



Inspection générale
des affaires sociales

RM2010-088P

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

Le post-internat

Constats et propositions

RAPPORT
TOME 1

Établi par

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

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

Avec la participation de Cécile BIZOT
Stagiaire à l'IGAS

- Juin 2010 -

Synthèse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

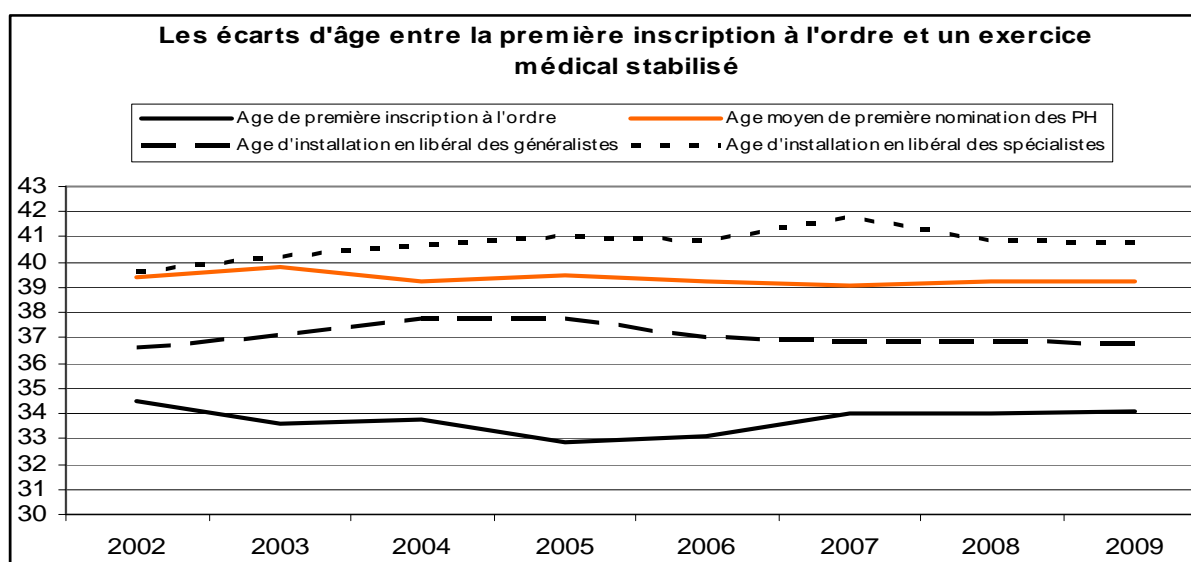
1.1. *Le post-internat est une pratique bien ancrée*

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Le post-internat prend des formes multiples

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

¹⁰ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2008, septembre 2008, n°41, CNOM
Et Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2009, CNOM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵ Décret n°60-1030 du 24 septembre 1960

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰ Décret n° 84-431 du 6 juin 1984

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 2 : Récapitulatif des différents textes relatifs aux assistants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Régime réglementaire de rémunération des gardes

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

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

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

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

³⁵ Directive 2000/34 du 22 juin 2000

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

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

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

1.3. Le post internat répond à des finalités diverses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Enquête mission IGAS/IGAENR

Voir précisions méthodologiques en annexe 20

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁸ Cf. convention, chapitre 4.3 paragraphe d

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵⁰ Rapport de la Cour des comptes, 2007

⁵¹ Id note 49

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

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

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

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

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

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

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

Grandes disciplines	Professeurs	Maîtres de conférences	CCA-AHU et PHU ATER (1)	Total
Médecine	4 170	1 628	3 830	9 628
%	43,30 %	16,90 %	39,80 %	
Droit, éco...	2720	5 882	1700	10 302
%	26,40 %	57,10 %	16,50 %	
LSH	4 626	11 002	3 288	18 916
%	24,50 %	58,20 %	17,30 %	
Sciences	8 025	17 129	2 528	27 682
%	29,00 %	61,90 %	9,10 %	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : questionnaire mission, annexe n°15

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le post internat est financé de trois façons :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : calculs mission IGAS/IGAENR.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. LE FONCTIONNEMENT ACTUEL N'EST PAS SATISFAISANT

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

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

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

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

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

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

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

⁷³ Rapport FHF Armines de 2006, voir annexe 21

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.1. Le clinicat en médecine générale est peu attractif

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.1.3. Les charges d'enseignement sont lourdes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5. *Le dispositif manque de lisibilité*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- « Le petit Raoul »

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

- Un site internet en cours de construction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁴ Ces échanges sont parfois qualifiés de « troc ».

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁵ Source : SAE

⁸⁶ Source : MESR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(cf. annexe 25)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. LES EVOLUTIONS EN COURS VONT ENTRAINER DES DIFFICULTES CROISSANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

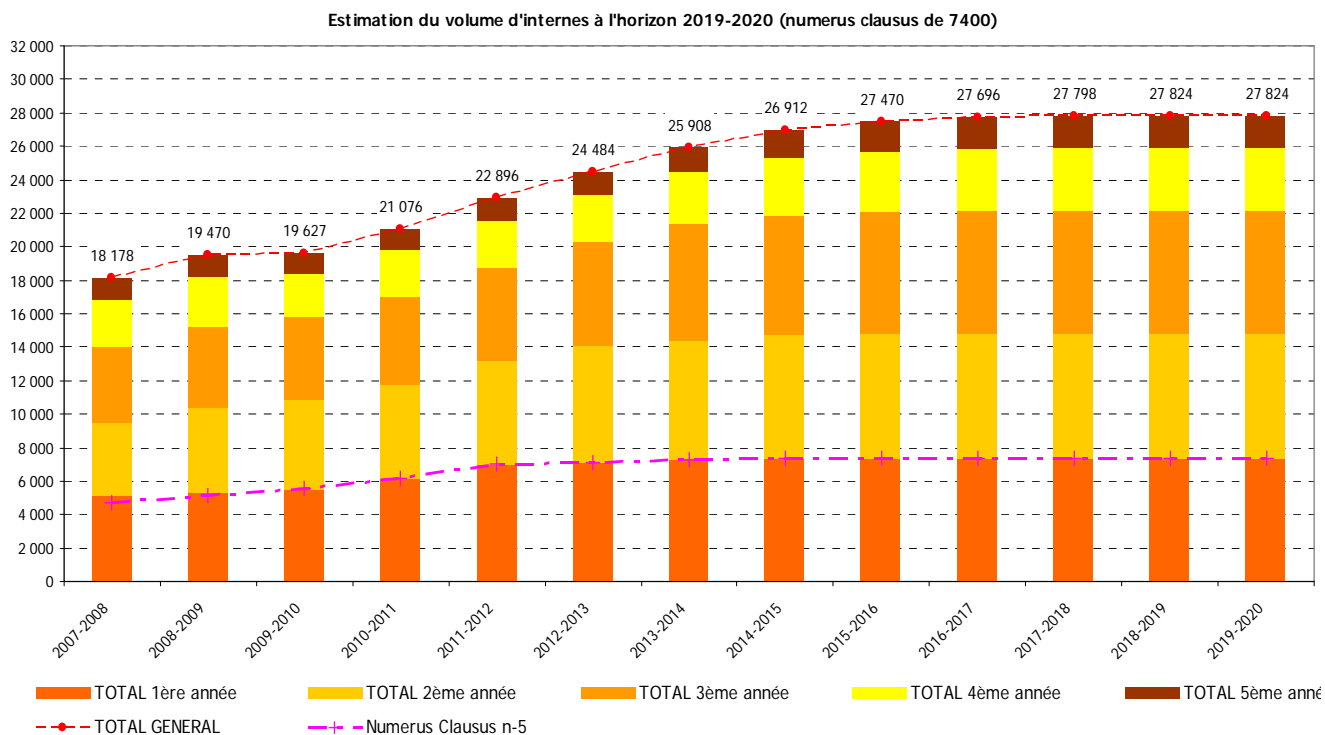
Le nombre total d'étudiants en médecine à former, du PCEM2 au DCEM4, a ainsi fortement augmenté pour passer de 17 798 en 1997-1998 à 34 850 en 2009-2010, comme le montre le tableau ci-dessous qui présente une estimation de ces effectifs, en supposant que tous les étudiants reçus à l'issue du PCEM1 suivent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

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

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

Source : MESR et calculs mission

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



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

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

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

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

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

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

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

Source : MESR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

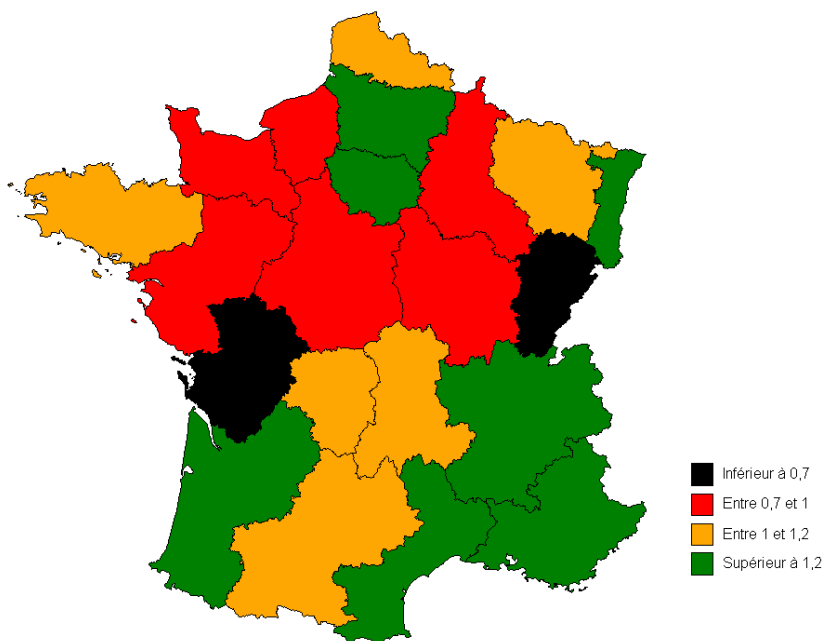
	Sorties internes en 2009 (hors IMG)	Sorties internes en 2013 (hors IMG)	Ratio CCA-AHU par interne en 2009	Ratio CCA-AHU par interne en 2013	Ratio PI hospitalier par interne en 2009	Ratio PI hospitalier par interne en 2013
Alsace	80	82	0,70	0,68	1,66	1,62
Aquitaine	90	102	0,88	0,78	1,59	1,40
Auvergne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

Source : calculs mission à partir des choix aux ECN de 2004-2005 et 2008-2009, cf. note méthodologique en annexe 26

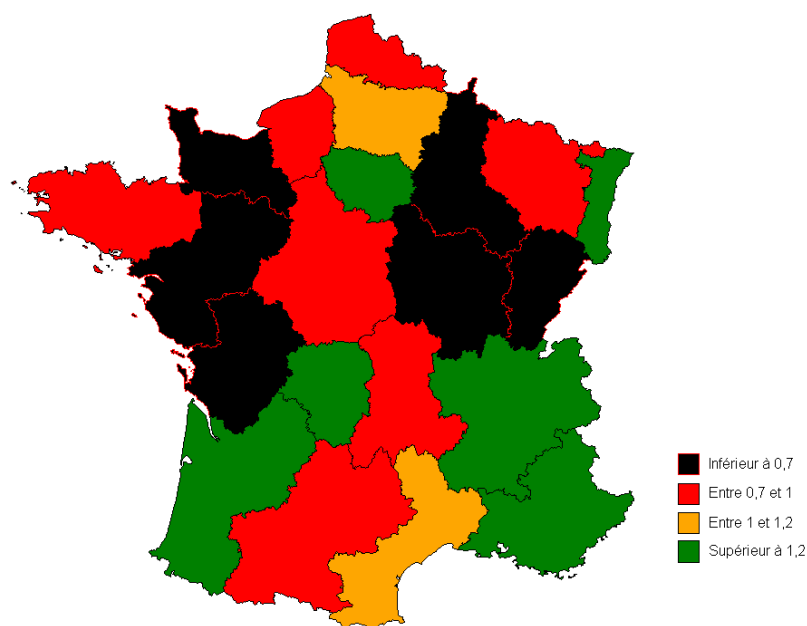
Si l'on considère l'ensemble du post internat hospitalo-universitaire et hospitalier, le nombre de postes de CCA-AHU et d'emplois d'assistants hospitaliers serait théoriquement suffisant au niveau national, avec un ratio de 1,13 poste hospitalier par interne en 2013.

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

RATIO PI hospitalier par interne en 2009



RATIO PI hospitalier par interne en 2013



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. PROPOSITIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La validation du cursus se ferait en deux temps :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

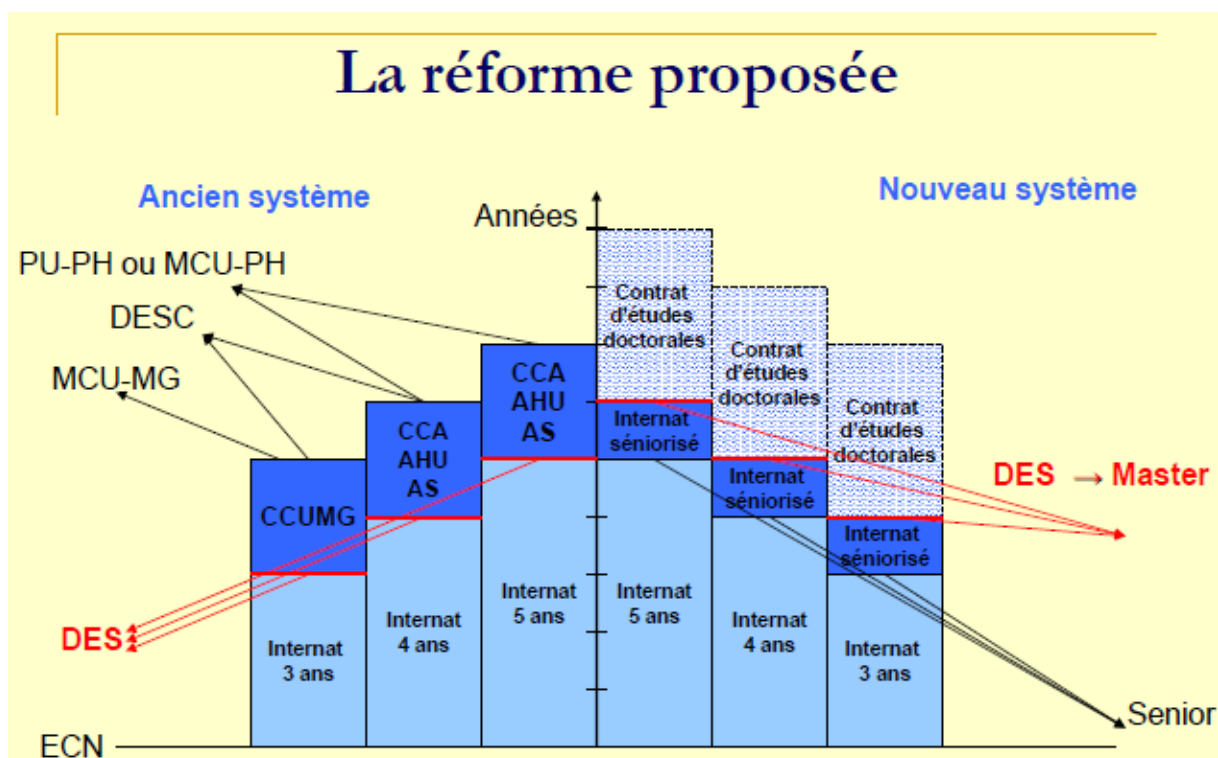
Cette disparité résulte de la décision prise en 1984 de maintenir l'accès aux titulaires du diplôme d'études et de recherches en biologie humaine (DERBH) qui est aujourd'hui remplacé par le master. Si elle peut s'expliquer par la difficulté, pour les internes, de suivre un « parcours recherche » conduisant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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2. Remédier aux situations de déséquilibres les plus marqués

4.3.2.1. Le développement du temps partagé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3.2. Rendre plus attractif le statut de CCU-MG

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

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

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

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

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

Organiser la valence soins des CCUMG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3.3. Augmenter le nombre de maîtres de stage

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3.4. Créer un DES de médecine d'urgence

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

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

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

4.3.3.5. Encourager la structuration de la recherche en soins primaires

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

Deux orientations pourraient être privilégiées dans un premier temps :

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

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

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

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

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

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

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

Claire AUBIN

Christine DANIEL

Dr Françoise SCHAETZEL

Alain BILLON

Patrice BLEMONT

Agnès ELIOT

Jacques VEYRET

Liste des annexes

Annexe n° 1 : lettre de mission

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées

Annexe n° 3 : liste des sigles

Annexe n° 4 : bibliographie

ETUDES DE MEDECINE

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

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

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

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

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

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

LES DIFFERENTES FORMES DE POST-INTERNAT

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

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

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

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

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

LA MEDECINE GENERALE

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

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

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

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

FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

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

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

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

EFFECTIFS

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

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

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

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

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

PRISES de POSITION

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

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