



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. SYNTHÈSE 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 MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA RECHERCHE POUR LES NOMINATIONS DE TITULAIRES EN 2009	105
ANNEXE N° 21 : SYNTHÈSE 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 COÛTS 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 ROBLLOT, 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, Mullingan 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 un 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 hépatothologie 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
 Hémobiochimie-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

		CCA-AHU (Décret 84-135 du 24 février 1984 sur le statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU)	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)
R E M U N E R A T I O N	Rémunération principale soins	1 ^{er} échelon avant 2 ans : 17462, 85 € brut annuels (1) 2 nd échelon après 2 ans : 20335, 77 € brut annuels	En fonction de l'activité libérale, rémunération à l'acte
	Rémunération gardes	1 nuit ou 2 demi-journées : 471,58 €ⁱ	Tarif des gardes libérales
	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 €	
	Rémunération enseignement	1 ^{er} échelon avant 2 ans : 16 631,77 € brut annuels ⁱⁱⁱ 2d échelon après 2 ans : 19 367,61 € brut annuels	1 ^{er} échelon avant 2 ans : 16 631,77€ brut annuels ^{iv} 2d échelon après 2 ans : 19 367,61 € brut annuels
Temps de travail	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	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
Contrat	Durée initiale du contrat	2 ans (renouvelable par période d'un an, deux fois maximum)	2 ans (renouvelable par période d'un an, deux fois maximum)
Recrutement	Procédures de 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.	Contrat signé entre le praticien et le président de l'Université après avis du directeur de l'UFR de Médecine

		Assistant des hôpitaux (article R 6152-501 et s., CSP)	Praticien contractuel pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel (article R6152-402 et s., CSP)
R E M U N E R A T I O N	Rémunération principale soins	Assistants spécialistes : de 31486,76 à 38734,55 € (montants bruts annuels) ^{vi} et Assistants généralistes : de 27339,76 à 34277,70 € *	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 €^{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	
Temps de travail	Obligation de service en temps plein	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 Lorsque l'activité médicale est en continu, calcul en heures, sans pouvoir excéder 48h (article R. 6152-504 du CSP)	Stipulée dans le contrat
	Obligation de service en temps partiel	Uniquement possible après deux ans de services effectifs à temps plein : 5 à 6 demi-journées hebdomadaires. 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)	Stipulée dans le contrat
		Peuvent être chargés de mission d'enseignement dans les conditions définies à l'article L 952-1 du Code de l'éducation (article R. 6152-506 du CSP)	
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		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)	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)
	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

		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)	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)
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 €€
	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)
Temps de travail	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
2009/20010		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

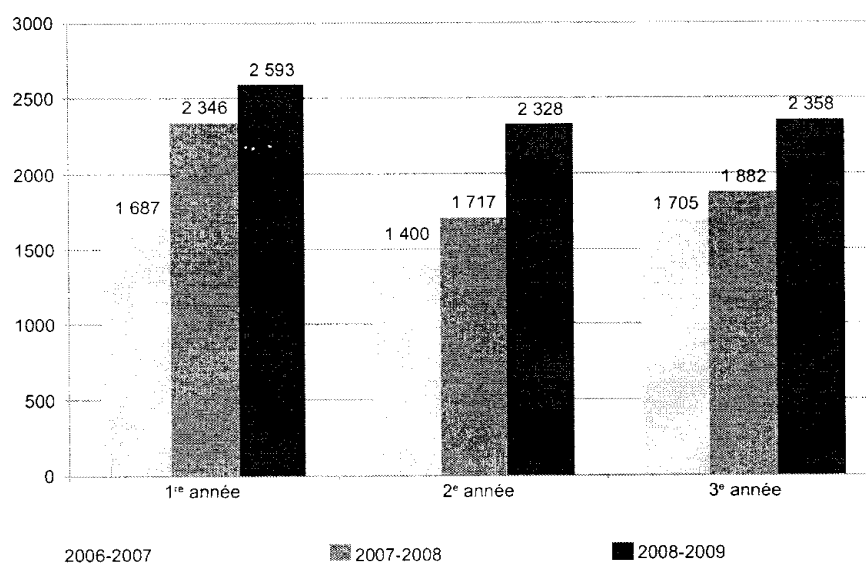
Plusieurs voies sont ouvertes aux diplômés de DES de MG leur permettant d'exercer dans le cadre d'un établissement public de santé. Trois statuts d'accueil actuels temporaires leurs sont ouverts : le statut de praticien contractuel, d'assistants spécialistes et de praticien attaché.

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

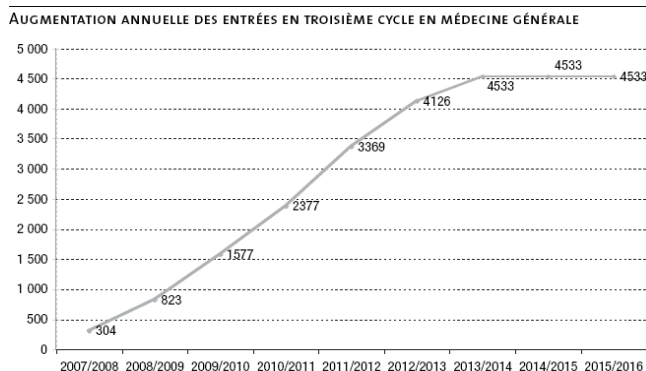


Source : Enquêtes internes ONDPS 2006 et 2008.

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 Pourville 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, Fetters 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
Ophtalmologie	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

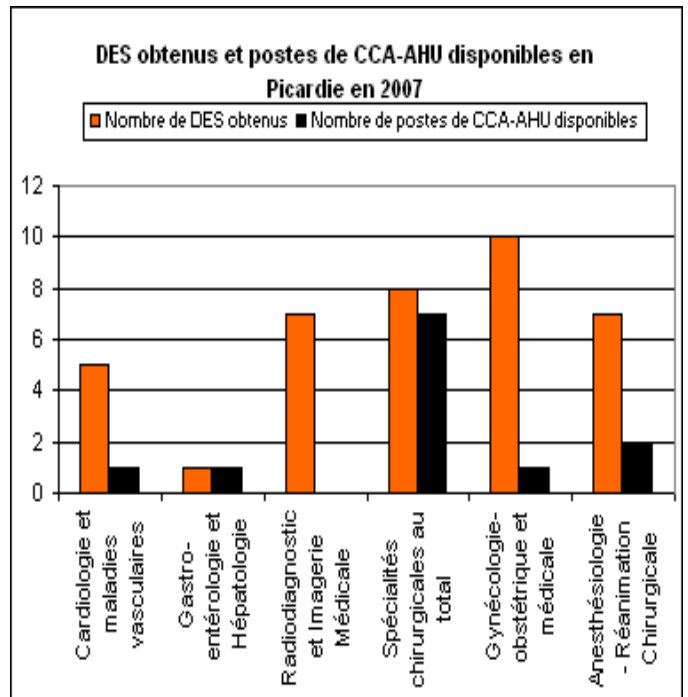
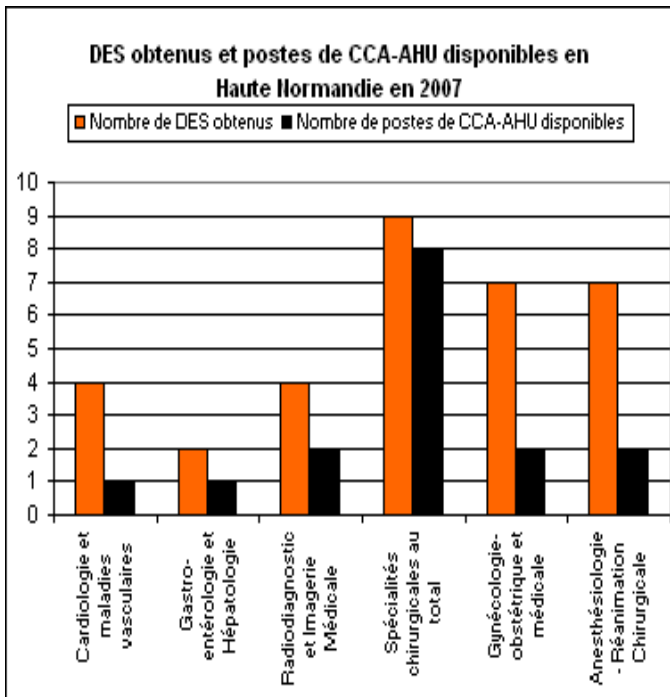
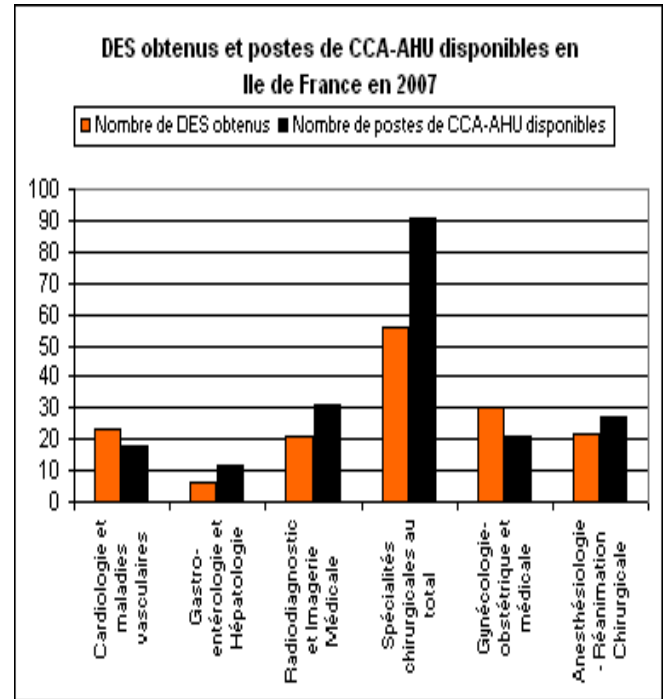
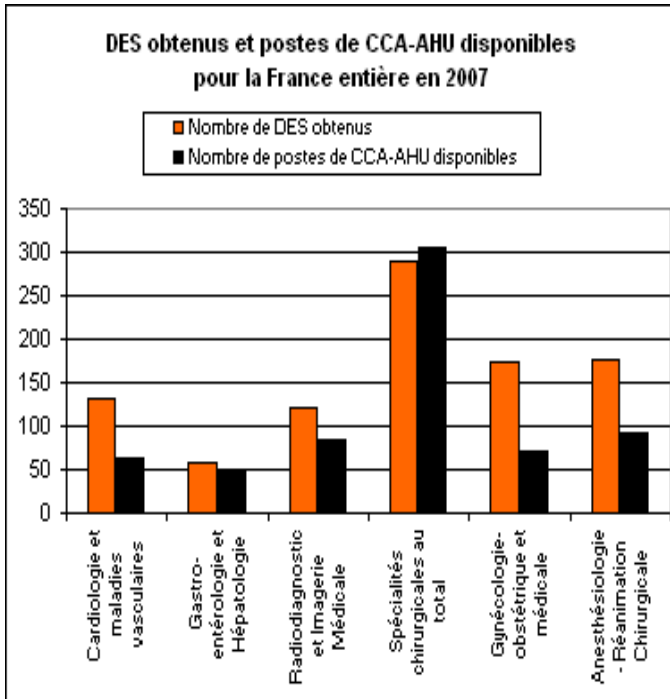
POITOU CHARENTES	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	5	1	0,20
Gastro-entérologie et Hépatologie	0	1	0,00
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	1	1	1,00
Spécialités chirurgicales au total	8	5	0,63
Gynécologie-obstétrique et médicale	3	1	0,33
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale	5	2	0,40
Toutes spécialités confondues	36	28	0,78

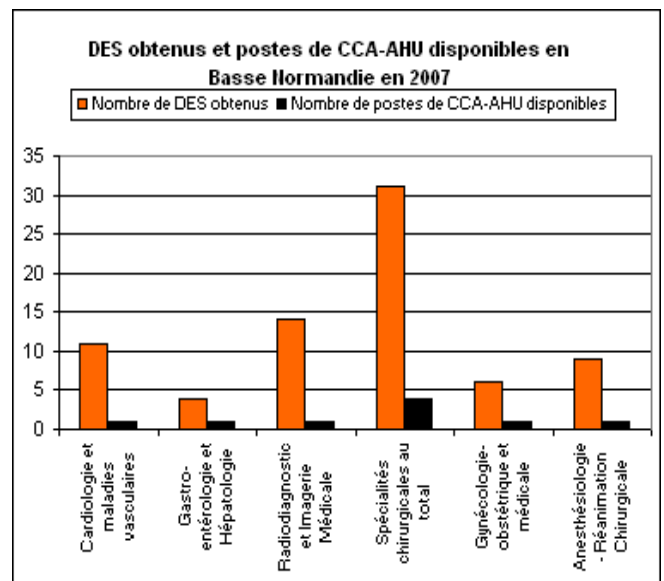
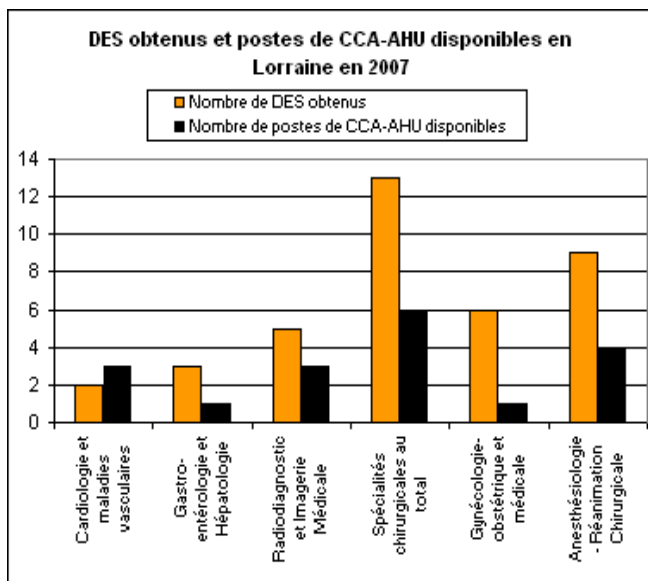
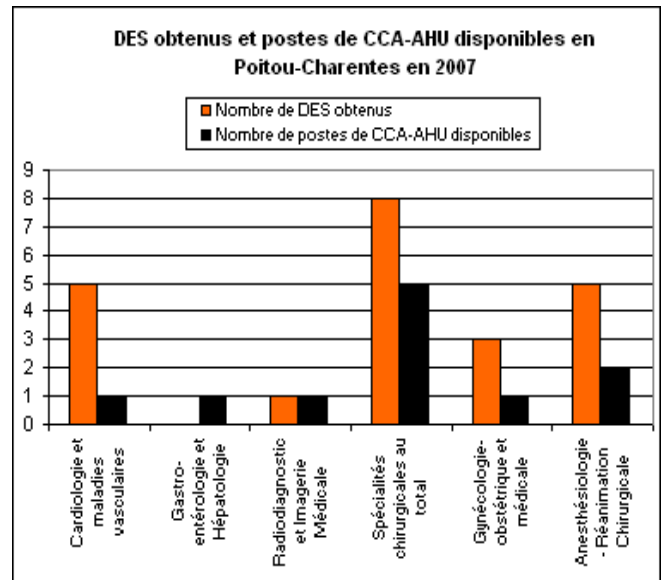
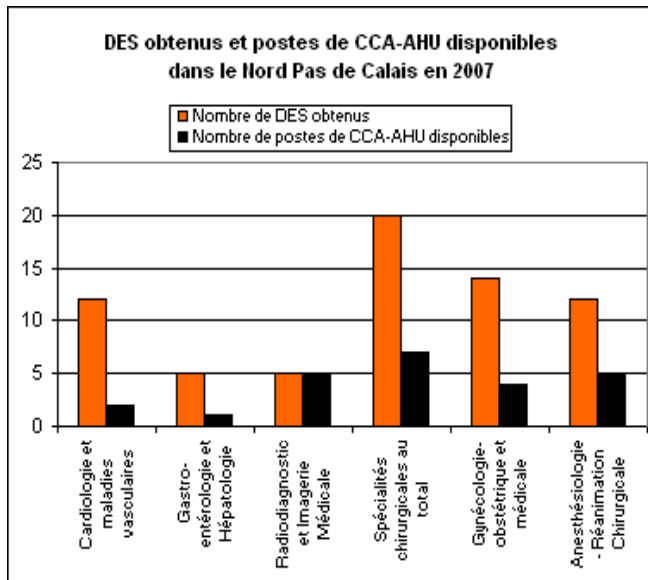
BASSE NORMANDIE	DES obtenus en 2007	Postes de CCA/AHU disponibles* en 2007	Ratio nombre de postes de CCA / Internes sortants
Cardiologie et maladies vasculaires	11	1	0,09
Gastro-entérologie et Hépatologie	4	1	0,25
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	14	1	0,07
Spécialités chirurgicales au total	31	4	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



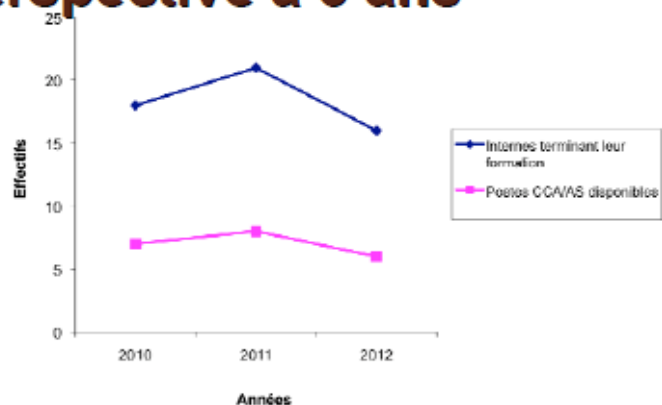
FILIERE CHIRURGICALE ET POST-INTERNAT

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



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES 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 lisibilité 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