

« Pour un Pacte de Refondation des Urgences »

RAPPORT

DE

THOMAS MESNIER
DEPUTE DE CHARENTE

ET

DU PROFESSEUR PIERRE CARLI PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIERE

Avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED, membres de l'Inspection générale des affaires sociales

LA FORMATION DES MEDECINS URGENTISTES

LA I	ORM	IATION	DES MEDECINS URGENTISTES	.75			
1	AVANT 2017, LE DESC DE MEDECINE D'URGENCE PERMETTAIT AUX MEDECINS TITULAIRES D'UN DES DE SI SPECIALISER DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS						
	1.1		'EN 2017, LES COMPETENCES EN MATIERE DE MEDECINE D'URGENCE ETAIENT RECONNUES PAR LA VALIDATION D'UN				
	1.2	PLUS D	DE 300 ETUDIANTS, DONT LA QUASI-TOTALITE TITULAIRE DU DES DE MEDECINE GENERALE, ETAIENT DIPLOMES CHAQI E DU DESC DE MEDECINE D'URGENCE	IJΕ			
2	UN	CONTE	17, LE DES DE MEDECINE D'URGENCE VISE A RECONNAITRE PLEINEMENT CETTE SPECIALITE, DA EXTE MARQUE PAR LA PENURIE DE MEDECINS URGENTISTES ET LA PERTE D'ATTRACTIVITE DE CE DN	ГΤЕ			
	2.1		FORME DU TROISIEME CYCLE A CONDUIT A SUPPRIMER LE DESC DE MEDECINE D'URGENCE, TRANSFORME EN DES DE CINE D'URGENCE A COMPTER DE 2017	170			
	2.2	BIEN O	QU'ELLE PERMETTE UN PILOTAGE PLUS PRECIS, CETTE REFORME INTERVIENT DANS UN CONTEXTE MARQUE PAR UNE PE RACTIVITE DE LA PROFESSION D'URGENTISTE, ASSOCIE A DES PROJECTIONS LACUNAIRES SUR LES BESOINS DE FORMATIC	RTE			
3			R, IL FAUT RENFORCER L'ATTRACTIVITE DE LA MEDECINE D'URGENCE ET LIMITER CERTAINS EFFI DU DES POUR LES ETUDIANTS ET POUR LES MEDECINS EN EXERCICE				
	3.1	RECEN	ITRER L'ACTIVITE DES MEDECINS URGENTISTES SUR LEUR CŒUR DE METIER	84			
	3.2		ERNANT LES ETUDIANTS EN MEDECINE : ADAPTER L'ENSEIGNEMENT POUR PERMETTRE DAVANTAGE DE CROISEMENTS ERIENCES ENTRE LES SPECIALITES DE MEDECINE GENERALE ET DE MEDECINE D'URGENCE	184			
	3.3	Conce	ERNANT LES « DOCTEURS JUNIORS » : MOBILISER LE FUTUR LEVIER DE LA « SENIORISATION » POUR OFFRIR UNE REELL IENCE DE TERRAIN GRACE A L'AUTONOMIE SUPERVISEE	E			
	3.4	CONCE SPECIA 3.4.1	ERNANT LES MEDECINS EN EXERCICE : ASSOUPLIR LES PASSAGES ENTRE LA MEDECINE D'URGENCE ET LES AUTRES ALITES MEDICALES, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DECLOISONNES	186 de 187 nce,			
	NEXE	1:	dans certaines situations spécifiques	L 90			
	ווים	RGENC	'FS) FT DE LEURS EVOLUTIONS RECENTES	91			

- 1 Avant 2017, le DESC de médecine d'urgence permettait aux médecins titulaires d'un DES de se spécialiser dans la prise en charge des soins urgents
- 1.1 Jusqu'en 2017, les compétences en matière de médecine d'urgence étaient reconnues par la validation d'un DESC dédié

Le diplôme d'étude spécialisée complémentaire (DESC) de médecine d'urgence a été créé en 2004, constituant une première reconnaissance universitaire de cette spécialité, au même titre que la gériatrie ou la cancérologie.

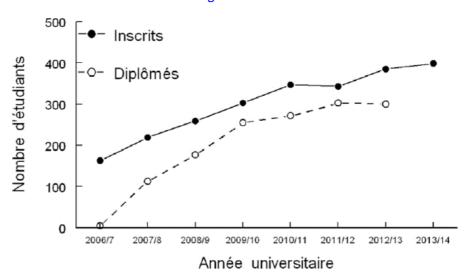
Jusqu'à la rentrée universitaire 2017-2018, cette spécialité est nécessairement choisie par un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES), en très grande majorité celui de médecine générale. Les DESC sont préparés pendant l'internat et le post-internat.

Il n'est cependant pas obligatoire d'être titulaire du DESC de médecine d'urgences pour travailler au sein d'un service d'urgences. En effet, le code de la santé publique définit les conditions de fonctionnement des activités de soins de médecine d'urgence qui sont soumises à autorisation des agences régionales de santé (ARS), aux articles R.6123-1 et suivants. Les diplômes exigés pour exercer en structures d'urgence sont déterminés par l'article D.6124-1 :

- les médecins d'une structure de médecine d'urgence sont titulaires du DESC en médecine d'urgence ;
- les praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence peuvent également travailler aux urgences ;
- les médecins titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence (ex. capacité de médecine d'urgence CAMU/CMU) ou les médecins justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans un service ou une structure de médecine d'urgence, peuvent également exercer leur fonction dans une structure de médecine d'urgence;
- d'autres médecins peuvent également exercer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence. Cette condition n'est pas exigée des personnels enseignants et hospitaliers qui participent à l'enseignement en médecine d'urgence;
- en outre, tout médecin peut participer à la continuité des soins de la structure de médecine d'urgence et aux soins relevant de sa compétence après inscription au tableau de service validé par le chef de service ou responsable de la structure.

1.2 Plus de 300 étudiants, dont la quasi-totalité titulaire du DES de médecine générale, étaient diplômés chaque année du DESC de médecine d'urgence

Le nombre d'inscrits en DESC de médecine d'urgence a surtout augmenté à partir des années 2006-2007, avec les premières cohortes d'étudiants du DES de médecine générale arrivant en dernière année de leur formation et pouvant alors s'inscrire au DESC de médecine d'urgence BESC. En 2011-2012, 303 étudiants sont ainsi diplômés du DESC de médecine d'urgence. En 2013-2014, sont comptabilisés 399 étudiants inscrits en première année de DESC. Par comparaison, il y avait en 2013 3 799 places de médecins généralistes. En lissant sur plusieurs années (de 2006-2007 à 2010-2011 pour les inscriptions en première année et de 2008-2009 à 2012-2013 pour les diplômes), environ 87 % des étudiants inscrits en première année sont diplômés. Il existe une hétérogénéité régionale importante dans la formation. Il apparait par ailleurs que 99 % des étudiants inscrits en DESC de médecine d'urgence en 2013 proviennent du DES de médecine générale. Ce pourcentage est de 100 % dans de nombreuses régions.



Graphique 1 : Evolution du nombre d'étudiants inscrits et diplômés du DESC de médecine d'urgence entre 2006 et 2013

Source: Pr B.Riou, et al., « Combien formons-nous de médecins urgentistes en France? », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2013.

- 2 Depuis 2017, le DES de médecine d'urgence vise à reconnaitre pleinement cette spécialité, dans un contexte marqué par la pénurie de médecins urgentistes et la perte d'attractivité de cette profession
- 2.1 La réforme du troisième cycle a conduit à supprimer le DESC de médecine d'urgence, transformé en DES de médecine d'urgence à compter de 2017

La réforme du troisième cycle place le DES en position centrale dans le cadre de la qualification et de l'exercice d'une spécialité, conduisant à la suppression des DESC, qui peuvent être transformés en

⁹⁸ Les données proviennent de l'article suivant : Pr B.Riou, *et al.*, « Combien formons-nous de médecins urgentistes en France ? », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2013.

formations spécialisées transversales (FST) ou en DES. C'est le cas, notamment, du DESC de médecine d'urgence et de celui de gériatrie.

Au total, le nombre de DES augmente, passant de 30 à 44, avec notamment la reconnaissance de sept nouvelles spécialités, dont la médecine d'urgence, qui « s'autonomise » de la médecine générale pour devenir une spécialité de plein exercice.

L'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées fixe la liste de ces diplômes et des options et FST.

Les DES comprennent tous trois phases :

- lors de la phase 1 dite phase socle, l'étudiant acquiert des connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construit un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession;
- au cours de la phase 2 dite phase d'approfondissement, l'étudiant approfondit les connaissances et les compétences acquises lors de la phase socle nécessaires à l'exercice de la spécialité;
- au cours de la phase 3 dite phase de consolidation, l'étudiant consolide l'ensemble des connaissances et compétences professionnelles acquises lors des deux premières phases et nécessaires à l'exercice de la spécialité. Il prépare également son insertion professionnelle.

Le DES de médecine d'urgence permet de doubler le temps de formation des médecins urgentistes et de le rendre comparable à celui de nombreuses autres spécialités. Cette réforme constitue donc un progrès très important en termes de qualité et de spécificité de la formation, très appréciable pour la prise en charge des patients les plus graves et les plus complexes. Cette création a été activement souhaitée par les enseignants et les représentants de la médecine d'urgence. Elle s'accompagne d'un exercice exclusif dans les services autorisés : structures d'urgence, SAMU et SMUR.

La réforme est entrée en vigueur à partir de l'année universitaire 2017-2018. Les premiers titulaires du DES de médecine d'urgences seront donc diplômés en 2021 (le DES dure quatre ans⁹⁹).

La réforme du 3ème cycle introduit ainsi une plus grande progressivité dans la formation et la révision des connaissances et compétences au sein d'une maquette de formation dédiée à la médecine d'urgence, d'une durée de huit semestres. Dans l'ancien système, les étudiants terminaient leur DES par un post-internat sous le régime de l'assistanat et ils étaient urgentistes au terme de quatre années d'études comme à l'heure actuelle. Au final, seule la quatrième année change puisqu'avec le nouveau régime, les étudiants de troisième cycle sont des docteurs juniors sous le régime de l'autonomie supervisée lors de leur dernière année de DES (à partir de 2020 pour la première promotion concernée).

Comme l'explique le Pr Bruno Riou dans un éditorial publié en 2017¹⁰⁰, le nouveau DES permet donc « d'adapter la formation des urgentistes aux exigences de la médecine d'urgence moderne, en particulier dans l'étendue de son exercice (adulte et pédiatrique, médical et chirurgical, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital [Samu, Smur]) ». Il précise d'ailleurs que la France est en retard, « puisqu'elle n'est que le 20ème pays de l'Union Européenne à reconnaître la médecine d'urgence comme une spécialité alors même que celle-ci est reconnue de longue date dans de nombreux pays comme les États-

⁹⁹ A noter : la durée du DES de médecine générale a été maintenue à trois ans.

¹⁰⁰ Pr B.Riou, « 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

Unis, le Canada, ou l'Australie ». Ainsi, « avec la disparition de tous les DESC, un seul diplôme, le DES, est nécessaire et suffisant pour obtenir la qualification ordinale et l'exercice de la spécialité ».

Comme dans le régime en vigueur antérieurement (*cf. supra*), la possibilité de travailler au sein d'un service d'urgences ne sera pas limitée aux futurs médecins titulaires du DES de médecine d'urgence. Sur ce point, l'article D.6124-1 du code de la santé publique nécessite cependant une actualisation pour prendre en compte la création du DES de médecine d'urgence. Les postes à responsabilité au sein des services d'urgences seront toutefois inaccessibles hors du DES. A l'inverse, pour les médecins titulaires du DES de médecine d'urgence, les passerelles seront à l'avenir beaucoup moins souples qu'auparavant, pour les titulaires du DESC de médecine d'urgence, qui étaient également médecins généralistes la plupart du temps.

2.2 Bien qu'elle permette un pilotage plus précis, cette réforme intervient dans un contexte marqué par une perte d'attractivité de la profession d'urgentiste, associé à des projections lacunaires sur les besoins de formation

En 2019, dans son rapport public annuel¹⁰¹, la Cour des comptes mentionne qu'au 31 décembre 2016, « environ 9 500 médecins travaillaient au sein de services d'urgence. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 13 %, soit un rythme légèrement inférieur à celui de la progression de l'activité (+ 15 % sur la même période). Toutefois, le mode d'exercice s'est profondément transformé entre 2013 et 2016 : la proportion de médecins travaillant à temps partiel est de 77 % en 2016, contre 46 % en 2013 ».

1 709 postes de praticiens hospitaliers (PH) à temps plein vacants en médecine d'urgence sont recensés au 1er janvier 2019, ainsi que 435 postes de PH à temps partiel. Ces données nationales sont cependant surestimées car elles ne prennent pas en compte les postes de PH qui sont occupés par des praticiens contractuels recrutés par les hôpitaux. Une progression du taux de postes de PH vacants entre 2018 et 2019 est constatée. Ce sous-effectif médical est générateur de tensions dans de nombreux établissements. Il semble aussi avoir été influencé par le manque d'attractivité plus que par le manque de médecins formés, créant un taux de fuite important des spécialistes de médecine d'urgence titulaire d'un DESC dont l'exercice n'est pas exclusif vers d'autres exercice y compris la médecine générale.

Tableau 1: Etat des postes de praticiens hospitaliers pourvus et vacants au 1er janvier 2019

	PH temps plein				PH temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire (en %)(*)	Variation du taux entre 2018 et 2019 (en point)	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	vacance	Variation du taux entre 2018 et 2019 (en point)
Médecine d'urgence	5 864	4 155	29,1	2,4	882	447	49,3	2,0

Source: CNG - DGOS

-

¹⁰¹ Cour des comptes, rapport public annuel, tome II, chapitre 6 « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », 2019.

S'agissant des nouveaux DES de médecine générale, le nombre de postes pourvus a augmenté de 4,1 % entre les rentrées universitaires 2018 et 2019, soit 134 étudiants de plus. Le différentiel entre les postes ouverts et pourvus est en nette diminution : 0,4 % en 2019, contre 5,6 % en 2018 et 6 % en 2017.

Médecine générale 3500 3447 3403 3388 3400 3313 3300 3254 3200 3099 3100 3000 2900 2017-2018 2018-2019 2019-2020 auverts
 pourvus

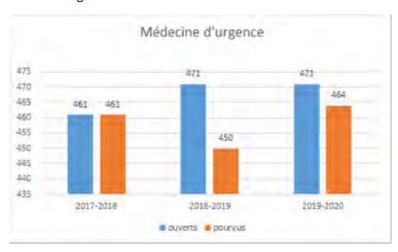
Graphique 2 : Evolution du nombre annuel de postes ouverts et de postes pourvus pour le DES de médecine générale entre la rentrée 2017-2018 et la rentrée 2019-2020

Source: DGOS

Comparativement à la période antérieure à l'entrée en vigueur de la réforme, le nombre de postes ouverts a baissé. En effet, avec les nouveaux DES, les étudiants sont amenés à se spécialiser plus tôt, dès leur entrée dans la phase socle, ce qui se traduit par une diminution du nombre d'étudiants en médecine générale puisqu'auparavant, les étudiants souhaitant faire un DESC pour se spécialiser devaient au préalable être inscrits en DES. Le DES de médecine générale représentait ainsi environ 45 % de la totalité des postes pourvus avant la réforme (voire 48,2 % en 2013), contre 38,8 % en 2017.

S'agissant des nouveaux DES de médecine d'urgence, le nombre annuel de postes ouverts est stable : 461 pour la rentrée 2017, 471 pour la rentrée 2019. Le différentiel entre les postes ouverts et pourvus observé en 2018 a tendance à nettement s'atténuer : il s'élève à 1,5 % en 2019, contre 4 % en 2018. Ce différentiel s'est cependant dégradé depuis la rentrée 2017, pour laquelle tous les postes proposés avaient été pourvus. Après une baisse des postes pourvus constatée entre 2017 et 2018, 14 postes supplémentaires ont été pourvus en 2019 par rapport à 2018, soit une augmentation de 3,1 %. Le DES de médecine d'urgence représentait au total 5,7 % des postes pourvus en 2017.

Graphique 3 : Evolution du nombre annuel de postes ouverts et de postes pourvus pour le DES de médecine d'urgence entre la rentrée 2017-2018 et la rentrée 2019-2020



Source: DGOS

Les constats suivants peuvent également être observés au regard des premières années de déploiement de la réforme :

- la médecine d'urgence est la troisième spécialité la plus proposée après la médecine générale et la psychiatrie, et juste avant l'anesthésie-réanimation;
- la réforme du troisième cycle se caractérise par une hausse du nombre de diplômés du DES de médecine d'urgence comparativement aux diplômés du DESC de médecine d'urgence (cf. graphique n°1). Cette évaluation est cependant difficile: jusqu'en 2022, le DESC de médecine d'urgence coexiste avec le DES et continue à délivrer des diplômes aux étudiants redoublants ou qui étaient en deuxième ou troisième année du DES de médecine générale en 2017;
- en 2017, le premier titulaire du DES de médecine d'urgence est classé 331 aux épreuves classantes nationales (ECN), le dernier 8 285, avec un rang médian de 5 241¹⁰² (à titre de comparaisons, le rang médian des étudiants en ophtalmologie est de 591 et le rang médian des étudiants en anesthésie-réanimation est de 2 141)¹⁰³;
- la DREES a d'ailleurs calculé un indice d'attractivité pour chaque spécialité¹⁰⁴: le DES de médecine d'urgence est classé à la 38ème place, avec un indice de 0,674 (contre 0,086 pour l'ophtalmologie, 0,146 pour la radiologie et 0,251 pour l'anesthésie-réanimation), devant la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie¹⁰⁵;

¹⁰² Rang autour duquel se répartissent 50 % d'étudiants mieux classés et 50 % d'étudiants moins bien classés.

¹⁰³ Pr P.Hausfater, « DES de médecine d'urgence aux ECN 2017 : tous les postes pourvus ! Oui mais... », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

¹⁰⁴ Cet indice est construit sur la base de trois valeurs: la somme des classements des étudiants ayant choisi la spécialité; la somme des classements que la spécialité obtiendrait si elle était préférée unanimement par les étudiants; la somme des classements que la spécialité obtiendrait si elle était unanimement rejetée par les étudiants. Plus l'indice est proche de zéro, plus la spécialité peut être considérée comme attractive.

¹⁰⁵ Pr P.Hausfater, « DES de médecine d'urgence aux ECN 2017 : tous les postes pourvus ! Oui mais... », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

• enfin, parmi les 460 nouveaux DES de médecine d'urgence de l'année 2017, la médecine d'urgence était le premier vœu de 394 étudiants, soit 86 % d'entre eux¹⁰⁶.

Un arrêté du 2 septembre 2019 projette pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire (CHU). Les projections du nombre d'internes à former en médecine d'urgence et en médecine générale sont retracées dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Projection du nombre total d'internes à former en médecine d'urgence et en médecine générale sur la période 2020-2023

	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Médecine d'urgence	471	478	507	514
Médecine générale	3 413	3 461	3 644	3 688

Source : Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire

Toutefois, à l'heure actuelle, l'absence de projection démographique fine de médecins urgentistes sur les dix prochaines années ne permet pas d'adapter précisément le nombre de médecins urgentistes formés aux besoins. En effet, le besoin exact et réel de médecins urgentistes n'a jamais été établi et cette spécialité ne sait pas si la capacité de formation est suffisante pour répondre aux besoins futurs, notamment au regard du renouvellement des médecins dans les prochaines années. Aucune étude démographique précise ou projection fine n'a été faite quant au nombre de médecins nécessaires pour faire fonctionner l'ensemble des services d'urgence. Il s'agirait de faire un point précis sur les médecins exerçant actuellement dans les structures d'urgence (SAU, SAMU et SMUR), avec quelques variables tels que l'âge (afin de pouvoir estimer leur date de départ à la retraite) et leur probabilité de se réorienter vers d'autres modes d'exercice, le nombre de postes vacants, etc.

Il est à noter que certaines régions mobilisent des leviers afin d'aboutir à des projections plus fines. Ainsi, en Pays-de-la-Loire, une mission d'appui à la transformation et à l'animation territoriale de la formation vient d'être mise en place en novembre 2019 afin d'accompagner la transformation des formations en santé, avec notamment comme objectif de modéliser les besoins de formation et croiser ces besoins avec les capacités offertes par les établissements et les territoires. Il s'agit d'avoir une vision éclairée et partagée pour se projeter avec une répartition qui serve au mieux les besoins, pour permettre à terme d'avoir des processus de gestion plus efficients.

Recommandation n°1 Etablir des projections démographiques fines sur les dix prochaines années concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins.

Au final, et même si les projections devraient être plus fines pour être plus efficaces, la réforme du troisième cycle a tout de même le mérite de permettre un pilotage plus clair, avec une meilleure régulation du flux de médecins urgentistes. En revanche, cette réforme pourrait accentuer le cloisonnement des parcours professionnels, qu'il convient dès lors de traiter en facilitant les reconversions et les passerelles entre spécialités.

En effet, la principale limite de la création du DES réside dans la crainte exprimée d'avoir des « *urgentistes bloqués dans leur spécialité* », contrairement aux titulaires du DESC de médecine d'urgence. Ce cloisonnement accru et cette spécialisation renforcée pourraient à terme peser sur

-

¹⁰⁶ Idem.

l'attractivité du métier d'urgentiste et alimenter la pénurie, en raison des difficultés à l'exercer sur toute la durée de la carrière (pénibilité de la permanence des soins à l'hôpital, conditions de travail difficiles, volonté de diversifier les modes d'exercice, etc.).

Dans un rapport de 2017, l'IGAS et l'IGAENR¹⁰⁷ ont explicitement noté qu'une évolution du principe d'exercice exclusif d'une spécialité pourrait s'avérer nécessaire à terme : « l'augmentation sensible du nombre de spécialités ajoutée à une filiarisation des formations de troisième cycle amène également à interroger ce principe d'exercice exclusif. Avec la réforme, un urgentiste qui souhaiterait après quelques années s'installer comme médecin généraliste, ne le pourra plus sans avoir obtenu au préalable un deuxième DES, en médecine générale. La prise en compte de la proximité de certaines spécialités voisines comme la médecine générale, médecine d'urgence, gériatrie ou d'autres pourra imposer une évolution de ce principe d'exercice exclusif ».

A l'avenir, il faut renforcer l'attractivité de la médecine d'urgence et limiter certains effets pervers du DES pour les étudiants et pour les médecins en exercice

3.1 Recentrer l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier

La création du DES de médecine d'urgence signifiant filiarisation de la médecine d'urgence, l'enjeu principal à l'avenir consiste à renforcer l'attractivité de cette spécialité dans un contexte marqué par une pénurie de médecins urgentistes et leur fuite des services d'urgences. La dérive de l'activité des structures d'urgence qui conduit à une saturation de ces services hospitaliers par des patients ne relevant pas de l'urgence vitale ni d'une nécessité d'hospitalisation mais plutôt des soins non programmés, nuit à l'attractivité de cette spécialité. Associé à des images largement médiatisées de conflits, de grèves, et de manque de personnel paramédical cette spécialité peut paraître actuellement moins séduisante pour de jeunes médecins qui s'y engagerait définitivement. Recentrer l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier c'est à dire sur la prise en charge des urgences nécessitant des soins spécialisés et une hospitalisation est un des axes principaux du pacte de refondation des urgences et la base de la création du DES de médecine d'urgence.

3.2 Concernant les étudiants en médecine : adapter l'enseignement pour permettre davantage de croisements d'expériences entre les spécialités de médecine générale et de médecine d'urgence

Chaque DES fait l'objet d'une maquette de formation, annexée à l'arrêté du 21 avril 2017 précité, qui comprend, notamment, la durée de la formation, le programme des enseignements, la durée et la nature des stages à accomplir, ainsi que les compétences et les connaissances à acquérir (*cf.* annexe n°1). Ces maquettes font l'objet d'une évaluation périodique.

Les modalités de révision des maquettes (en cas de besoin et au moins tous les quatre ans) sont prévues dans l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Une comitologie spécifique est prévue, avec un temps de déploiement qui peut être assez long. Modifier une maquette nécessite une concertation avec les acteurs concernés, pour réfléchir à sa valeur ajoutée, son positionnement et sa durée. A l'issue de la concertation, un passage en

¹⁰⁷ IGAS et IGAENR, « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales », décembre 2017.

commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP) pour validation est nécessaire, débouchant *in fine* sur une modification réglementaire (par un arrêté).

Plusieurs actions peuvent être discutées.

Concernant la maquette du DES de médecine générale

Aujourd'hui, si la maquette du DES de médecine générale prévoit une expérience aux urgences en phase socle, elle ne prévoit pas de passage à la régulation médicale. Il apparait cependant que celleci constitue un aspect important de l'exercice, impliquant de mobiliser des compétences spécifiques.

Dans un contexte marqué par le développement de la télémédecine et la mise en place prochaine du service d'accès aux soins (SAS), il importe que les étudiants en médecine générale puissent découvrir cet exercice pour être initiés à la régulation téléphonique. Il ne s'agirait pas de cibler le SAMU exclusivement, mais aussi la régulation libérale, pour les soins non programmés, notamment dans la perspective d'une régulation ouverte en permanence, 24h/24h. Le signal ainsi lancé serait fort et permettrait aux internes de médecine générale d'être sensibilisés à l'importance d'une régulation médicale de qualité, condition d'un parcours de soins fluide et adapté. Juridiquement, une telle évolution implique de modifier la maquette du DES de médecine générale.

Il parait opportun de prévoir cette modification dans le cadre de la révision de la durée du DES de médecine générale.

Recommandation n°2 Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du service d'accès aux soins (SAS).

Concernant la maquette du DES de médecine d'urgence

La maquette du DES de médecine d'urgence ne prévoit pas d'expériences en médecine générale bien que, la médecine générale et la médecine d'urgence soient très complémentaires. Les services d'accueil des urgences interviennent directement en aval, mais aussi en amont, de la prise en charge par le médecin généraliste.

La médecine générale mobilise par ailleurs des compétences très utiles aux futurs médecins urgentistes, notamment dans un contexte où de nombreux patients consultent les services d'urgences pour des problèmes de santé relevant en réalité de la médecine générale. Cette constatation doit cependant être tempérée par le fait qu'il s'agit d'une dérive et non du cœur de métier de la spécialité de médecine d'urgence et qui s'exerce dans des services autorisés, ou le recentrage de l'activité de médecins urgentistes est un objectif du pacte.

La proximité de ces deux spécialités impose donc d'examiner la maquette du DES de médecine d'urgence, afin de prévoir un temps en médecine générale.

La marge pour prévoir un tel ajout au sein de la maquette du DES de médecine d'urgence est cependant limitée.

Cet ajout pourrait être envisagé dans le cadre du « stage libre » de la phase d'approfondissement. Il pourrait aussi utiliser une partie du semestre de phase socle consacré à la médecine interne ou polyvalente.

Une future extension de la maquette à cinq ans (qui parait toutefois difficilement envisageable à court terme notamment pour des raisons budgétaires et techniques) permettrait d'élargir la place de la médecine générale.

Recommandation n°3 Adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale.

3.3 Concernant les « docteurs juniors » : mobiliser le futur levier de la « séniorisation » pour offrir une réelle expérience de terrain grâce à l'autonomie supervisée

La réforme du troisième cycle a prévu, pour tous les DES, une procédure de « séniorisation » des internes en fin de cursus (« docteurs juniors ») qui est particulièrement intéressante dans le contexte de la médecine d'urgence. Elle permettra à la fois :

- d'apporter une réelle expérience de terrain à la fin de la phase de consolidation des DES, à travers une autonomie supervisée. Concrètement, il s'agira de reconnaitre aux internes un droit au plein exercice de la médecine pendant une période de « séniorisation » qui précèdera l'obtention de leur diplôme, afin de leur faire acquérir une véritable autonomie d'exercice avant même la fin de leurs études ;
- de renforcer la ressource médicale des urgences. La ressource médicale issue de ce processus est cependant assez limitée car les 461 étudiants du DES de médecine d'urgence de la promotion 2017-2018 ne seront pas tous « séniorisés » en même temps, disposant d'un cursus personnalisé devant les conduire progressivement à l'autonomie à l'issue de la quatrième année du DES.

Cette mesure entrera en vigueur à compter de la rentrée 2020-2021. Un projet d'arrêté portant sur chaque spécialité est en cours d'élaboration par la DGOS pour définir précisément ce processus de mise en responsabilité, à travers des référentiels.

Recommandation n°4 Déployer effectivement le processus de « séniorisation » des internes de médecine d'urgence en fin de cursus.

3.4 Concernant les médecins en exercice : assouplir les passages entre la médecine d'urgence et les autres spécialités médicales, dans une logique de parcours décloisonnés

La pénibilité de la profession de médecin urgentiste est à l'origine de nombreuses réorientations professionnelles vers d'autres spécialités comme la médecine générale, la médecine polyvalente, la gériatrie. A l'inverse, certaines spécialités proches de la médecine d'urgence peuvent être attirés par cet exercice, en particulier la médecine générale, pour une certaine durée, en complément ou non d'un exercice libéral.

La réforme du troisième cycle réduit notablement ces passerelles et des alternatives doivent pouvoir être étudiées.

Deux leviers, dont la portée diffère, sont mobilisables :

le deuxième DES, conduisant le médecin à accéder à une seconde spécialité, et donc à renoncer à l'exercice de sa première spécialité, est une procédure prévue par le décret du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine. Ce décret entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Il met en place une régulation nationale en fonction des besoins de la population et des capacités de formation, par spécialité et droit d'exercice complémentaire dans une spécialité donnée, du nombre de médecins autorisés à poursuivre une formation de troisième cycle. Les conditions dans lesquelles les

médecins en exercice peuvent être autorisés à suivre un deuxième DES seront ultérieurement précisées par voie réglementaire. La logique est celle d'une véritable reconversion professionnelle, qui ne favorise donc pas l'exercice mixte :

- ainsi, un médecin urgentiste, titulaire du DES de médecine d'urgence, accédant à un deuxième DES de médecine générale deviendra, à l'issue du cursus, médecin généraliste, le conduisant à renoncer à son statut de médecin urgentiste;
- o inversement, un médecin généraliste, titulaire du DES de médecine générale, accédant à un deuxième DES de médecine d'urgence deviendra, à l'issue du cursus, médecin urgentiste, le conduisant à renoncer à son statut de médecine généraliste.
- les FST, permettant au médecin de se « sur-spécialiser » de manière souple (la formation dure un an), en conservant sa spécialité principale, celle reconnue par la FST ne permettant pas de reconnaitre la spécialité ainsi acquise au même niveau que celle d'un DES, qui conduit quant à elle à un véritable changement de statut du médecin. Concrètement, la FST reconnait des compétences complémentaires exercées dans le cadre de la spécialité d'origine (ce levier est donc très différent de celui du deuxième DES) :
 - à titre d'exemple, un médecin pédiatre ou généraliste qui valide une FST d'urgences pédiatriques se « sur-spécialise » mais ne devient pas pour autant médecin urgentiste, il reste pédiatre ou généraliste. Il pourra cependant exercer la pédiatrie ou la médecine générale tout en voyant ses compétences reconnues en médecine d'urgences pédiatriques.

Pour rappel, un médecin généraliste ou spécialiste peut travailler dans un service d'urgences, même s'il n'est pas titulaire d'un DESC ou d'un DES de médecine d'urgence. Son exercice sera limité par ses compétences mais il pourra tout de même bénéficier de ce type de passerelle vers la médecine d'urgence.

3.4.1 Développer des leviers facilement mobilisables pour permettre aux médecins urgentistes de changer de spécialité et d'avoir des parcours dynamiques

Les leviers précités peuvent être mobilisés pour dynamiser le parcours professionnel des médecins urgentistes :

- le deuxième DES, dans les conditions prévues par le cadre réglementaire, avec pour principales limites la lourdeur du cursus et la nécessité de renoncer au statut de médecin urgentiste, au profit de la nouvelle spécialité :
 - sur ce point, il importe de prévoir, dans le projet d'arrêté en cours d'élaboration, des conditions d'accès suffisamment souples afin d'éviter les cloisonnements de parcours (durée de cursus allégée via des dispenses de stages liées à l'expérience acquise). Le décret du 12 avril 2017 prévoit d'ailleurs déjà explicitement que la reprise d'études pour changer de spécialité peut se traduire, « le cas échéant », par des « aménagements de cette formation afin de tenir compte de l'expérience préalablement acquise ». Le même texte précise cependant que « les dispenses envisagées ne peuvent excéder la moitié de la durée minimale de la formation de médecin spécialiste concernée » ;
 - la logique de reconversion sous tendant la validation d'un deuxième DES pourra intéresser des médecins urgentistes souhaitant se spécialiser, après plusieurs années d'exercice, en médecine générale;

- cette procédure peut certes créer un flux de sortie des urgences (il y aura sans doute davantage de deuxième DES pour exercer hors médecine d'urgence que de deuxième DES pour se former en médecine d'urgence) mais cette possibilité offerte de reconversion est une réelle garantie d'attractivité pour la profession ;
- les FST, dont l'enjeu principal réside à ce jour dans la création d'une FST de médecine polyvalente, qui serait très opportune afin de permettre des croisements de parcours entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, d'autant que celle-ci est positionnée très fortement en aval des urgences. La création d'une FST implique l'élaboration d'un référentiel par les professionnels et les ministères partie-prenantes (santé et enseignement supérieur). Les représentants des différentes spécialités concernées (médecine générale, médecine interne, gériatrie, médecine d'urgence, etc.) doivent cependant au préalable faire émerger une vision commune sur le contenu de cette FST et ses objectifs afin de construire un programme pédagogique adapté.

Recommandation n°5 Créer une FST de médecine polyvalente afin d'encourager les parcours croisés entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, spécialité positionnée en aval des urgences.

3.4.2 Reconnaître le statut de médecin urgentiste par des leviers plus souples que le DES de médecine d'urgence, dans certaines situations spécifiques

Afin d'assurer une certaine souplesse au système, il importe de prévoir des alternatives afin de reconnaitre, par exception, le statut de médecin urgentiste sans validation préalable du DES de médecine d'urgence.

A titre d'exemple, le CNOM prévoit des procédures de validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinales, permettant de reconnaitre un certain nombre de compétences acquises au cours de l'expérience professionnelle d'un médecin, en dehors de sa spécialité. La VAE permet aux médecins concernés d'obtenir un droit d'exercice complémentaire 108.

Au plan universitaire, un autre levier mobilisable est la capacité de médecine d'urgence¹⁰⁹ (CMU, dont la durée de formation est de deux ans), qui pourrait évoluer sous la forme d'une FST. La capacité a été maintenue principalement pour le Service de Santé des Armées. La FST serait utilisée pour les mêmes médecins militaires qui sont pour l'essentiel des médecins généralistes ayant impérativement besoin d'être formés à l'urgence pour les opérations extérieures. Cette FST serait complémentaire de la FST « chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe ». Toutefois, dans les années à venir, l'évolution du nombre d'inscriptions devra être examinée pour déterminer si ce dispositif complémentaire est pertinent ou redondant avec les autres possibilités de reconnaissance de l'expérience et des compétences des médecins non urgentistes.

Remplacer la capacité de médecine d'urgence par une FST de Médecine Recommandation n°6 d'urgence destinée aux médecins militaires tout en évaluant la pertinence de son maintien dans les années à venir en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions.

Enfin, le cas particulier des praticiens diplômés hors UE (PADHUE) inscrits dans le cadre d'une procédure d'autorisation d'exercice (PAE) est en cours de traitement. La question posée est celle de

médecins délivre un droit d'exercice complémentaire à la spécialité.

¹⁰⁸ Parallèlement à la VAE ordinale, il existe une VAE universitaire, qui délivre un DESC (ou DES), alors que l'Ordre des

¹⁰⁹ La capacité d'aide médicale urgente (CAMU), créée en 1986, a été transformée en capacité de médecine d'urgence (CMU) en 1998.

candidats spécialisés en médecine générale qui présentent une candidature pour exercer la médecine d'urgence. Il s'agit de leur permettre d'être évalués en médecine d'urgence et de devenir ainsi médecins urgentistes s'ils le souhaitent. Aucune disposition législative ou réglementaire ne s'y oppose. Cet assouplissement des règles relève d'un changement de pratiques qui est envisagé par la DGOS et reste à organiser avec le CNG, le CNOM et les représentants des spécialités, assorti d'un certain nombre de règles et critères (PADHUE exerçant déjà en structures d'urgences, ayant exprimé le souhait d'y exercer lors de l'obtention du plein exercice). Ce sont des médecins qui ont validé leur diplôme de médecine générale au moment où il n'existait pas encore la spécialité de médecine d'urgence. Cette hypothèse concernerait peu de médecins.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Etablir des projections démographiques fines sur les dix prochaines années concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins
2	Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du service d'accès aux soins (SAS)
3	Adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale
4	Déployer effectivement le processus de « séniorisation » des internes de médecine d'urgence en fin de cursus
5	Créer une FST de médecine polyvalente afin d'encourager les parcours croisés entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, spécialité positionnée en aval des urgences
6	Remplacer la capacité de médecine d'urgence par une FST de Médecine d'urgence destinée aux médecins militaires tout en évaluant la pertinence de son maintien dans les années à venir en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions

ANNEXE 1 : Présentation des maquettes (DES de médecine générale / DES de médecine d'urgences) et de leurs évolutions récentes

Maquette du nouveau DES de médecine d'urgence

MÉDECINE D'URGENCE: 8 semestres (4 ans)

- Phase Socle: 2 semestres:

Urgences adultes ou mixtes adultes/pédiatriques

Gériatrie aiguë ou Médecine interne ou Médecine polyvalente

- Phase Approfondissement: 4 semestres:

Urgences pédiatriques ou Pédiatrie générale

SAMU-CRRA15/SMUR

Réanimation chirurgicale/médicale/polyvalente/pédiatrique/USI (peuvent être couplés entre eux)

Stage libre = chirurgie, anesthésie-réa, radiologie, USI, ou recherche ou stage à l'étranger

- Phase Consolidation: 2 semestres:

SAMU-CRRA15/SMUR

Urgences adultes.

≥ 4 stages en CHU. 1 inter-CHU encouragé.

2 Formations Spécialisées Transversales : Urgences pédiatriques, Pharmacologie médicale/thérapeutique.

Avant la réforme : le DESC de médecine d'urgence comprenait quatre semestres :

- SAMU/SMUR
- Services des Urgences d'adultes
- Services ou Unités des Urgences pédiatriques
- Services ou Unités de Réanimation ou de Soins Intensifs médicaux, chirurgicaux ou médicochirurgicaux

Nouvelle maquette du DES de médecine générale

Année 1 = PHASE SOCLE : 2 semestres donc 1 stage aux **Urgences adultes** et 1 stage chez le **praticien** (niveau 1 ambulatoire).

Années 2 et 3 = PHASE D'APPROFONDISSEMENT: 4 semestres donc 1 stage en Médecine adulte polyvalente (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente, aval des urgences...), 1 stage santé de la Femme ambulatoire (praticien ayant une grosse activité de gynécologie et/ou PMI) ou hospitalier, 1 stage santé de l'Enfant ambulatoire (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie et/ou PMI) ou hospitalier (pédiatrie générale et/ou urgences pédiatriques) et 1 SASPAS (= Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

- => Disparition de l'obligation du CHU.
- => 50 % des stages seront à terme faits en ambulatoire

Côté formation théorique :

- Un **contrat de formation** sera établi en fin de 1ère année entre l'étudiant, le Département de MG de sa faculté et son doyen. Ce contrat définira l'ensemble des connaissances et des compétences à acquérir (objectifs pédagogiques) et le parcours de formation suivi (+/- évolutif selon la Formation Spécialisée Transversale éventuellement choisie).
- Entre chaque phase il y aura une **évaluation** (sous forme d'entretien) pour valider le passage dans la phase suivante et faire le point sur les acquis.

L'ancienne maquette du DES de médecine générale se structurait de la manière suivante :

- Deux semestres obligatoires hospitaliers : médecine d'adultes (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie, stages de spécialité couplés) et médecine d'urgence.
- Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :
 - o un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - o un semestre libre (ces semestres peuvent être effectués en hospitalier OU en ambulatoire)
- Un semestre ambulatoire auprès d'un médecin généraliste
- Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale

Parmi les stages hospitaliers (obligatoires ou libres), il fallait en faire au moins un en CHU.