

# Rapport du groupe de travail *ad hoc* de la CME sur la gériatrie

Remis le 3 juillet 2017 au Professeur Noël Garabédian,  
Président de la CME AP-HP

Jean-Yves Artigou

pour le groupe de travail *ad hoc* de la CME

# Sommaire

<b>I. Lettre de mission</b>	Page 3
<b>II. Composition du groupe de travail</b>	
<b>III. Fonctionnement</b>	
<b>IV. Situation des services de gériatrie à l'AP-HP</b>	Page 4
• Identification des services en plus grandes difficultés	
<b>V. Propositions</b>	Page 6
A. Diminution de l'activité médicale	
B. Personnel médical	
1. Internes	
2. Médecins étrangers inscrits dans la Procédure d'Autorisation d'Exercice	
3. Praticiens hospitaliers	
4. Améliorer l'attractivité	
<b>VI. Conclusion</b>	Page 11
<b>VII. Annexes</b>	Page 12

Annexe 1. Lettre de mission

Annexe 2. Compte rendu de la réunion du 22 mai 2017

Annexe 3. Compte rendu de la réunion du 14 juin 2017

Annexe 4. Collégiale : impact de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle sur les services de gériatrie

Annexe 5. Projections ONDPS 2017 Ile de France

Annexe 6. Projections ONDPS prochaines années

Annexe 7. Note DOMU : gériatrie et réforme du 3<sup>ème</sup> cycle

Annexe 8. Structures gériatrie : enquêtes Collégiale et DOMU

Annexe 9. Analyse de l'enquête Collégiale – DOMU

Annexe 10. Courrier Professeur Albert Ouazana

Annexe 11. Courrier Professeur Robert Nicodème

Annexe 12. Classement des demandes par la Collégiale

Annexe 13. Message du Docteur Moussa Oudjhani

## I. Lettre de mission (annexe 1)

Le Président de la CME au décours de la séance du 9 mai 2017 a entériné la création d'un groupe de travail *ad hoc* pour réfléchir aux solutions à apporter aux conséquences de la réforme du troisième cycle des études médicales sur les effectifs des services de gériatrie. La présidence en est confiée au Pr Jean-Yves Artigou. Le groupe présentera ses propositions à la CME du 4 juillet.

## II. Composition

- Jean-Yves Artigou, *Président*
- Les membres gériatres de la CME : Joël Ankri, Olivier Henry et Christophe Trivalle
- Les présidents des sous-commissions *Structures et stratégie* : Paul Legmann et *Temps et effectifs médicaux* de la CME : Thierry Bégué
- Le président de la conférence des doyens de santé d'Ile de France : Bruno Riou
- Les coordonnateurs de gériatrie : Jacques Boddaert et Eric Pautas
- Le président et la vice-présidente de la Collégiale de gériatrie : Laurent Teillet et Sylvie Haulon
- Une personnalité qualifiée : Georges Sebbane
- Les représentants de la DOMU : Hélène Oppetit et Gwenn Pichon-Naudé

## III. Fonctionnement

Deux réunions se sont déroulées dont les comptes rendus figurent en annexes :

- 22 mai 2017 (annexe 2) ;
- 14 juin avec comme invité : Benoît Schlemmer (annexe 3) ;
- Le groupe présente ses conclusions au Président de la CME le 3 juillet ;
- Le 4 juillet : présentation des conclusions en CME plénière, 57 jours après sa création.

#### **IV. Situation des services de gériatrie à l'AP-HP**

La gériatrie est une spécialité subissant une concurrence assez récente mais particulièrement forte de la part des établissements privés et publics hors AP-HP.

Il y est de plus en plus difficile de recruter des médecins puis de les conserver au sein de notre institution. Les départs sont de plus en plus nombreux.

La gériatrie à l'AP-HP concerne 363 équivalents temps plein, dont 173 PH et 140 praticiens attachés, ainsi que 136 internes en annexe 4.

Les postes vacants concernent actuellement 15 équivalents temps plein de praticiens attachés et 10 équivalents temps plein de PH.

Ceci par la tension créée dans le fonctionnement des services contribue à accentuer le manque d'attractivité et de fidélisation.

Deux pôles de l'AP-HP apparaissent d'emblée en difficultés majeures : les pôles gériatriques de l'Essonne (Georges Clémenceau Dupuytren) et celui de Paul Brousse (annexe 2).

La mise en place de la réforme du troisième cycle effective à partir de novembre 2017 comporte la transformation du DESC de gériatrie en un DES avec une attribution attendue de 50 postes d'internes (derniers arbitrages de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) de juin 2017 (annexe 5).

A l'occasion de la même réforme, le DES de médecine générale très impliqué dans le fonctionnement des services de gériatrie effectue dans sa maquette un retrait très important des postes d'internes des services hospitaliers, et particulièrement ceux de gériatrie pour s'orienter de façon privilégiée vers la médecine ambulatoire.

Les conséquences prévisibles sont particulièrement inquiétantes pour le fonctionnement des services de gériatrie.

L'enquête effectuée dans le cadre du DESC de gériatrie en Ile-de-France en 2015 et 2016 par les coordonnateurs (Jacques Boddaert et Eric Pautas) (annexe 4) précise le fonctionnement durant cette période 2015 – 2016 :

- 388 internes par an dont 276 affectés dans les services de l'AP-HP (71 %) sont ainsi répartis : 260 en unités gériatriques aiguës (UGA), 120 en soins de suite et réadaptation (SSR) et 8 en ambulatoire.
- Parmi ces 388 internes, 360, c'est-à-dire 93 %, proviennent du DES de médecine générale, respectivement 232 en UGA, 120 en SSR et 8 en ambulatoire.

En unités de gériatrie aiguë, il existe 70 services dont 46 sont agréés pour le DESC de gériatrie dans lesquels 260 internes exercent dont 232 proviennent du DES de médecine générale et 28 du DESC de gériatrie.

Concernant les SSR, il existe 60 services dont 40 ont l'agrément pour le DESC de gériatrie. 120 internes y exercent par an, provenant exclusivement du DES de médecine générale. A partir de novembre 2017, la maquette de DES de gériatrie prévoit en phase socle un stage sur les deux en UGA. En phase 2, pendant la deuxième et troisième année : un stage sur les quatre en UGA et un stage sur les quatre en SSR.

La maquette du DES de médecine générale prévoit en phase socle un stage en SAU et un stage en ville ou à défaut en médecine polyvalente. Le 14 avril 2017, au cours d'une réunion à l'Assistance publique dans le cadre du comité CME des internes, les coordonnateurs de médecine générale (Professeurs Albert Ouazana et Bruno Lepoutre) ainsi que les coordonnateurs de gériatrie (Professeurs Eric Pautas et Jacques Boddaert), invités à ce comité, se sont finalement mis d'accord pour intégrer la gériatrie dans la médecine polyvalente de la phase socle de médecine générale. Cette mesure est transitoire, le temps de recruter les maîtres de stage ambulatoire nécessaires à la maquette. Ainsi, 19 services de gériatrie de l'AP-HP ont pu être agréés pour la phase socle de médecine générale et pourront recevoir des internes du DES de médecine générale en fonction des décisions de la commission de répartition qui se tiendra le 26 septembre 2017.

A noter que la maquette du DES de médecine d'urgence prévoit la possibilité d'effectuer un stage en gériatrie durant la phase socle.

Par semestre, il existait ainsi 194 internes dans les services de gériatrie dont 180 proviennent du DES de médecine générale. Si 50 internes intègrent le DES de gériatrie, ce seront 25 par semestre en phase socle et environ une quinzaine en phase ultérieure qui se répartiront dans les services de gériatrie. Le déficit est ainsi de l'ordre de 150 internes

Venant encore renforcer ces difficultés, le nombre attendu d'internes est plus faible que les prévisions et l'on s'oriente vers une diminution significative du nombre des internes à choisir en phase socle en novembre prochain. Le résultat des ECN publié le 28 juin 2017 : 8370 internes ont finalement été classés, ce qui représente 413 internes de moins par rapport aux prévisions de l'ONDPS. Les auditeurs libres qui souhaiteront redoubler viendront diminuer encore cette promotion.

Pour les prochaines années, les prévisions de l'ONDPS sont relativement stables : respectivement 8783 en 2017, 8905 en 2018, 8930 en 2019, 8988 en 2020 et 8970 en 2021 (annexe 6).

La diminution du nombre des internes aura des conséquences majeures en cascade dès le mois de novembre. Ainsi, la séniorisation des gardes rendue nécessaire induira-t-elle une diminution de présence senior le jour du fait du repos compensateur.

- **Identification des services en plus grandes difficultés**

Le groupe a cherché à identifier les services de l'AP-HP le plus en difficulté en termes de densité médicale.

Laurent Teillet et Sylvie Haulon pour la Collégiale de gériatrie ont effectué un travail de recensement et d'analyse auprès des structures de gériatrie à l'AP-HP avec l'aide de la

DOMU : Hélène Oppetit et Gwenn Pichon-Naudé (qui ont également rédigé une note de synthèse sur le sujet de ce rapport à lire en annexe 7).

Les services ont été interrogés pour valider ou corriger les données du siège. Sur 70 services représentant 416 ETP, 47 qui représentent 373 ETP ont répondu, ce qui correspond à un taux de réponses de 67 % et 89.7 % des ETP (annexe 8).

Les conclusions de cette enquête mettent en exergue certains services qui fonctionnent en dessous de la circulaire DHOS, représentés en rouge, et en orange ceux dont le fonctionnement apparaît fragile (annexe 9).

Apparaissent ainsi particulièrement en difficultés, en rouge, les unités de soins de longue durée de Georges Clémenceau, Emile-Roux, Sainte Périne, Fernand Widal et Paul Doumer.

Toujours en rouge, les SSR de Paul Brousse et de René Muret.

Apparaissent en orange : les SSR de René Muret et Emile Roux et une unité de Charles Foix.

Ces conclusions, qualifiées par la Collégiale de très grossières, ne tiennent nullement compte de toutes les activités ambulatoires transversales et de filière, premières à être impactées par le manque de personnel médical. Il ne faut pas oublier que l'ensemble des médecins est compté dans ces ratios, y compris les chefs de pôle, les chefs de service, les responsables d'unités fonctionnelles qui ont tous des activités administratives, souvent associées à des activités d'enseignement.

Cette étude permet de pointer quelques difficultés existantes mais ne permet pas de dire qu'il y a des services sur-dotés.

## **V. Propositions**

Les deux variables sur lesquelles la situation critique actuelle pèse sont l'activité médicale et la densité du personnel médical.

### **A. Diminution de l'activité médicale**

La diminution de l'activité médicale en gériatrie peut concerner différentes formes d'exercice de la spécialité avec des conséquences qui la débordent comme l'aval des urgences avec lequel la gériatrie est étroitement liée et des augmentations des durées de séjour dans les services d'amont.

Les activités d'hospitalisation de jour ainsi que les activités transversales comme les équipes mobiles de gériatrie ou encore l'animation de filières et des parcours de soins sont les premières menacées à très court terme par le déficit médical.

La fermeture de lits en est la conséquence extrême, transitoire ou définitive. Elle est avancée comme un risque majeur à court terme. L'activité en unités de gériatrie aiguë sera préservée de façon prioritaire (annexe 2).

La Collégiale de gériatrie estime à 122 lits le nombre de fermetures l'été prochain et un risque de non réouverture portant sur 60 lits. Les fermetures de lits risquent d'augmenter fortement dès novembre 2017, sans qu'il soit aisé d'en estimer le nombre exact.

Une réflexion de fond doit porter sur les restructurations nécessaires par regroupement et/ou abandon de certaines activités. Faut-il conserver au sein de l'AP-HP autant d'activités de soins de longue durée ? ou de soins de suite et de réadaptation ?

Une réflexion stratégique de fond s'impose.

## **B. Personnel médical**

### **1. Internes**

Les conséquences sur le fonctionnement des services de gériatrie de leur diminution majeure et brutale peuvent être atténuées de façon transitoire par l'intégration dans la médecine polyvalente de la phase socle de la médecine générale. Ainsi, vingt et un services de gériatrie dont 19 à l'AP-HP viennent d'être agréés pour la phase socle de la médecine générale qui pourront ainsi accueillir un ou plusieurs internes, tous en unités de gériatrie aiguë.

Cette mesure provisoire doit atténuer transitoirement la brutalité de la chute de l'effectif des internes en unités de gériatrie aiguë mais elle laisse entier le problème du fonctionnement dans les SSR qui sont très menacés.

Les capacités de formation ne sont pas totalement saturées. Une marge supplémentaire de 30 postes est possible : il apparaît en effet possible de former environ 80 internes pour le DES de gériatrie alors que 50 postes sont actuellement prévus, ce qui laisse ainsi la place pour une discrète mais significative augmentation. La collégiale de gériatrie estime que 90 internes répondraient aux besoins futurs.

Toutefois, la diminution des internes doit être considérée comme inéluctable à terme du fait de la réorientation de la maquette du DES de médecine générale qui pourvoyait jusqu'à présent à plus de 90 % des internes en service de gériatrie. Une révision de la maquette du DES de médecine générale est souhaitée intégrant la gériatrie en aigu et en SSR.

La qualité de la formation des internes est l'élément prioritaire et cette analyse est partagée par l'ensemble du groupe et tout particulièrement portée par les coordonnateurs de gériatrie (annexe 2). Cela correspond à l'esprit même de la réforme du troisième cycle actuellement mise en place.

La distinction entre la formation et l'aide au fonctionnement des services des internes est à la fois nécessaire, subtile et éminemment ambiguë.

Il est nécessaire de revoir le fonctionnement des services de gériatrie sous l'angle des ressources humaines médicales : ceci est vrai pour les unités de gériatrie aiguë mais encore plus pour les services de soins de suite et réadaptation, ainsi que pour les services de soins de longue durée.

Ce point a d'ailleurs fait l'objet d'une lettre adressée dès le 7 avril 2017 par le Professeur Albert Ouazana, coordonnateur du DES de médecine générale, aux différents partenaires dont les chefs de service intéressés : « *Il faut néanmoins envisager que, compte-tenu de la mise en place de la réforme à partir de novembre 2017, il sera peut-être nécessaire que les directions d'établissements trouvent des effectifs alternatifs aux internes de médecine générale pour assurer le fonctionnement de certains services.* » Ce courrier figure en annexe 10.

Il est donc indispensable de focaliser les efforts sur le recrutement des médecins gériatres séniors.

## 2. Médecins étrangers inscrits dans la Procédure d'Autorisation d'Exercice

Les services ayant l'agrément en gériatrie ou en médecine générale pour l'accueil des internes peuvent accueillir ces médecins étrangers en formation souhaitant voir reconnaître leur qualification en gériatrie ou en médecine générale par la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) instruite par le CNG et organisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

La liste C sur examen est en cours d'extinction, en revanche la liste B (réfugiés et apatrides), et la liste A sur concours persistent.

Les services de l'AP-HP possèdent l'agrément qui leur permet indirectement ce type de recrutement.

Il persiste une activité importante de cette procédure en gériatrie puisque pour l'année 2016, au niveau national, 73 avis ont été émis pour la gériatrie, et au premier semestre 2017, 57 dossiers ont été étudiés et trois dossiers en commission « régime général européen » (annexe 11).

Pour la médecine générale, en 2016, 287 avis ont été émis en procédure d'autorisation d'exercice et 51 au cours de la commission « régime général européen ». Au premier semestre 2017, en médecine générale, 106 dossiers ont été examinés.

Ces données témoignent de l'activité persistante de cette voie de qualification qui est source de recrutement potentiel transitoire ou prolongé dans nos services. L'arrêté du 5 mars 2017 fixe le nombre de postes ouverts pour toute la France à la PAE au cours du prochain recrutement au titre de la liste A : 40 postes mis au concours en gériatrie et 100 en médecine générale. Ces médecins importants pour les services de gériatrie quittent en règle l'AP-HP lorsqu'ils ont obtenu au terme des 3 ans leur qualification.



### 3. Praticiens hospitaliers

La Collégiale de gériatrie présente pour la prochaine révision des effectifs hospitaliers 27 demandes dont dix-neuf en redéploiement institutionnel. Elle en a classé 23, en soutient deux postes ainsi que deux postes pour la mutation.

Le classement de ces demandes figure en annexe 12.

Parmi les postes classés, dix ont un financement partiel correspondant à un total de 86 demi-journées pour trois types de situations :

- une transformation d'un poste d'assistant spécialiste en praticien hospitalier temps partiel, 14 vacations, pour créer une activité ambulatoire et d'hospitalisation de cardio-gériatrie,
- cinq transformations de praticien hospitalier contractuel en praticien hospitalier temps plein correspondant à 40 vacations, majoritairement des jeunes qui font des activités nouvelles de type ortho-gériatrie ou médecine gériatrique qu'il est nécessaire de fidéliser avec un poste de titulaire,
- quatre transformations de praticien hospitalier temps partiel en praticien hospitalier temps plein, correspondant à 32 vacations, dont trois sur le groupe hospitalier Henri Mondor qui connaît de grandes difficultés à recruter des praticiens attachés. Le dernier poste est un poste demandé pour Sainte Perrine avec disparition des internes dans ce SSR.

Le groupe propose que ces postes soient particulièrement soutenus au cours de la prochaine révision hospitalière et dans les prochaines années.

La Collégiale insiste par ailleurs sur la nécessité d'accepter des titularisations de jeunes praticiens, immédiatement au décours de leur assistantat, d'autant que quel que soit le grade de recrutement possible, les candidats manquent, happés par les concurrents publics et privés.

### 4. Améliorer l'attractivité

Il existe actuellement un déficit d'attractivité de nos services de gériatrie avec des difficultés non seulement à recruter mais également à conserver les médecins.

Les difficultés de recrutement, la baisse des effectifs médicaux entraînent des tensions qui aggravent ce processus dans un cercle vicieux. Il est donc particulièrement important de conserver une masse critique suffisante au sein des services pour permettre un fonctionnement satisfaisant, serein et attractif.

Ceci peut passer par des restructurations sur lesquelles une réflexion en profondeur est importante à mener.

L'attractivité financière est un élément présenté comme majeur pour expliquer les fuites de nos praticiens vers les établissements publics hors AP et privés.

Les réflexions menées actuellement sur les primes d'attractivité peuvent contribuer en partie à l'améliorer. Des primes sont actuellement en discussion au niveau national et au niveau de l'AP-HP, sous forme de Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH) participant à l'attractivité. Ces primes concernent actuellement l'anesthésie et la radiologie avec une part nationale de 10 000 € et une part locale de 20 000 € en échange d'un engagement pour au moins trois ans.

Toutefois, l'attractivité semble reposer davantage sur la qualité de l'exercice au quotidien avec des conditions d'exercice satisfaisantes et moins sur le seul aspect financier même si celui-ci est à la fois réel et souvent cité.

L'attractivité peut ainsi passer par un changement de mode de fonctionnement au sein des services. Les trois modes d'exercice que représentent les unités de gériatrie aiguë, les SSR et les soins de longue durée sont différents en termes d'exercice et d'encadrement médical. Dans certaines conditions, au sein d'un hôpital gériatrique notamment, une rotation peut être incitative et accroître la médicalisation notamment dans le secteur des soins de longue durée. Ce mode de fonctionnement est demandé par la représentation des praticiens à diplôme hors Union Européenne (Annexe 13). Toutefois, l'aspect potentiellement dissuasif pour le recrutement de jeunes médecins dans ce type de fonctionnement est souligné.

L'universitarisation de la gériatrie constitue un autre élément d'attractivité potentielle importante.

Les doyens, la discipline doivent être particulièrement sensibilisés pour dépister et favoriser les promotions universitaires non titulaires et titulaires.

La mise en place d'une structure, d'une commission de dépistage de jeunes ayant un potentiel universitaire est proposée. Le rôle de cette commission ne s'arrêtant pas au seul dépistage mais elle pourrait accompagner les jeunes ainsi détectés.

La création de postes universitaires partagés entre des secteurs d'activités différentes, voire de spécialités complémentaires (neurologie, cancérologie, cardiologie, hématologie...) est suggérée.

## **VI. Conclusion**

La réforme du troisième cycle des études médicales aggrave d'une manière brutale le fonctionnement des services de gériatrie et vient révéler les grandes difficultés de fonctionnement dans lesquelles se trouvaient les services de cette spécialité depuis plusieurs années.

Des mesures urgentes doivent être prises au premier rang desquelles figure le recrutement prioritaire de praticiens hospitaliers. Parallèlement une réflexion en profondeur est indispensable avec vraisemblablement des restructurations fortes et profondes définissant le périmètre de l'AP-HP en gériatrie, posant la question de son engagement dans le SSR « généraliste » et le SLD, et la nécessaire réorganisation des pôles gériatriques.

# Annexes