, les candidatures soutenues par les DUMG, et les candidats retenus par les Doyens.

A cette fin, l'ISNAR-IMG établira un calendrier de suivi des candidatures, qui sera défini annuellement. Il comportera trois dates :

- Les déclarations de candidatures
- La date où les DUMG se prononcent sur les candidatures
- La date où les Doyens se prononcent

Cette procédure est destinée aux candidats qui souhaitent bénéficier du soutien des représentants des internes. Cette demande de soutien se manifeste par la déclaration de candidature à leurs représentants locaux. A chaque date correspond un état des lieux, permettant d'assurer pour chaque étape une lisibilité sur l'avancement des procédures. Cela permettra d'établir un calendrier, bien sûr non opposable, mais pouvant constituer un repère à l'échelle nationale pour les candidats confrontés à un flou important dans le processus des nominations.

Quoi qu'il en soit, le meilleur fonctionnement serait que chaque faculté affiche officiellement la procédure à suivre pour poser sa candidature avec les différentes dates butoirs. Ainsi, cela clarifierait les démarches administratives à faire par les internes et leur permettrait de compléter leur dossier dans les temps. Ces éléments de procédure et de calendrier devraient être élaborés par le Doyen, en concertation avec le DUMG et les représentants des internes.



7. Critères de candidature

Afin de garantir une certaine qualité des dossiers de candidatures, il est nécessaire de définir des critères.

Il serait utile que les DUMG communiquent sur les thèmes de leurs travaux de recherche auprès des internes. Ainsi, ceux-ci pourraient potentiellement orienter leur formation sur un projet professionnel, et de recherche, adaptés aux besoins de la faculté.

Cependant, l'inadéquation du cursus de l'interne avec les besoins et orientations de travail de son DUMG ne doit en aucun cas constituer un motif d'exclusion pour le candidat au clinicat.

La définition de critères est un préalable indispensable à la lisibilité du poste de chef de clinique, et donc à son attractivité auprès des internes de médecine générale.

Mais il est également incontournable d'assurer une souplesse dans le processus de sélection des candidats. Il s'agit de promouvoir les candidatures qui répondent aux exigences de la FUMG. Le dynamisme doit donc être l'une des qualités premières des candidats, c'est pourquoi il convient de favoriser les plus motivés.

Une liste en est donnée en annexe à titre purement consultatif, sans aucune opposabilité. L'objectif est de matérialiser une base de discussion afin que tout rejet de candidature soit clairement justifié.

L'éventualité du recrutement d'un CCU-MG est une perspective riche de conséquences, pour le candidat mais aussi pour le DUMG et pour tous les internes de médecine générale de la subdivision. En conséquence, les décisions en ce domaine ne peuvent être prises que de façon collégiale. Les candidatures doivent donc être étudiées lors d'une commission de recrutement des CCU-MG, sous la direction du coordonnateur local du DES, et où peuvent siéger les représentants des internes de médecine générale de la subdivision.

8. Compétition entre les actuels maîtres de conférence et professeurs associés, et les potentiels CCU-MG

Les services accomplis en qualité de CCU-MG sont pris en compte dans le classement lors de la titularisation. Par ailleurs, les CCU-MG ont fréquemment un bagage de recherche supérieur à celui des enseignants associés qui depuis des années ont fait de l'enseignement leur priorité. Or, au sein de l'Université, les travaux de recherche sont bien plus valorisés que les activités pédagogiques. Les CCU-MG sont donc régulièrement perçus comme des concurrents par les personnels enseignants associés actuellement en poste. Il est impératif de lever cette notion de concurrence, qui est à même de détériorer l'accueil, la reconnaissance et la place des CCU-MG dans les DUMG.

A cette fin, il convient de revaloriser au sein de l'Université les activités d'enseignement. Ainsi, le parcours et l'investissement des enseignants associés pourra être reconnu et donner lieu à des titularisations, dont la FUMG a grand besoin. Par ailleurs, cela ne pourrait qu'inciter les personnels universitaires à la polyvalence dans leurs activités d'enseignement et de recherche, pour le plus grand bénéfice de la formation des étudiants.



IV. Annexe - Critères de candidature

Bases réglementaires

Tout candidat doit réglementairement, d'après le décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale :

- Etre titulaire d'un titre de formation l'autorisant à exercer, parmi les suivants :
 - o Diplôme français d'Etat de docteur en médecine (obtenu au moment de la validation de la thèse)
 - o Si le postulant est d'origine étrangère, le titre de formation de médecin de son pays, dans un cadre fixé à l'article L. 4131-1 du Code de la Santé Publique
- Etre titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale. Certains diplômes étrangers équivalents sont reconnus par arrêté en dispense du DES.

Un candidat peut se présenter dans les quatre années qui suivent l'obtention de son DES.

Afin que la liste des critères constitue un support de travail exploitable pour les commissions de sélection ainsi que pour les potentiels candidats, la forme qui semble la plus adaptée est de définir des critères primaires et secondaires.

Il faut rappeler que cette liste de critères a uniquement vocation à constituer un outil de discussion autour des candidatures, rien de plus.

1. Critère primaire :

On peut évoquer que les seuls critères reconnus comme véritablement indispensables pour tout postulant au clinicat sont d'être titulaire d'un Master I et d'avoir un projet construit pour l'exercice de la part soins.

2. Critères secondaires :

De nombreux critères secondaires peuvent faire la différence.

On peut les réunir en deux groupes hiérarchiques distincts :

- *Un groupe de critères majeurs.*
Disposer de ces qualifications est souhaitable pour un candidat, mais cela ne saurait en aucun cas être une exigence systématique puisqu'ils peuvent effectuer ce parcours pendant leur clinicat.

On peut citer :

- o Motivation du candidat
- o Master 2 recherche
- o Publications, présentation dans des congrès
- o Diplôme en lien avec la pédagogie
- o Implication dans un tutorat/encadrement d'étudiants de deuxième cycle
- o Implication antérieure dans des travaux en lien avec le DUMG
- o Expérience médicale et professionnelle en pays anglophone
- o Réalisation d'un parcours de formation médicale initiale pratique adapté (maquette de stage centrée sur les soins primaires)

*Développement du clinicat de médecine générale
Propositions ISNAR-IMG au 13 avril 2010 - Adoptées en Conseil d'Administration à distance le 22 avril 2010*



- ***Un groupe de critères mineurs.***

Ils doivent être utilisables pour départager deux candidats au parcours superposable :

- **Projet de recherche en adéquation avec les travaux du DUMG**
- **Vie associative**
- **Participation à des congrès**
- **Langues maîtrisées, éventuelles qualifications en anglais**

