

**Protocoles des 3 et 9 mai 2000**  
relatifs aux internes, résidents et chefs de clinique



**Synthèse du rapport**

à

**Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité**  
**Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés**

**Mission Nationale de Contrôle**

**Jean-Paul DARNIS**

**Patrice FARCI**

**Brigitte THEBAUD-DEVIGE**

**Thierry RUSTERHOLTZ**

**Janvier 2001**

## INTRODUCTION

A la suite des mouvements de grève nationaux des résidents et internes, puis des chefs de cliniques, qui ont affecté les gardes et astreintes médicales des hôpitaux en avril 2000, des négociations ont été rapidement ouvertes par le gouvernement avec les syndicats représentatifs et ont abouti aux relevés de décisions des 3 et 9 mai 2000.

Parmi les engagements contenus dans ces relevés, figurent :

- ✓ le respect des statuts
- ✓ le bénéfice du repos de sécurité
- ✓ la prise en compte et la rémunération du travail des week-ends et des jours fériés
- ✓ la mise en place d'une **mission nationale de contrôle [MNC]**

Cette mission placée sous la responsabilité de **Jean-Paul DARNIS**, inspecteur général des affaires sociales, est composée de **Brigitte THEBAUD-DEVIGE**, directrice générale adjointe du CHU de TOURS, **Patrice FARCI**, directeur des affaires médicales du CHU de MONTPELLIER et **Thierry RUSTERHOLTZ**, praticien hospitalier réanimateur au CHU de STRASBOURG.

La lettre de mission du 31 mai 2000 charge la MNC :

1. d'établir un état des lieux des pratiques en matière d'affectation des internes, d'organisation du travail hospitalier et notamment des gardes et astreintes et du travail du week-end et jours fériés,
2. de contrôler la bonne application des statuts des juniors, de proposer les mesures correctives nécessaires et de s'assurer de la nécessité des gardes et du travail effectué les week-ends et jours fériés,
3. de proposer toute mesure permettant d'améliorer et d'harmoniser les procédures d'affectation et d'assurer le bon fonctionnement des services dans le respect des obligations statutaires,
4. d'établir la pertinence des tableaux d'astreinte existants.

L'ensemble des questions auxquelles doit répondre la MNC tient d'abord à la complexité de la situation des internes, qui procède **de leur statut** de praticiens en formation. L'interne est en effet un praticien étudiant qui reçoit une formation spécialisée, mais la communauté hospitalière, malgré la réforme des études médicales de 1984, méconnaît très

souvent cette priorité pour assujettir les juniors aux exigences du fonctionnement des services.

Il est vrai que les internes sont aussi médecins et qu'ils doivent prendre une part active et non de simple observateur, sans pour autant qu'on puisse les considérer comme l'élément de base de l'hôpital, assurant seuls en première ligne la prise en charge des malades.

Longtemps, un équilibre s'est établi entre les tâches hospitalières et les préoccupations de la formation qui, dans les faits, s'opérait « sur le tas », dans le cadre d'un compagnonnage assurant la présence effective, les conseils ou au moins la couverture d'un senior.

**L'évolution de la démographie médicale**, en raison du numerus clausus, surtout à partir des années 90, a provoqué une baisse des effectifs des juniors, qui a rompu l'équilibre de fait entre les charges hospitalières et les conditions de travail des juniors.

Ce phénomène a été aggravé par **une activité hospitalière en pleine mutation**, caractérisée par des durées de séjour plus courtes, une technicité accrue et un recours massif à l'hôpital, notamment par les urgences où le nombre de passages progresse de 6 % par an.

Il a donc fallu renforcer le nombre de seniors, tandis que dans de nombreux CH on observe une quasi-disparition des internes et des résidents. Mais là où ils subsistent, surtout dans les CHU et les grands CH, l'organisation médicale n'a pas réellement évolué, rendant leur charge de travail souvent quasi-insupportable. Ceci se conjugue avec **les attentes fortes des juniors en matière de formation** en raison des exigences liées à la diversification des spécialités, à la technicité et à la complexité croissante des fonctions médicales. Les juniors acceptent mal que l'alourdissement de leur charges hospitalières se fasse au détriment de leur formation.

### **Le déroulement de la mission :**

Un grand nombre de contacts ont eu lieu de juin à décembre 2000, en phase préparatoire puis au cours du déroulement des visites et entretiens avec l'administration centrale [sous-direction des personnels médicaux à la DHOS], le cabinet de la ministre, les représentants nationaux des juniors et chefs de clinique et de nombreuses personnalités qualifiées.

Les visites sur place se sont déroulées de juillet à octobre dans 17 établissements hospitaliers, dont l'AP de PARIS et les hospices civils de LYON, au sein de 8 régions. Au cours de ses visites, la mission a systématiquement rencontré les ARH, les DRASS et les MIRS et au sein des établissements, les directions, le président et le bureau de la CME, la commission des gardes, les représentants des juniors et des chefs de clinique. Enfin, les UFR étaient représentées, dans ces entretiens, par les doyens et les coordonnateurs du 3<sup>ème</sup> cycle.

## 1. ère PARTIE : RESITUER LA PARTICIPATION DES JUNIORS A LA PERMANENCE MEDICALE

### 1.1. LE TRAVAIL DU WEEK-END ET DES JOURS FERIES

#### 1.1.1.L'ETAT DES LIEUX

Le travail de week-end permet d'éviter une rupture trop nette entre le service normal de jour et le service de garde. Il représente une amélioration du suivi du patient, mais, s'il est justifié, il doit être validé institutionnellement et rémunéré, ce qui n'était pas le cas jusqu'à l'arrêté du 12 octobre 2000.

##### 1.1.1.1.Les aspects juridiques

- *La nature juridique du travail de week-end*

Cette question s'est posée, notamment au regard du service de garde, l'arrêté du 15 février 1973, qui n'est pas explicitement applicable aux juniors, ne reconnaissant que le service normal de jour et le service de garde. Si le travail du week-end, destiné à assurer les visites et contre-visites, relève de la garde, ce travail doit s'intégrer dans la permanence des soins et la prise en charge des malades en urgence. Dans ce cas, il faut créer les secteurs de garde nécessaires et l'interne devra réaliser, non seulement, la visite et la contre-visite, mais également, sur appels, les soins qui seraient requis.

Les représentants des internes et des résidents ont rejeté cette interprétation, au nom de la spécificité du travail de week-end reconnue par le protocole, qui serait donc un travail prévisible, concernant des patients suivis **par les juniors** durant la semaine.

La reconnaissance du caractère particulier de ce travail, qui n'exige pas la disponibilité de la garde, a été consacrée par **l'arrêté du 12 octobre 2000**. Ce texte, dont la rétroactivité au 1<sup>er</sup> juillet 2000 pose de sérieux problèmes de mise en œuvre pratique, confirme le niveau de rémunération arrêté par le protocole au même seuil que la demi-garde, ce qui apparaît inéquitable à la mission.

- *Le dispositif d'agrément du travail de week-end*

Outre les délais trop courts pour valider l'activité de week-end dans les établissements avant le 1<sup>er</sup> juillet 2000, l'agrément par le directeur de l'ARH pose le problème général de la répartition des compétences entre les agences et les préfets [DRASS], chargés de la gestion de

l'internat. Une clarification semble nécessaire sur ce point. Par ailleurs, ce sont, dans les établissements, la CME et le directeur qui ont autorité, selon la loi, pour organiser les activités médicales, et non l'ARH.

L'agrément du directeur de l'ARH vaudrait donc seulement couverture budgétaire des dépenses autorisées pour le travail du week-end, faute aussi, pour ce haut responsable, d'avoir les moyens humains d'analyser les dispositifs présentés par les hôpitaux de sa région, soit plusieurs centaines de services.

### **1.1.1.2. Les recensements et la validation de l'organisation**

La MNC est chargée, par le protocole, de dresser l'état des lieux et de se prononcer sur les critères de validation du travail du week-end.

L'état des lieux est rendu malaisé par la dispersion des recensements mis en place simultanément. Celui de la DHOS, limité aux seuls CHU qui, de plus, ont répondu incomplètement, n'est pas exploitable.

Les recensements régionaux sur lesquels la MNC aurait dû pouvoir s'appuyer selon le protocole, n'ont pas tous été effectués ou sans procédure commune de recueil des informations. Les comités régionaux de suivi n'ont pu organiser de procédure contradictoire entre les ARH et les hôpitaux, ceux-ci n'étant pas représentés au sein des comités.

Les recensements effectués par les internes, **pas toujours exhaustifs**, ont, dans beaucoup de cas, alimenté le travail des commissions des gardes.

Enfin, les établissements, pour apprécier la réalité du travail occulte du week-end, ont procédé par enquêtes directes auprès des services, parfois en concertation avec les internes.

De ce faisceau de recensements, ressortent quelques caractéristiques du travail du week-end :

- ✓ il touche peu les CH, beaucoup plus les CHU
- ✓ les commissions des gardes se sont saisies de la question, en tentant le plus souvent de se doter de critères objectifs pour analyser l'ensemble des situations.

Les positions prises par ces commissions mettent en évidence la très grande diversité des situations, l'importance de l'activité de week-end, dépendant non seulement de la taille et de la spécialité du service mais aussi de la densité médicale, de l'organisation de la permanence des soins, du niveau de seniorisation des gardes, etc.

**On ne peut donc édicter des critères nationaux, qui pourraient ne pas prendre en compte les particularités locales.**

### **1.1.1.3.La question du financement spécifique**

L'activité de week-end, rémunérée à hauteur d'une demi-garde par demi-journée, est très variable d'un établissement à l'autre, et on peut comprendre que la DHOS ait cherché un système forfaitaire par CHU, ce qui devrait inciter les établissements disposant de nombreux secteurs de travail de week-end à entreprendre une démarche critique pour se doter d'un dispositif mieux structuré et plus resserré.

## **1.1.2.LES PROPOSITIONS DE LA MNC**

### **1.1.2.1.Adapter le dispositif aux spécificités de chaque établissement**

Les situations sur place sont extrêmement variables, mais le travail du week-end doit toujours s'inscrire dans la continuité et la sécurité des soins.

**La commission des gardes doit définir les critères de pertinence spécifiques à l'établissement, après analyse critique par service, en dissociant la notion de travail de week-end et la réponse à l'urgence.**

### **1.1.2.2.Cerner le contenu du travail du week-end**

Ce travail ne saurait répondre seulement à un objectif de formation pratique, au lit du malade.

**Il faut donc limiter le travail de week-end au seul objectif de permanence médicale.**

### **1.1.2.3.Proportionner les responsabilités de chaque interne à ses compétences réelles**

Il est évident que l'interne débutant n'a ni les compétences, ni l'expérience d'un interne chevronné et que l'étendue des délégations ne doit pas être identique dans l'un et l'autre cas. Mais ceci suppose une évaluation des capacités, qui fait encore largement défaut, et qui seule justifierait la progressivité des responsabilités déléguées.

#### **1.1.2.4. Intégrer la définition du travail de week-end dans le dispositif de gardes et astreintes**

Il serait utile qu'une circulaire engage les commissions des gardes à exercer pleinement leurs responsabilités, en inscrivant clairement l'activité du week-end dans l'organisation de la permanence médicale.

#### **1.1.2.5. Préciser la place des ARH dans l'accompagnement du dispositif**

Les directeurs d'ARH n'ont pas trouvé leur place au sein des comités de suivi, ni procédé utilement à l'état des lieux, non seulement sur le travail du week-end dont ils ne peuvent, faute de moyens, assurer le contrôle, mais aussi sur l'organisation du travail médical, des gardes et astreintes et de l'affectation des internes et résidents.

**Il faut clarifier le partage des compétences de tutelle entre les ARH et les préfets et affirmer les responsabilités des administrations hospitalières.**

### **1.2. L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN GARDES ET ASTREINTES**

#### **1.2.1. L'ETAT DES LIEUX**

##### **1.2.1.1. Les gardes**

Le décret du 10 novembre 1999 fixe les obligations des juniors en matière de garde. L'interne peut, à ce titre, demander à récupérer ou à être rémunéré jusqu'à concurrence d'un plafond mensuel.

Selon les statistiques disponibles, on constate une grande hétérogénéité entre les établissements, dans le rapport entre les nombres de tableaux de gardes de seniors et d'internes et sur le ratio nombre de lits par garde d'interne.

D'autre part, le non-respect du statut des internes, en matière de fréquence des gardes, concerne quasiment toutes les régions et tous les établissements qui n'ont pas réussi à faire évoluer leurs pratiques en fonction des effectifs disponibles. Cette situation est malheureusement courante.

On observe, enfin, des services où les juniors ne sont pas encadrés, en garde, par un senior.

Ces transgressions, sur le terrain, sont expliquées par le manque d'effectifs ou l'insuffisance des crédits, les gardes des seniors étant plus onéreuses. Les hôpitaux invoquent, aussi, tantôt la sécurité des patients pour ne pas mutualiser les gardes, tantôt l'irrégularité des

effectifs chaque semestre ou encore l'accord des intéressés eux-mêmes pour multiplier des gardes considérées comme formatrices.

Des efforts sont cependant accomplis, surtout depuis quelques mois. Lorsque le dépassement des gardes autorisées tient à l'insuffisance des effectifs, cas le plus fréquent, des centres hospitaliers ont opté pour le panachage des listes de gardes senior et junior ou, même, ont supprimé les gardes d'internes en raison de la trop grande variabilité de leurs effectifs.

Ailleurs, le statut des gardes est respecté grâce au recours à des FFI ou à des médecins étrangers, ce qui donne lieu à d'autres abus.

La solution la plus rationnelle est sans doute la mutualisation des gardes.

**La circulaire du 24 juillet 2000** recommande de regrouper les gardes, pour que les tableaux comportent au moins 5 internes. Déjà, le respect du statut voudrait qu'il y en ait 6. Cette recommandation ne tient pas compte de la priorité qui doit être donnée à la formation, le service pouvant n'être formateur, en raison de son activité ou de son encadrement, que pour un ou deux internes. Dans ce cas, il faut que la commission des gardes envisage des regroupements de services ou des panachages seniors-juniors ou une liste de garde junior incomplète, l'important étant l'aspect formateur de la garde.

### **1.2.1.2. Les astreintes**

Elles ne sont autorisées que pour les seuls internes de CHU. Leur indemnisation a été révisée par l'arrêté du 6 juin 2000.

L'astreinte pose souvent des problèmes de définition. L'interne d'astreinte qui doit être joignable et susceptible de se déplacer sur demande, répond habituellement aux besoins des patients hospitalisés dans un service.

Il doit pouvoir faire appel à un senior de garde ou d'astreinte. La notion d'avis spécialisé, souvent évoqué pour justifier l'astreinte, ne peut être admise que pour un senior, l'interne n'ayant pas la compétence requise.

Dans cet esprit, il serait admissible que les résidents, malgré l'opposition de leur syndicat, puissent comme les FFI et les internes, participer à l'astreinte, dès lors qu'ils n'interviennent qu'en renfort et sous la couverture d'un senior.

## 1.2.2. LES PROPOSITIONS DE LA MNC

### **1.2.2.1. Adapter le dispositif**

Le rôle de la commission des gardes doit être élargi à tout ce qui regarde la permanence médicale, par souci de cohérence (service normal de jour, tableaux de service, etc).

**La commission des gardes, qui devrait obligatoirement comprendre en son sein des juniors, doit être compétente, au-delà des gardes et astreintes, pour tout ce qui concerne l'organisation du temps médical dans les services.**

### **1.2.2.2. Rappeler les obligations statutaires**

Dans le contexte de la réduction des effectifs d'internes et de l'indispensable seniorisation de la permanence, il faut rappeler aux seniors, y compris les PUPH, qu'ils doivent statutairement participer à la permanence des soins dans le cadre des gardes et astreintes.

### **1.2.2.3. Promouvoir la souplesse dans l'organisation de la permanence médicale**

Les réponses organisationnelles doivent être plus souples, tels le panachage seniors-juniors sur un même tableau de garde, la création de secteurs de garde inter-établissements, la transformation d'une garde lourde en service continu, la demi-garde suivie d'une demi-astreinte, etc.

### **1.2.2.4. Développer la mutualisation entre les services**

La réduction du nombre de juniors rend indispensable la mutualisation entre les secteurs de garde, notamment dans les CHU. Ceci impose une réflexion et un effort de réorganisation au sein de l'établissement ou entre plusieurs hôpitaux, pour mieux utiliser des ressources humaines rares.

### **1.2.2.5. Panacher les tableaux de garde**

Au-delà du panachage seniors-juniors, il faut admettre, en cas de seniorisation complète de la garde, que les juniors puissent y participer dans l'intérêt de leur formation.

### **1.3.LE SERVICE NORMAL**

S'ils participent au service normal, les juniors ont droit au respect du temps de formation théorique. Leur activité en service, particulièrement pour les résidents, doit d'autre part, coïncider avec les besoins de leur apprentissage.

La réduction des effectifs des juniors, le nécessaire respect de leur statut, le repos de sécurité rendent plus aigus les problèmes de présence médicale dans les établissements.

#### **1.3.1.L'ETAT DES LIEUX**

##### **1.3.1.1.La réglementation**

Le recours aux **médecins étrangers** en qualité de FFI, strictement encadré par les textes, est très limité. **Les assistants des hôpitaux** représentent une solution plus adaptée, mais réservée jusqu'ici aux seuls hôpitaux généraux. Une extension aux CHU, fréquemment réclamée par ceux-ci, pourrait être lourde de conséquences.

Le recours aux **praticiens contractuels** recrutés sur poste d'interne est limité à un an maximum.

Le statut d'**attaché et d'attaché associé** est sans doute souple, mais sa précarité et son niveau de rémunération ne le rendent pas attractif.

La seniorisation des postes vacants d'internes, assez largement pratiquée, a le défaut d'être irréversible, ce qui prive l'établissement de la possibilité de recrutement d'interne dans l'avenir.

##### **1.3.1.2.Les expériences en cours**

Quelques CHU ont créé des statuts particuliers destinés à recruter des médecins étrangers comme FFI. En Basse Normandie, des postes d'assistants spécialistes régionaux ont été créés en faveur des disciplines déficitaires, ces emplois étant gérés au niveau régional et mis à la disposition des établissements.

##### **1.3.1.3.Les projets**

Les CHU envisagent de réduire les postes de chefs de clinique excédentaires par rapport aux besoins universitaires, pour favoriser la création de postes d'assistants hospitaliers qui seraient gérés au niveau régional.

## 1.3.2.LES PROPOSITIONS DE LA MNC

### **1.3.2.1.Réduire la complexité des statuts médicaux hospitaliers**

Trop de statuts médicaux se sont « empilés », aggravant les cloisonnements et les difficultés de gestion. Sans doute, convient-il maintenant d'envisager une refonte de cette mosaïque de statuts autour de quelques grands axes, sur la base de dispositions communes, accompagné de « valences ».

### **1.3.2.2.Etre prudent sur la généralisation à court terme du post-internat non-universitaire**

La situation des hôpitaux généraux est souvent si fragile qu'il faut évaluer, éventuellement par discipline et par région, les conséquences de toute extension du post-internat aux CHU.

### **1.3.2.3.Innover dans le cadre de la réglementation actuelle**

Utiliser les possibilités réglementaires et les expériences actuelles de statuts particuliers, dans le cadre de partenariats régionaux et départementaux.

### **1.3.2.4.Mettre en place les tableaux de service**

Il faut instituer et rendre obligatoires des tableaux de service pour les juniors. C'est indispensable pour positionner le travail du week-end et pour faciliter le bénéfice des demi-journées de formation ainsi que du repos de sécurité.

Dans le même temps, la MNC souligne la nécessité de mettre en place les tableaux de service des seniors, en raison de la complexité de leurs statuts.

### **1.3.2.5.Mieux cibler l'activité hospitalière**

Des activités de secrétariat, brancardage, classement sont parfois confiées aux internes de façon excessive, réduisant leur possibilité de parfaire leur formation médicale.

## **2. ème PARTIE : GARANTIR LE RESPECT DU DROIT A LA FORMATION**

Si la formation est reconnue comme l'enjeu majeur de l'internat, il est indispensable que l'organisation des services hospitaliers intègre les internes, sous peine de les marginaliser en les reléguant à un statut de simple étudiant.

Au cours du troisième cycle des études médicales, les internes (DES) et les résidents reçoivent une formation théorique et pratique sous le contrôle de l'université, à travers un coordonnateur par DES, désigné par le directeur de l'UFR.

Le décret du 10 novembre 1999 prévoit deux demi-journées par semaine pour la formation universitaire, sachant qu'il est difficile de distinguer formation pratique et théorique.

## **2.1.L'AGREMENT**

Les étudiants de troisième cycle effectuent des stages hospitaliers dans des services formateurs dont la liste est arrêtée par le préfet de région, après avis de la commission d'agrément qui formule ses propositions au plus tard une semaine avant la date d'ouverture de la procédure de choix semestrielle.

### **2.1.1. L'ETAT DES LIEUX**

#### **2.1.1.1.La réglementation en vigueur**

**La commission d'agrément**, présidée par le directeur de l'UFR, est formée de représentants des CME, de l'UFR, du DRASS et des représentants des juniors. La commission recueille l'avis des coordonnateurs du résidanat et des DES.

Une circulaire de 1996 donne quelques indications **sur les critères à retenir** par la commission pour décider ou non de l'agrément des services : encadrement pédagogique (organisation de l'enseignement, critères d'encadrement, projet pédagogique), nature du service, particulièrement pour les résidents, modalités de l'enseignement dispensé, effectif des personnels médicaux, pathologies traitées, etc.

#### **2.1.1.2.Les pratiques**

**Dans sa composition**, on remarque la place prépondérante réservée aux CHU et à l'UFR (6 sièges), alors que les CH n'ont que 2 sièges.

**Le travail préparatoire** d'investigation auprès des services est souvent insuffisant. Le dossier est beaucoup trop sommaire sur le rôle, les capacités et le projet pédagogique du service.

**En séance de la commission**, les documents préparés par les services ne sont habituellement pas remis aux membres, ceux-ci devant se fier à la seule proposition du coordonnateur.

Depuis quelques années, les juniors, particulièrement les résidents, mènent des enquêtes sur les services et interviennent en commission.

Aucun vote n'est organisé. Les motifs de non-agrément ne sont pas, en règle générale, communiqués aux services intéressés.

**La politique d'agrément :** Le fonctionnement formel médiocre de la commission d'agrément traduit sa dérive vis à vis de sa mission et explique la perte de confiance dont elle fait l'objet.

**Le manque d'objectivité des décisions** est dénoncé, faute de critères.

L'implication insuffisante des rapporteurs, les coordonnateurs, se traduit par une insuffisante instruction préalable des dossiers.

**Une politique trop prudente** caractérisée par le faible nombre de retraits d'agrément et l'accumulation des services agréés, surtout en CHU, marque la volonté d'éviter les ennuis.

**Les décisions sont favorables aux CHU**, dont les services sont agréés sans examen approfondi, à l'inverse des CH.

## 2.1.2. LES PROPOSITIONS

### 2.1.2.1. Sur la composition et le fonctionnement de la commission

- pour permettre un rééquilibrage, il est souhaitable que les CH disposent de deux sièges supplémentaires parmi les 4 désignés par l'UFR.
- la responsabilité du secrétariat, à confier sans doute au DRASS, doit être définie.
- un bureau de la commission doit être constitué, chargé d'élaborer un règlement intérieur, définissant les règles d'instruction des demandes, d'information préalable des membres de la commission et de diffusion des PV ;
- les avis rendus doivent être motivés et communiqués aux chefs des services demandeurs.

### 2.1.2.2. Sur l'instruction des demandes et la politique d'agrément

- il est absolument nécessaire que les coordonnateurs et les membres de la commission aient pour seul souci de proposer l'agrément des services qui offrent toutes les garanties d'une formation pratique de grande qualité.

– les dossiers d’agrément doivent faire l’objet d’un soin tout particulier : les critères d’environnement du service, d’équipement et d’organisation du travail de l’interne doivent être servis chaque année.

– l’essentiel du dossier doit porter sur le projet pédagogique. A l’exemple des « boards » européens et de quelques collèges de spécialité, on doit mettre en place un cahier des charges définissant le protocole d’encadrement du junior, la nature de sa formation et les étapes de son évaluation.

La MNC a pu constater que des projets allant dans ce sens sont nombreux actuellement. En psychiatrie, par exemple, la procédure d’agrément commence à faire l’objet d’une contractualisation. Il faut les diffuser rapidement.

Il est aussi nécessaire que le coordonnateur ou son représentant, ou une mission d’évaluation externe, visite régulièrement le service pour vérifier sur place le respect des critères d’agrément.

## **2.2.LES DEUX DEMI-JOURNEES HEBDOMADAIRES DE FORMATION**

### **UNIVERSITAIRE**

#### **2.2.1. CONTENU DES DEMI-JOURNEES**

Son contenu doit être précisé, dans sa nature et sa durée, pour le distinguer des activités liées au fonctionnement habituel du service qui n’entrent pas dans les demi-journées de formation universitaire.

#### **2.2.2. ETAT DES LIEUX**

##### **2.2.2.1.La justification des demi-journées n’est pas clairement perçue**

Elle est souvent confondue, par les chefs de service, avec du temps libre.

##### **2.2.2.2.La charge hospitalière des juniors est jugée prioritaire**

non seulement par les seniors, mais souvent par les juniors eux-mêmes, en raison de leurs responsabilités hospitalières.

##### **2.2.2.3.L’enseignement ne correspond pas toujours aux attentes**

ou est dispensé le soir ou le week-end. Les effectifs trop faibles dans certains CHU démotivent les enseignants.

#### **2.2.2.4. Le coût de la formation est souvent trop lourd,**

essentiellement en frais de déplacement pour les enseignements de type interrégional ou national.

#### **2.2.2.5. Les diplômes universitaires [DU] se substituent à la formation théorique.**

Alors qu'il devrait s'agir de formations complémentaires, les DU, dont les coûts d'inscription sont élevés, servent trop souvent d'enseignement de base pour les DES.

#### **2.2.2.6. L'organisation pratique de l'enseignement est hétérogène.**

En médecine générale, l'enseignement est mieux structuré et accepté dans les régions où la coopération entre les doyens et les résidents est bonne.

Pour les DES, on observe aussi des situations très différentes. Dans certaines spécialités, les collèges nationaux ont structuré les enseignements. Le rôle des coordonnateurs est essentiel sur la qualité et l'évaluation de la formation.

### **2.2.3. PROPOSITIONS**

#### **2.2.3.1. Etablir des objectifs de formation théorique plus précis**

au niveau national, en laissant l'initiative des modalités et de l'évaluation aux coordonnateurs régionaux

#### **2.2.3.2. Définir, par instruction, le contenu des demi-journées de formation universitaire**

#### **2.2.3.3. Inciter les directions et les CME à veiller au respect du statut des juniors**

#### **2.2.3.4. Programmer l'ensemble des activités des internes**

y compris la formation théorique, dans le tableau de service

#### **2.2.3.5. Intégrer le respect du statut dans les critères d'agrément des services et renforcer le rôle des représentants élus des résidents**

#### **2.2.3.6. Trouver un équilibre entre la formation pratique et la formation théorique**

à travers les carnets de stage

### **2.2.3.7. Regrouper les enseignements au niveau interrégional ou national**

en deçà d'un effectif plancher d'étudiants et budgéter les coûts des déplacements

### **2.2.3.8. Revoir la question du coût supplémentaire lié aux DU**

## **2.3. LES STAGES HOSPITALIERS**

### **2.3.1. ETAT DES LIEUX**

#### **2.3.1.1. Le choix des stages semestriels**

Organisé par la DRASS, il s'effectue selon le rang de classement et cette règle est, désormais, toujours respectée.

Durant le stage hospitalier, l'interne agit par **délégation** et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Cette délégation, qui s'inscrit dans la notion de compagnonnage, connaît des limites réglementaires, les juniors ne pouvant signer les certificats et attestations prescrits par la loi et les règlements, alors qu'ils peuvent le faire au cours des remplacements. Le senior peut aussi, de façon la plupart du temps empirique, ajuster la délégation au niveau des compétences du junior.

Hormis quelques spécialités où un livret, support d'appréciation, accompagne l'interne, l'évaluation de sa compétence est malaisée et le système dépend trop souvent de la capacité du junior à s'auto-évaluer, lorsqu'il agit hors de la présence du senior.

**Les stages des résidents** sont parfois jugés trop longs, pour permettre une utile rotation dans les services formateurs. Faut-il préconiser une durée de 3 à 4 mois ?

Mais la principale critique portée par les résidents concerne la nature de l'activité médicale, souvent trop spécialisée par rapport à leur futur exercice, des services qui leur sont proposés, surtout en CHU.

On note cependant une amélioration, grâce à l'action conjuguée des coordonnateurs et des résidents.

**Les stages des internes** posent problème dans les subdivisions où la dimension du CHU réduit parfois à une seule unité le nombre de services hospitalo-universitaires agréés par spécialité.

Des initiatives prises localement pour élargir les possibilités de formation en augmentant les limites des subdivisions n'ont pas encore abouti et dépendent de la modification des textes qui doivent admettre l'extension des limites territoriales au-delà de la région [Limousin, Auvergne...]

A défaut, il faudrait autoriser les permutations d'internes de même spécialité au niveau d'une inter-région, comme l'ont réclamé les responsables hospitaliers et universitaires du Grand-Ouest.

### **2.3.1.2. Les stages CHU et hors CHU**

Les internes de spécialité doivent effectuer au moins 2 semestres dans des hôpitaux non CHU, sauf dérogation pour 1 semestre accordée par le coordonnateur de la spécialité.

Les résidents doivent accomplir au moins 1 semestre en CHU.

Il appartient aux universités de veiller au respect de ces dispositions. Or, dans beaucoup de régions, les services des CHU, non dirigés par un PUPH, permettent de valider l'obligation de stage hors CHU. Les dérogations proposées aux coordonnateurs sont parfois systématiquement accordées. A l'extrême, les unités de soins de services HU ont été proposées, dans une région, comme stages hors CHU...

Ces dérives trouvent souvent leur source dans la volonté même des internes de rester en CHU et d'éviter des obligations de permanence trop lourdes dans les hôpitaux généraux considérés parfois comme trop éloignés de leur domicile habituel. La baisse du nombre d'internes engage les responsables des CHU dans ce mouvement, qui n'est pas conforme à la lettre et à l'esprit des textes.

### **2.3.1.3. Les stages hors subdivision d'affectation.**

Les internes peuvent effectuer 2 semestres hors de leur subdivision, mais les modalités formelles d'autorisation sont très lourdes et font de cette possibilité une procédure d'exception. Ces stages, correspondant à une nécessité de la formation pratique, doivent faire l'objet d'une simplification des modalités d'attribution.

### **2.3.1.4. Les maquettes.**

L'arrêté du 4 mai 1988 fixe les maquettes par DES et DESC. En général, seule la moitié des stages doit être réalisée obligatoirement dans des services agréés pour la discipline.

On observe une tendance générale à réaliser plus de stages dans des services agréés pour la spécialité que la maquette ne l'exige, sans doute en raison des souhaits des coordonnateurs, mais aussi des internes eux-mêmes.

Cette spécialisation précoce et parfois exclusive, qui devrait peut être conduire à revoir les maquettes réglementaires, est en effet un facteur de rigidité pour l'organisation des gardes. De plus, elle peut entraver les choix des lauréats, même très bien classés, si tous les postes agréés pour une discipline sont pris par les internes plus anciens.

## 2.3.2. PROPOSITIONS

### 2.3.2.1. Une formation pratique contractualisée

On a vu que le contenu actuel de **la délégation** demeure mal défini. Il faut le préciser et formaliser la délégation qui ne doit pas être occulte, ni seulement verbale, mais être suffisamment précise dans les compétences qu'elle vise. Il faut donc une plus grande clarté du système.

Ceci doit s'accompagner d'une clarification de **l'encadrement et de l'évaluation de l'interne**, à l'exemple de quelques spécialités qui ont mis en place un livret permettant de suivre effectivement le parcours de l'interne, avec des indications sur les capacités techniques et des entretiens périodiques d'évaluation.

### 2.3.2.2. Une formation des internes plus diversifiée en développant et facilitant la pratique des stages hors subdivision d'affectation

Plusieurs voies sont possibles :

- suppression du plafonnement d'accueil par service
- acceptation des permutations entre CHU...

### 2.3.2.3. Une formation des internes plus inter-disciplinaire

En rendant obligatoire des stages en services non agréés pour le DES concerné et en réaffirmant, pour les internes, l'obligation des stages hors CHU, enrichissants pour les internes et pour les établissements où ils pourront ensuite faire carrière.

#### **2.3.2.4. Des stages plus adaptés pour les résidents**

qui doivent leur permettre d'acquérir une formation en médecine générale. L'accès de tous aux services qui seraient jugés indispensables, pourrait être facilité par une réduction de la durée du stage.

### **3. ème PARTIE : AMELIORER L'AFFECTATION DES JUNIORS DANS UNE LOGIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

La décision d'affectation des internes n'a de portée que si elle s'inscrit dans le cadre des besoins départementaux, régionaux ou nationaux en médecine générale et spécialités.

Dès 1971, la France a instauré le numerus clausus et l'outil de régulation a été complété en 1982, en réservant à la seule voie du concours de l'internat la formation des spécialistes, ce qui permet d'en maîtriser les flux.

Le rapport généralistes-spécialistes, actuellement de 50-50, alors qu'il devrait tendre vers 60-40, détermine le nombre annuel de postes mis au concours de l'internat : autour de 1850.

#### **3.1. LA QUESTION PRELIMINAIRE : LA QUALITE D'EVALUATION DES EFFECTIFS ET DES BESOINS DE SANTE**

Le problème du contingentement et de l'affectation des internes est donc lié à la démographie médicale et à son adéquation aux besoins de santé, questions d'une grande actualité.

##### **3.1.1. LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DES EFFECTIFS MEDICAUX ET LEUR EVOLUTION**

###### **3.1.1.1. Les travaux communiqués à la MNC**

Les travaux de la DREES partent de 3 fichiers, ADELI, conseil de l'ordre et CNAMTS, auxquels s'ajoute une enquête emploi de l'INSEE. La mise en place d'un numéro identifiant unique est en cours. La DREES, est quasiment parvenue à harmoniser ces 3 fichiers, les résultats faisant apparaître une féminisation croissante, d'importantes inégalités régionales et le constat que 7 médecins sur 10 s'installent dans la région d'obtention de leur diplôme.

**Les données fournies par les CRAM** ne concernent que les médecins libéraux et confirment les inégalités régionales qui peuvent être très élevées pour certaines spécialités [ex. psychiatrie : de 1 à 11 en 1998, selon les régions].

**Le rapport NICOLAS**, qui s'attache à l'évolution démographique de 4 disciplines, tend à démontrer la situation de crise de l'anesthésie-réanimation et de la gynécologie-obstétrique qui, sur ces indications, ont été transformés en filières spécifiques, mais aux dépens d'autres disciplines pour lesquelles les postes d'internes mis au concours diminuent dangereusement.

Parmi **les études régionales**, la MNC mentionne celle de l'ORS d'Ile de France, qui constate, dans cette région, des inégalités fortes entre les départements, et prévoit une féminisation et un vieillissement croissants du corps médical.

Une autre étude, en Rhône-Alpes, teste sur la durée des variables comme la diminution du temps de travail, le transfert de l'activité privée sur le secteur public, etc.

La MNC passe également en revue les travaux du récent **colloque sur les études de démographie médicale**, le **rapport AMIEL** sur les médecins étrangers, etc.

Enfin, les actes des VIèmes assises hospitalo-universitaires de Nancy, en 1999, consacrées à la démographie médicale, mettent en évidence l'évolution à la baisse de certaines spécialités, le manque de connaissance des « métiers » médicaux, et la paradoxale coexistence d'une pléthore de médecins et d'une pénurie, selon les régions et les spécialités

### **3.1.1.2. Quelles remarques ce constat appelle-t-il ?**

✓ il n'y a guère d'argument pouvant justifier la volonté de régulation des commissions d'adéquation

- ✓ les comparaisons internationales sont pauvres
- ✓ des métiers de substitution à certaines activités médicales peuvent se concevoir
- ✓ l'activité des praticiens n'est pas mesurée, notamment l'activité relationnelle
- ✓ la densité optimale en généralistes et spécialistes n'est pas connue.

L'ensemble des études traduit qu'il faut disposer de données plus fines, plus exhaustives et moins dispersées, poursuivre l'observation des tendances démographiques par discipline, en examinant de façon scientifique les différents facteurs en jeu [ex. : évolution des spécialités, faisabilité des métiers de substitution].

L'absence de méthodologie au niveau national et régional et d'outils d'évaluation expliquent en large part l'échec des CREM, qui n'ont pu objectiver leurs demandes.

### **3.1.1.3. Définition et évaluation des besoins de santé**

L'analyse des besoins de santé et de leurs prospectives sont très difficiles.

Dans ce domaine, les sources, c'est-à-dire les producteurs d'informations, sont nombreuses avec des objectifs et des stratégies variés.

La multiplicité des concepts et des indicateurs reflète la complexité des phénomènes à mesurer, par exemple le champ très vaste et encore sous exploré des comportements et facteurs de risque.

La MNC s'est intéressée à la question des besoins, parce que la plupart de ses interlocuteurs se sont plaints du manque de méthode et d'objectifs en termes de politique de santé, pour les aider à adapter l'offre aux besoins.

## **3.2. LA DETERMINATION DES EFFECTIFS ET L'AFFECTATION DES INTERNES ET DES RESIDENTS**

### **3.2.1. DISPOSITIF REGLEMENTAIRE**

#### **3.2.1.1. La détermination des effectifs**

La CREM, dans chaque région, donne un avis sur les besoins de santé et sur le nombre souhaité de spécialistes à former dans chaque discipline. Présidée par le préfet de région, la CREM comprend 32 membres, dont un tiers est salarié hospitalier, des représentants des collectivités locales, des administrations régionales, des médecins libéraux et des usagers.

La CNEM a les mêmes missions que les CREM, mais au niveau national. Elle doit examiner les avis des CREM avant d'émettre ses propres propositions.

#### **3.2.1.2. L'affectation des internes**

Elle est décidée par le préfet sur proposition de la commission d'adéquation, présidée par le DRASS. Cette commission est identique à la commission d'agrément, mais élargie de 4 directeurs d'hôpital.

La seule finalité de la commission est d'ouvrir des postes d'internes et de résidents dans les services agréés. A cette finalité, un objectif de régulation de la démographie médicale s'est progressivement substitué, plusieurs circulaires recommandant à la commission d'orienter les internes de façon autoritaire vers les disciplines déficitaires

### 3.2.2.L'APPLICATION DU DISPOSITIF

#### 3.2.2.1.Un processus de détermination mal utilisé

**Les CREM s'interrogent sur leur utilité**, car elles sont contraintes de travailler à l'intérieur d'un cadre numérique limité au niveau national et le plus souvent en contradiction avec les besoins régionaux exprimés.

De plus, les procédures suivies sont inégales, les membres recevant ou non, selon les régions, un dossier préparatoire plus ou moins complet. Presque partout, on ressent une insatisfaction réelle, surtout devant l'absence de méthode, les contraintes subies et l'opacité de la CNEM, dont les débats ne sont pas connus.

Dès lors, les protestations se multiplient quand ce n'est pas le développement de l'absentéisme ou l'interruption des séances. Faut-il maintenir les CREM ?

**Une CNEM qui semble coupée du terrain**, dont les PV ne permettent pas de savoir si les propositions des CREM sont réellement examinées. L'avis qu'elle donne ne donne pas les motivations de ses choix et a un caractère global, non détaillé par région.

La décision finale est prise après arbitrages au cours de réunions interministérielles.

#### 3.2.2.2.Le processus d'affectation

L'adéquation stricte supposerait la connaissance préalable du nombre de juniors qui choisiront un stage semestriel. Or, cette connaissance est mal maîtrisée [par ex., les redoublements]. Habituellement, les MIRS rencontrent, avant la séance, les représentants des juniors pour connaître leurs souhaits.

Les CHU tentent aussi d'évaluer les besoins, mais les échanges entre les UFR et les MIRS sont insuffisamment organisés.

Jusqu'aux récentes directives ministérielles, les coordonnateurs étaient présents aux réunions de la commission, faussant l'équilibre de cette instance et privilégiant souvent les intérêts de telle ou telle discipline, en tout cas le poids relatif des CHU ;

En commission, on note une grande routine, le cas le plus fréquent étant la reconduction des postes ouverts au semestre précédant, sans vote exprimé.

En règle générale, il y a une marge d'adéquation plus ou moins large, de 10 à 25 %, entre le nombre de postes ouverts et le nombre d'internes devant choisir, ce qui relativise les possibilités de régulation de la commission.

Plusieurs régions, telles l'Aquitaine ou Rhône-Alpes, ont fait un réel effort de régulation, selon des formules variables. Lorsque l'encadrement est trop rigide, on peut voir un major ne pouvoir choisir sa discipline en raison des choix des promotions antérieures.

A l'inverse, dans plusieurs régions, les MIRS n'acceptent pas cette politique de régulation et ne se préoccupent pas d'adéquation. Ils traduisent un sentiment assez général, selon lequel la responsabilité du déficit global est à imputer, en amont, au numerus clausus.

Les commissions ont déjà beaucoup de mal à harmoniser les intérêts divergents de leurs membres : internes et résidents, responsables des hôpitaux, représentants de l'UFR. Il est difficile d'y ajouter une responsabilité sur la démographie médicale dont ils ne maîtrisent pas, pour l'essentiel, les données de base.

### **3.3. PROPOSITIONS**

#### **3.3.1. AMELIORER L'EVALUATION DES BESOINS DE SANTE**

**3.3.1.1. Intensifier la coordination de la production d'informations et d'études et la recherche**

**3.3.1.2. Harmoniser ou créer des outils ou des indicateurs de besoins**

**3.3.1.3. Favoriser les études de besoins régionales et savoir les affiner à l'échelle d'un département**

#### **3.3.2. DISPOSER D'UNE EVALUATION PERTINENTE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE**

**3.3.2.1. Améliorer la qualité des outils techniques**

**3.3.2.2. Définir les grandes orientations qualitatives, voire quantitatives de l'offre**

**3.3.2.3. Adapter l'offre à l'évolution des besoins, en favorisant les reconversions médicales**

#### **3.3.3. L'ETAT DOIT DEFINIR LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE RELATIVE AUX EFFECTIFS MEDICAUX**

**3.3.3.1. L'Etat doit répartir les effectifs entre les filières et spécialités, notamment par le canal des flux d'entrées, ce qui impose la généralisation des quotas.**

A la suite du rapport NICOLAS, 3 nouvelles filières ont été créées, mais ceci aggrave le déficit d'autres spécialités, ciblées elles aussi comme déficitaires : l'ophtalmologie, la chirurgie... D'autres secteurs vont connaître des difficultés.

On ne peut plus s'en remettre aux choix spontanés des internes ou à on ne sait quel équilibre naturel : **il faut mettre toutes les spécialités sous quota : c'est la conséquence incontournable de la maîtrise des effectifs par spécialité, par les flux d'entrée.**

### **3.3.3.2.L'Etat doit répartir les effectifs médicaux entre les régions, ce qui impose l'aménagement de la liberté d'installation**

Les mesures de répartition du numerus clausus et des postes du concours d'internat en faveur des régions à faible densité médicale, ne devraient pas suffire, selon la DRESS et les URCAM, même à échéance de 20 ans, pour gommer les disparités.

**Il paraît, désormais, nécessaire de mettre en œuvre des mécanismes de régulation à l'installation et cette idée paraît aujourd'hui assez largement admise.**

### **3.3.4.CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODE D'AFFECTATION DES INTERNES, QUI DONNE PRIORITE AUX CRITERES PEDAGOGIQUES**

La généralisation des quotas passe nécessairement par une procédure nationale de choix des lauréats du concours

#### **3.3.4.1.Permettre un choix éclairé**

Pour préserver le « droit au repentir », difficile à gérer dans un processus national, la MNC propose que le choix des internes ne s'effectue, selon leur rang de classement, qu'après 2 ou plusieurs semestres exploratoires.

#### **3.3.4.2.Donner priorité à la qualité de la formation**

La commission d'adéquation serait maintenue pour l'affectation des résidents, le niveau régional étant adéquat. La priorité à la formation donnerait **un rôle central à la commission d'agrément.**

La détermination des quotas par spécialité, conjuguée à la régulation de l'installation, rendent leur priorité aux seuls critères pédagogiques, la commission d'agrément devant avoir pour unique souci de proposer l'agrément des services offrant les garanties d'une formation pratique de grande qualité.

Un effet d'émulation entre les services agréés s'en suivrait, tant il est essentiel pour un service de conserver sa capacité d'enseignement.

Sans doute, faudrait-il maintenir **un certain équilibre entre les services agréés**, en tenant compte des capacités de formations respectives des CHU, pour ne pas sous-employer les CHU importants, tout en évitant de défavoriser à l'excès les petites subdivisions.

## **CONCLUSION**

La mission a noté l'importance que ses interlocuteurs accordaient à des rencontres de terrain lui permettant de les écouter et parfois de servir de médiateur entre des catégories professionnelles n'ayant pas toujours réussi à dialoguer entre elles.